

## MATERIAL SUPLEMENTAR

*Trabalho, Educação e Saúde, Rio de Janeiro, v. 23, 2025, e03367310. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs3367>*

### **Fortalecimento da interprofissionalidade: uma nova proposta pedagógica para a Residência Multiprofissional**

Débora Martini<sup>1</sup>[<https://orcid.org/0000-0001-9191-7858>], Thaís Titon de Souza<sup>2</sup>[<https://orcid.org/0000-0001-8639-6939>], Fernanda Manzini<sup>3</sup>[<https://orcid.org/0000-0002-3047-4632>]

<sup>1</sup> Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, Florianópolis, Brasil.  
deboramartinisso@gmail.com

<sup>2</sup> Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, Florianópolis, Brasil.  
thayyts@yahoo.com.br

<sup>3</sup> Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, Escola de Saúde Pública, Florianópolis, Brasil. manzinifer@gmail.com

#### **Perfil de competência do especialista em Saúde da Família**

**(material constante no Projeto Político Pedagógico do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Secretaria  
Municipal de Saúde de Florianópolis)**

<b>1. Perfis de competências comum a todas as áreas profissionais</b>	<b>2</b>
Tabela 1 - Perfil de competência - Área de Competência de Cuidado Coletivo e Gestão	2
Tabela 2 - Perfil de competência - Área de Competência de Cuidado Interprofissional	4

Tabela 3 - Perfil de competência - Área de Competência de Investigação em Saúde	6
<b>2. Perfis de competências específicos para as áreas profissionais</b>	<b>7</b>
Tabela 4 - Perfil de competência - Área de Competência de Cuidado Específico - Educação Física	7
Tabela 5 - Perfil de competência - Área de Competência de Cuidado Específico - Enfermagem	13
Tabela 6 - Perfil de competência - Área de Competência de Cuidado Específico - Farmácia	19
Tabela 7 - Perfil de competência - Área de Competência de Cuidado Específico - Fisioterapia	28
Tabela 8 - Perfil de competência - Área de Competência de Cuidado Específico - Nutrição	33
Tabela 9 - Perfil de competência - Área de Competência de Cuidado Específico - Odontologia	39
Tabela 10 - Perfil de competência - Área de Competência de Cuidado Específico - Psicologia	44
Tabela 11 - Perfil de competência - Área de Competência de Cuidado Específico - Serviço Social	50
<b>Referências</b>	<b>57</b>

1. Perfis de competências comum a todas as áreas profissionais

Tabela 1 - Perfil de competência - Área de Competência de Cuidado Coletivo e Gestão

Sub-área	Ações-chave	Desempenhos
Cuidado coletivo	1. Identifica problemas coletivos em	1. Identifica problemas e necessidades coletivas em saúde, considerando condições de vida e saúde/adoecimento, risco, vulnerabilidade e incidência e prevalência de agravos de uma determinada população adscrita à APS;

	<p>saúde, a partir do trabalho interprofissional.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>2. Identifica indicadores demográficos, epidemiológicos, culturais, socioeconômicos, sanitários, ambientais e de qualidade do cuidado relacionados ao território de abrangência da APS;</li> <li>3. Analisa e relaciona dados e informações em saúde através da utilização de dados secundários ou primários que contribuam para ampliar a explicação de causas, efeitos e determinantes e condicionantes do processo de saúde e adoecimento da população;</li> <li>4. Estabelece diagnóstico coletivo em saúde e caracteriza e prioriza problemas de determinado território a partir dos perfis de saúde e doença identificados, considerando sua magnitude, a governabilidade de atuação, o impacto dos resultados de uma intervenção direcionada ao cuidado coletivo em saúde e os princípios éticos relacionados;</li> <li>5. Atua no sentido de promover o trabalho interprofissional através de postura comprometida, ética e colaborativa no trabalho em grupo, utilizando movimentos de negociação e de produção de consensos.</li> </ul>
<p>2. Constrói e avalia projetos de intervenção em saúde coletiva, de maneira interprofissional.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Utiliza metodologias de planejamento, especialmente as metodologias ágeis, para discussão, construção e implantação de projetos de intervenção coletiva, a partir dos perfis de saúde e doença identificados em determinado território adscrito à APS.</li> <li>2. Constrói e discute projetos de ações coletivas, utilizando evidências científicas para a definição das intervenções que contemplem as dimensões de promoção, prevenção, tratamento e/ou reabilitação da saúde e apresentem custo-efetividade na aplicação dos recursos disponíveis.</li> <li>3. Implanta o plano de ação construído buscando mudanças no contexto local através da realização de ações sob sua responsabilidade e do apoio colaborativo naquelas sob responsabilidade de outros.</li> <li>4. Monitora as mudanças de contexto, verificando a viabilidade das ações e ajustando-as conforme necessidade, de modo a superar obstáculos para atuar sobre os problemas priorizados.</li> <li>5. Avalia a intervenção realizada, considerando produtos, resultados e impacto obtido.</li> <li>6. Atua no sentido de promover o trabalho interprofissional através de postura comprometida, ética e colaborativa no trabalho em grupo e do desenvolvimento de ações contextualizadas e articuladas para o enfrentamento dos problemas priorizados e alcance dos resultados pactuados, utilizando movimentos de negociação e de produção de consensos.</li> </ul>

Gestão	<p>1. Identifica problemas relacionados à gestão em saúde envolvendo o processo de trabalho em equipe e/ou à gestão local, a partir do trabalho interprofissional.</p>	<p>1. Identifica problemas relacionados ao processo de trabalho e/ou à gestão em saúde no campo de prática profissional, considerando os princípios e as diretrizes do trabalho na APS.</p> <p>2. Identifica indicadores de processo de trabalho e/ou de gestão local em saúde na APS.</p> <p>3. Analisa e relaciona dados e informações em saúde através de dados secundários ou primários que contribuem para a determinação e a construção do processo de trabalho das equipes e/ou para a gestão local em saúde na APS.</p> <p>4. Realiza o diagnóstico do processo de trabalho das equipes e/ou da gestão local em saúde e caracteriza e prioriza problemas, considerando sua magnitude, a governabilidade de atuação, o impacto dos resultados de uma intervenção direcionada ao processo de trabalho e à gestão local em saúde e os princípios éticos relacionados.</p> <p>5. Atua no sentido de promover o trabalho interprofissional através de postura comprometida, ética e colaborativa no trabalho em grupo, utilizando movimentos de negociação e de produção de consensos.</p>
	<p>2. Constrói e avalia projetos de intervenção para qualificação do processo de trabalho em equipe e/ou gestão local de saúde na APS, de maneira interprofissional.</p>	<p>1. Utiliza metodologias de planejamento, especialmente as metodologias ágeis, para discussão, construção e implantação de projetos de intervenção coletiva sobre o processo de trabalho das equipes e/ou sobre a gestão local de saúde identificados em determinado cenário de prática na APS.</p> <p>2. Constrói e discute projetos de ações coletivas, utilizando evidências científicas para a definição das intervenções que apresentem custo-efetividade na aplicação dos recursos disponíveis.</p> <p>3. Implanta o plano de ação construído buscando mudanças no contexto local através da realização de ações sob sua responsabilidade e do apoio colaborativo naquelas sob responsabilidade de outros.</p> <p>4. Monitora as mudanças de contexto, verificando a viabilidade das ações e ajustando-as conforme necessidade, de modo a superar obstáculos para atuar sobre os problemas priorizados.</p> <p>5. Avalia a intervenção realizada, considerando produtos, resultados e impacto obtido.</p> <p>6. Atua no sentido de promover o trabalho interprofissional através de postura comprometida, ética e colaborativa no trabalho em grupo e do desenvolvimento de ações contextualizadas e articuladas para o enfrentamento dos problemas priorizados e alcance dos resultados pactuados, utilizando movimentos de negociação e de produção de consensos.</p>

Fonte: Soeiro et al. (1)

Tabela 2 - Perfil de competência - Área de Competência de Cuidado Interprofissional

Sub-área	Ações-chave	Desempenhos
Cuidado compartilhado na APS	1. Identifica situações que demandam o cuidado interprofissional.	<p>1. Realiza escuta qualificada, acolhedora e empática, ouvindo as queixas, preocupações e sintomas do usuário, prestando atenção na sua linguagem corporal e em suas expressões faciais. Utiliza o método clínico centrado na pessoa.</p> <p>2. Realiza qualificação de risco considerando a situação de cada usuário e protocolos existentes, sempre que pertinente.</p> <p>3. Identifica situações que exigem o cuidado interprofissional compreendendo os papéis e as atribuições das diferentes categorias profissionais no cuidado dos usuários na APS.</p>
	2. Pactua, desenvolve e reavalia o plano de cuidado interprofissional.	<p>1. Articula com outros profissionais e pontos de atenção para definição do plano terapêutico, buscando promover a equidade e a integralidade da atenção em saúde.</p> <p>2. Realiza, monitora e avalia as ações do plano de cuidado interprofissional sob sua responsabilidade, sempre que necessário em equipe.</p> <p>3. Utiliza diferentes estratégias e ferramentas para a oferta do cuidado interprofissional a indivíduos e famílias na APS, como por exemplo a discussão de casos, apoio matricial, projetos terapêuticos, genograma, ecomapa, atendimentos compartilhados em domicílio ou unidade de saúde, entre outros, com uma atuação pautada nos princípios da bioética, na promoção da segurança do paciente e no combate a todas as formas de preconceito.</p> <p>4. Adota uma postura colaborativa e respeitosa no compartilhamento do cuidado com diferentes categorias profissionais na APS e pontos de atenção em saúde.</p> <p>5. Utiliza estratégias de comunicação em saúde com usuários e demais profissionais que potencializam práticas mais humanizadas, pautando-as na perspectiva do compartilhamento, da interação e da colaboração, de maneira respeitosa e empática, promovendo acolhimento e o rompimento de relações de poder na APS.</p>
Educação em Saúde e participação popular na APS	1. Desenvolve ações de educação em saúde na APS.	<p>1. Identifica suas próprias necessidades de aprendizagem e as necessidades de aprendizagem dos usuários e de grupos inseridos na APS, assim como possibilidades de aprendizagem interprofissional e em rede.</p> <p>2. Compartilha conhecimentos junto aos usuários, demais profissionais de saúde e comunidade na perspectiva crítica de construção do conhecimento, que parte da escuta do outro e da valorização dos seus saberes e iniciativas, contrapondo-se à prática prescritiva. Reconhece a multiculturalidade e as diferentes inserções sociais existentes e tem capacidade de perceber, conviver e considerar a diversidade nos atos educativos.</p>

		<p>3. Promove o diálogo, colocando-se aberto e disponível para uma prática educativa respeitosa e sensível aos diferentes saberes, vivências e práticas. Disponibiliza o que sabe para ampliar o conhecimento crítico dos envolvidos acerca da realidade para promover processos de transformação e humanização.</p> <p>4. Incentiva a problematização nas relações dialógicas estabelecidas, realizando análise crítica da realidade.</p> <p>5. Promove a articulação entre teoria e prática e práticas e saberes populares e científicos, assumindo uma postura integradora e holística que reconhece e legitima crenças, valores, conhecimentos, desejos e receios da população.</p> <p>6. Incorpora a dimensão da amorosidade em sua prática educativa, ampliando o diálogo baseado em conhecimentos e argumentações técnico-científicas com trocas emocionais e sensibilidade. Permite que o afeto se torne elemento estruturante nas relações estabelecidas, considerando que os vínculos influenciam a consciência e o agir das pessoas, ampliando compromisso, compreensão e solidariedade.</p> <p>7. Promove a autonomia e a emancipação dos usuários no que diz respeito à sua condição de sujeito de direitos e de protagonista de seu processo de saúde e adoecimento e de seus modos de viver.</p>
	2. Promove a participação popular no SUS.	<p>1. Colabora com a ampliação da participação popular e do controle social na perspectiva da gestão participativa no SUS, tanto no que diz respeito ao reconhecimento e à defesa do direito à saúde, quanto ao compartilhamento do poder institucional na APS.</p> <p>2. Promove condições para o fortalecimento da consciência crítica e organizativa na APS, tendo como base uma prática dialógica pautada na troca de experiências e saberes e considerando a determinação social do processo saúde-doença como estruturante para a promoção da saúde e a garantia de direitos de usuários e comunidades envolvidas.</p> <p>3. Apresenta postura ética no fomento ao protagonismo popular, por meio do desenvolvimento de ações que envolvam a mobilização pelo direito à saúde e a qualificação da participação nos processos de formulação, implementação, gestão e controle social das políticas públicas.</p>
Gestão do trabalho em equipe na APS	1. Desenvolve o trabalho em equipe de maneira integrada na APS.	<p>1. Integra-se a um projeto assistencial compartilhado, participando do planejamento e da implantação de um plano de ação comum e coordenado baseado no cuidado centralizado no usuário e na comunidade atendida, que engloba ações específicas de seu núcleo profissional e ações compartilhadas no campo de atuação da APS e do SUS.</p> <p>2. Analisa os dados originados do trabalho em equipe na APS transformando-os em informações em saúde para subsidiar o planejamento da equipe e a vigilância no território. Relaciona os sistemas de informação e a</p>

	<p>aplicabilidade de indicadores de monitoramento e avaliação do trabalho em equipe.</p> <p>3. Problematiza diferenças técnicas existentes no trabalho em equipe e a desigual valoração social dos trabalhos especializados, de maneira a promover o compartilhamento do trabalho em saúde e a autonomia técnica de caráter interdependente, de acordo com as prerrogativas de cada profissão.</p> <p>4. Realiza a gestão de agenda e o gerenciamento e a discussão de casos em equipe interprofissional de maneira integrada e tendo como base a clínica ampliada. Utiliza espaços, estratégias e mecanismos de construção de consensos e compartilhamento de percepções e práticas necessárias para o cuidado em saúde.</p> <p>5. Realiza as atividades que ocorrem diariamente na APS mediante uma prática norteada pela interação, pela cooperação e pela comunicação efetiva e não violenta entre os membros da equipe, promovendo custo-efetividade e resolvibilidade das ações implantadas.</p>
--	--

Fonte: SMS Florianópolis (2) adaptado de Guimarães e Castelo Branco (3) e Brasil (4).

Tabela 3 - Perfil de competência - Área de Competência de Investigação em Saúde

Ações-chave	Desempenhos
1. Identifica problemas para investigação em saúde.	<p>1. Identifica problemas de pesquisa, no contexto de atuação do cuidado, da gestão e/ou da educação.</p> <p>2. Revisa na literatura o conhecimento produzido na área de escopo do problema.</p> <p>3. Utiliza as melhores evidências que possam fundamentar e justificar a escolha do problema de pesquisa.</p>
2. Elabora projetos de pesquisa.	<p>1. Utiliza o método científico na elaboração de projetos de pesquisa e produção de novos conhecimentos.</p> <p>2. Busca e utiliza fontes científicas, interpretando e analisando criticamente os dados e as informações obtidas.</p> <p>3. Delimita o objeto, justificativa, objetivos, fundamentação teórica, desenho metodológico e estabelece o cronograma da pesquisa.</p>

3. Promove as ações de pesquisa.	1. Coleta e analisa os dados da pesquisa de acordo com o referencial estabelecido no projeto de pesquisa. 2. Executa o projeto de pesquisa apresentando os resultados de acordo com os objetivos da pesquisa.
4. Compartilha os conhecimentos produzidos na pesquisa.	1. Mobiliza recursos e tecnologias aplicadas à disseminação da produção científica. 2. Compartilha análises e resultados das pesquisas realizadas prioritariamente nas comunidades envolvidas, em espaços coletivos do município, em plataformas virtuais, congressos e outros meios de divulgação e disseminação do conhecimento científico.

Fonte: UFSCAR (5)

## 2. Perfis de competências específicos para as áreas profissionais

Tabela 4 - Perfil de competência - Área de Competência de Cuidado Específico - Educação Física

Sub-área	Ações-chave	Desempenhos
Cuidado individual de educação física	1. Estabelece a história clínica centrada na pessoa.	1. Realiza o acolhimento do usuário. Se apresenta e identifica como o usuário gostaria de ser chamado, respeitando sua identificação (nome/nome social). Apresenta qual o objetivo do atendimento. 2. Estabelece vínculo e realiza escuta qualificada. 3. Demonstra postura ética, respeito, empatia, atenção e disponibilidade no contato com profissionais de saúde, usuários e cuidadores ou responsáveis. 4. Identifica a história de vida e de prática de atividade física do usuário, contemplando sua história clínica atual e pregressa e de seus familiares e tratamentos ou intervenções já realizadas. 5. Identifica as necessidades de saúde considerando o ciclo de vida das pessoas e as dimensões biológica, psicológica, social, cultural e ambiental. Posiciona-se de forma imparcial em relação às questões religiosas e culturais.

	<p>6. Identifica a rede de apoio do usuário de forma a pensar no cuidado ampliado e na integralidade da atenção.</p> <p>7. Usa linguagem compreensível ao usuário, estimulando a exposição da(s) situação(ões) que o levaram a buscar o atendimento.</p> <p>8. Registra no prontuário, de forma clara e objetiva, as informações que podem contribuir com o acompanhamento do usuário e o cuidado interprofissional.</p>
2. Realiza a avaliação do usuário.	<p>1. Investiga níveis de atividade física e comportamento sedentário, estilo de vida e fatores de risco, além de aspectos que possam apontar o grau de vulnerabilidades e potencialidades para o usuário.</p> <p>2. Estimula o usuário a refletir sobre os condicionantes e determinantes do processo saúde-doença e sobre os aspectos e fatores que podem interferir nas causas e consequências do processo de adoecimento, de modo a promover sua autonomia, incentivando sua participação no processo de promoção, prevenção e recuperação da saúde e a explicitar suas necessidades para além dos aspectos biológicos.</p> <p>3. Define e aplica as técnicas e os procedimentos adequados para realizar a avaliação da condição física do usuário, orientando-o sobre o que será realizado e solicitando seu consentimento.</p> <p>4. Aplica corretamente os procedimentos técnicos de avaliação física, cuidando da privacidade, do conforto e do bem-estar do usuário.</p> <p>5. Se pertinente, solicita auxílio aos demais profissionais de saúde em conformidade com a prerrogativa de atuação profissional e/ou promove outras buscas (como visita domiciliar, obtenção de dados com familiares/cuidadores, perspectiva de outros profissionais e análise de prontuário) para ampliar, confirmar ou afastar suas hipóteses.</p> <p>6. Segue princípios éticos, de custo-efetividade e da melhor evidência na investigação realizada, levando em conta o acesso, o financiamento, a adesão, o direito e a autonomia do usuário.</p> <p>7. Esclarece os achados de modo compreensível ao usuário e os registra, no prontuário, de forma clara e objetiva.</p> <p>8. A depender do cenário de prática, adota medidas de biossegurança recomendadas.</p>
3. Formula hipóteses, conforme necessidades e demandas do usuário.	<p>1. Relaciona e associa os dados coletados, articulando história e exame clínico ou demandas e necessidades relacionados à prática de atividade física, dialogando com o que é colocado pelo usuário.</p> <p>2. Formula os problemas do usuário, estabelecendo hipóteses mais prováveis, com fundamentação clínico-epidemiológica, considerando o contexto de vida.</p> <p>3. Informa e esclarece sua avaliação de forma compreensível ao usuário, considerando dúvidas e questionamentos.</p>

	<p>4. Quando necessário, discute a situação do usuário em equipe multiprofissional na APS e/ou rede intra e intersetorial.</p> <p>5. Registra o(s) problema(s) e as hipóteses no prontuário, de forma clara e objetiva.</p>
4. Define o plano de cuidado.	<p>1. Prioriza problemas de forma compartilhada com o usuário e, se for o caso, com sua família.</p> <p>2. Elabora plano de cuidado a fim de promover o estímulo à prática de atividade física a partir das melhores evidências disponíveis e levando em consideração os determinantes sociais do processo saúde-doença.</p> <p>3. Discute o caso com profissionais de referência e/ou encaminha o usuário para outros profissionais ou pontos de atenção ou rede intersetorial, sempre que necessário.</p> <p>4. Compartilha com o usuário, em linguagem acessível, as necessidades de saúde e as implicações dos problemas encontrados, esclarecendo dúvidas, respeitando seu desejo, sua autonomia e as possibilidades e limites de ambos na construção do plano de cuidado.</p> <p>5. Promove o cuidado integral à saúde, associando ações de tratamento, prevenção de doenças e promoção da saúde, sempre que necessário, em todas as fases do ciclo de vida e de modo contextualizado à realidade do usuário. Considera o acesso e a capacidade de resposta dos diferentes serviços de saúde e da rede intersetorial ao buscar a integralidade e a efetividade do cuidado, assim como os direitos do usuário.</p> <p>6. Propõe ações que busquem intervir na realidade por meio de manifestações e expressões do movimento humano, visando à formação, ampliação e enriquecimento cultural das pessoas, à aquisição de autonomia, independência funcional e possibilidade de inclusão social e à estimulação, articulação e construção de ações em prol da melhoria da qualidade de vida do usuário.</p> <p>7. Orienta e prescreve os exercícios conforme as necessidades de cada usuário, levando em consideração as singularidades de cada indivíduo.</p> <p>8. Possibilita que todas as pessoas tenham acesso ao conhecimento e à prática de diferentes manifestações físicas do movimento humano, compreendidas como direito inalienável de todo cidadão.</p> <p>9. Compartilha e negocia decisões e responsabilidades na definição e/ou execução do plano com o usuário, cuidadores, equipe interprofissional, equipamentos comunitários e demais envolvidos, considerando as dimensões biológicas, psicológicas e sociais envolvidas, com o objetivo de reduzir danos, melhorar a saúde e garantir os direitos do usuário.</p> <p>10. Executa as ações do plano sob sua responsabilidade profissional.</p> <p>11. Disponibiliza as devidas orientações e/ou prescrição de maneira clara, tendo como base os princípios da atividade física para a saúde, esclarecendo dúvidas e ajustando-as conforme a realidade de cada usuário. Estabelece e negocia seu acompanhamento com o mesmo.</p>

		<p>12. Registra o plano de cuidado no prontuário de maneira clara e objetiva.</p> <p>13. Registra e analisa dados de saúde do usuário, de maneira a contribuir com o plano de cuidado.</p> <p>14. Identifica e notifica, aos setores responsáveis, em casos de notificação compulsória e/ou de vigilância específica.</p>
	5. Avalia o plano de cuidado.	<p>1. Realiza monitoramento e avaliação do plano de cuidado com o usuário e, sempre que necessário, com familiares, cuidadores, equipe interprofissional, comunidade e demais envolvidos.</p> <p>2. Avalia a qualidade, a eficiência e a efetividade das intervenções realizadas e considera a avaliação de outros profissionais envolvidos e do usuário ou, se for o caso, da família em relação ao processo e resultados obtidos.</p> <p>3. Valoriza potencialidades e conquistas ao longo do processo e analisa dificuldades de forma corresponsável com os demais profissionais envolvidos, visando reorganizar o cuidado, se necessário.</p> <p>4. Demonstra abertura e capacidade de negociação com o usuário para ajustes no plano de maneira a ofertar um cuidado mais resolutivo, autônomo e adequado a sua realidade, sempre que necessário.</p> <p>5. Realiza os ajustes necessários no plano visando a qualidade das intervenções e ações e buscando alcançar os objetivos propostos</p>
Cuidado familiar e coletivo de educação física	1. Realiza avaliação familiar ou comunitária.	<p>1. Realiza o acolhimento da família ou da comunidade. Se apresenta e identifica como o usuário gostaria de ser chamado, respeitando sua identificação (nome/nome social). Apresenta qual o objetivo do atendimento.</p> <p>2. Estabelece vínculo e realiza escuta qualificada.</p> <p>3. Demonstra postura ética, respeito, empatia, atenção e disponibilidade no contato com profissionais de saúde, usuários e cuidadores ou responsáveis.</p> <p>4. Identifica a história de vida e de prática de atividade física dos usuários e das comunidades, contemplando sua história atual e pregressa e tratamentos ou intervenções já realizadas.</p> <p>5. Identifica as necessidades de saúde considerando o ciclo de vida das pessoas e as dimensões biológica, psicológica, social, cultural e ambiental. Posiciona-se de forma imparcial em relação às questões religiosas e culturais.</p> <p>6. Investiga o território adscrito, verificando as condições de prática de atividade física, identificando equipamentos comunitários e estratégias que contribuam para a garantia do direito à prática de atividade física. Mapeia a existência ou não de espaços de lazer e de práticas corporais/atividade física e identifica recursos e parceiros na comunidade, bem como grupos presentes na área de abrangência que possam potencializar ações para o fomento dessas práticas.</p> <p>7. Define e aplica as técnicas e os procedimentos adequados para realizar a avaliação familiar e/ou</p>

	<p>comunitária/territorial, orientando sobre o que será realizado e solicitando seu consentimento. Investiga níveis de atividade física e comportamento sedentário, estilo de vida e fatores de risco de famílias ou comunidades, além de aspectos que possam apontar o grau de vulnerabilidades e potencialidades para o usuário.</p> <p>8. Estimula o usuário a refletir sobre os condicionantes e determinantes do processo saúde-doença e sobre os aspectos e fatores que podem interferir nas causas e consequências do processo de adoecimento, de modo a promover sua autonomia, incentivando sua participação no processo de promoção, prevenção e recuperação da saúde e a explicitar suas necessidades para além dos aspectos biológicos.</p> <p>9. Identifica a rede de apoio da família ou comunidade de forma a pensar no cuidado ampliado e na integralidade da atenção.</p> <p>10. Usa linguagem compreensível aos usuários.</p> <p>11. Atua com respeito e de forma empática, inclusive quando há recusas ou discordâncias, sugerindo alternativas. Atua de forma imparcial em relação aos posicionamentos das famílias e comunidades.</p> <p>12. A depender do cenário de prática, adota medidas de biossegurança recomendadas.</p> <p>13. Registra, no prontuário, de forma clara e objetiva, as informações que podem contribuir com o cuidado interprofissional, se for o caso.</p> <p>14. Identifica problemas semelhantes no território em relação ao cuidado de educação física de forma a coletivizar as demandas para a categoria.</p>
2. Formula hipóteses, conforme necessidades familiares ou comunitárias.	<p>1. Relaciona e associa os dados coletados, articulando demandas e necessidades coletivas relacionadas à prática de atividade física, dialogando com demandas e necessidades colocadas por famílias ou comunidades.</p> <p>2. Formula os problemas das famílias ou do território em saúde, estabelecendo hipóteses mais prováveis, com fundamentação clínico-epidemiológica, considerando os contextos de vida.</p> <p>3. Informa e esclarece sua avaliação de forma compreensível aos usuários, considerando dúvidas e questionamentos.</p> <p>4. Quando necessário, discute a situação das famílias ou do território em saúde em equipe multiprofissional da APS e/ou rede intra e intersetorial.</p> <p>5. Registra o(s) problema(s) e as hipóteses no prontuário, se for o caso, de forma clara e objetiva.</p>
3. Define o plano de intervenção.	<p>1. Prioriza problemas de forma compartilhada com a família ou a comunidade, definindo formas de intervenção que considerem manifestações e expressões do movimento humano, visando à formação, ampliação e enriquecimento cultural das pessoas, à aquisição de autonomia, independência funcional e possibilidades de inclusão social e à estimulação, articulação e construção de ações em prol da melhoria da qualidade de vida dos</p>

	<p>indivíduos.</p> <p>2. Elabora plano de intervenção a fim de promover o cuidado a partir das melhores evidências disponíveis e levando em consideração os determinantes sociais do processo saúde-doença.</p> <p>3. Discute o caso com profissionais de referência e/ou encaminha as famílias para outros profissionais ou pontos de atenção ou rede intersetorial, sempre que necessário.</p> <p>4. Compartilha, em linguagem acessível aos usuários as necessidades de saúde referidas e percebidas e as implicações dos problemas encontrados, esclarecendo dúvidas, respeitando seu desejo, sua autonomia e as possibilidades e limites de ambos na construção do plano de intervenção.</p> <p>5. Promove o cuidado integral à saúde, associando ações de tratamento, prevenção de doenças e promoção da saúde, sempre que necessário, em todas as fases do ciclo de vida e de modo contextualizado à realidade dos usuários. Considera o acesso e a capacidade de resposta dos diferentes serviços de saúde e da rede intersetorial ao buscar a integralidade e a efetividade do plano de intervenção, assim como os direitos do usuário.</p> <p>6. Orienta e prescreve os exercícios conforme as necessidades dos grupos de usuários ou comunidades, levando em consideração as singularidades existentes.</p> <p>7. Possibilita que todas as pessoas tenham acesso ao conhecimento e à prática de diferentes manifestações físicas do movimento humano, compreendidas como direito inalienável de todo cidadão.</p> <p>8. Compartilha e negocia decisões e responsabilidades na definição e/ou execução do plano com famílias, comunidade e demais envolvidos, considerando as dimensões biológicas, psicológicas e sociais envolvidas, com o objetivo de reduzir danos, melhorar a saúde e garantir seus direitos.</p> <p>9. Executa as ações do plano de intervenção sob sua responsabilidade profissional, atuando em conjunto com a rede de práticas corporais/atividades físicas governamental, não-governamental e comunitária com vistas a contribuir tecnicamente e pedagogicamente para o fortalecimento e a sustentabilidade de iniciativas comunitárias.</p> <p>10. Disponibiliza as devidas orientações e/ou prescrição de maneira clara, esclarecendo dúvidas e ajustando-as conforme a realidade de cada família ou comunidade. Estabelece e negocia seu acompanhamento com os mesmos.</p> <p>11. Registra o plano de intervenção no prontuário de maneira clara e objetiva, se for o caso.</p> <p>12. Registra e analisa dados de saúde das famílias ou comunidade, de maneira a contribuir com o plano de intervenção.</p> <p>13. Identifica e notifica, aos setores responsáveis, casos de notificação compulsória e/ou de vigilância específica.</p>
--	---

	4. Avalia o plano de intervenção.	<p>1. Realiza monitoramento e avaliação do plano de intervenção e das estratégias de promoção da atividade física/práticas corporais em conjunto com os usuários e, sempre que necessário, com outros profissionais e serviços envolvidos.</p> <p>2. Avalia a qualidade, a eficiência e a efetividade das intervenções realizadas e considera a avaliação de outros profissionais envolvidos e dos usuários e/ou comunidade em relação ao processo e resultados obtidos.</p> <p>3. Valoriza potencialidades e conquistas ao longo da realização da intervenção e analisa dificuldades de forma corresponável com os demais profissionais de saúde envolvidos, visando ajustá-la, se necessário.</p> <p>4. Realiza os ajustes necessários no plano visando a qualidade das intervenções e ações e buscando alcançar os objetivos propostos.</p> <p>5. Demonstra abertura e capacidade de negociação com famílias e comunidades envolvidas para ajustes no plano de intervenção de maneira a ofertar um cuidado mais resolutivo, autônomo e adequado à sua realidade, sempre que necessário</p>
--	-----------------------------------	---

Tabela 5 - Perfil de competência - Área de Competência de Cuidado Específico - Enfermagem

Sub-área	Ações-chave	Desempenhos
Cuidado individual de enfermagem	1. Estabelece a história clínica centrada na pessoa.	<p>1. Demonstra postura ética, atenção e disponibilidade no contato com profissionais de saúde, usuário e responsáveis, se for o caso.</p> <p>2. Se apresenta e identifica como o usuário gostaria de ser chamado, respeitando sua identificação (nome/nome social). Apresenta qual o objetivo do atendimento.</p> <p>3. Estabelece vínculo e realiza escuta qualificada, desenvolvendo uma história clínica que considera a história de vida e como o sujeito vivencia o processo de saúde e doença, incluindo suas expectativas quanto ao acompanhamento.</p> <p>4. Identifica a história de vida pessoal e familiar do usuário, contemplando sua história clínica atual e pregressa e de seus familiares e tratamentos ou intervenções já realizadas. Identifica as necessidades de saúde considerando as dimensões biológica, psicológica, social, cultural, religiosidade/espiritualidade e o ciclo de vida das pessoas. Posiciona-se de forma imparcial em relação às questões religiosas e culturais.</p> <p>5. Identifica a rede de apoio do usuário de forma a pensar no cuidado ampliado e na integralidade da atenção.</p> <p>6. Correlaciona, reflexivamente, o contexto de vida apresentado com as determinações sócio-históricas,</p>

	<p>econômico-culturais e epidemiológicas.</p> <p>7. Utiliza técnicas de comunicação clínica eficientes, aprimorando as habilidades de comunicação com a equipe e com o usuário. Usa linguagem compreensível ao usuário, estimulando a exposição da(s) situação(ões) que o levaram a buscar o atendimento.</p> <p>8. Atua com respeito e de forma empática, inclusive quando há recusas ou discordâncias, sugerindo alternativas.</p> <p>9. Registra, no prontuário, de forma clara e objetiva, as informações que podem contribuir com o cuidado interprofissional, evitando a revitimização do(a) usuário(a), se for o caso.</p>
2. Realiza a avaliação do usuário.	<p>1. Investiga hábitos de vida, fatores de risco relacionados à própria saúde e ao cuidado, além de aspectos que possam apontar o grau de vulnerabilidades e potencialidades para o usuário.</p> <p>2. Estimula o usuário a refletir sobre os condicionantes e determinantes do processo saúde-doença e sobre os aspectos e fatores que podem interferir nas causas e consequências do processo de adoecimento, de modo a promover sua autonomia, incentivando sua participação no processo de promoção, prevenção e recuperação da saúde e a explicitar suas necessidades para além dos aspectos biológicos.</p> <p>3. Define e aplica as técnicas e os procedimentos adequados para realizar a avaliação clínica e/ou psicossocial do usuário, orientando-o sobre o que será realizado e solicitando seu consentimento. Cuida da privacidade, do conforto e do bem-estar do usuário ao realizar técnicas recomendadas. Demonstra postura ética e sem julgamentos e destreza técnica na realização da avaliação.</p> <p>4. Se pertinente, promove investigação diagnóstica, solicitando exames complementares em conformidade com a prerrogativa de atuação profissional e/ou promove outras buscas (como visita domiciliar, obtenção de dados com familiares/cuidadores, perspectiva de outros profissionais e análise de prontuário) para ampliar, confirmar ou afastar suas hipóteses. Segue princípios éticos, de custo-efetividade e da melhor evidência na investigação realizada, levando em conta o acesso, o financiamento, a adesão, o direito e a autonomia do usuário.</p> <p>5. Esclarece os achados de modo compreensível ao usuário e os registra, no prontuário, de forma clara e legível.</p> <p>6. A depender do cenário de prática, adota medidas de biossegurança recomendadas</p>
3. Define o diagnóstico do usuário.	<p>1. Relaciona e associa os dados coletados, articulando história e exame clínico, dialogando com demandas e necessidades colocadas pelo usuário.</p> <p>2. Formula os problemas do usuário, estabelecendo hipóteses diagnósticas mais prováveis, com</p>

	<p>fundamentação clínico-epidemiológica utilizando os protocolos clínicos de enfermagem vigentes, considerando o contexto de vida.</p> <p>3. Informa e esclarece suas hipóteses de forma compreensível ao usuário, considerando dúvidas e questionamentos.</p> <p>4. Quando necessário, discute a situação do usuário em equipe multiprofissional na APS e/ou rede intra e intersetorial, buscando apoio para a definição do diagnóstico.</p> <p>5. Registra o(s) diagnóstico(s) de enfermagem no prontuário, utilizando a Classificação Internacional de Prática de Enfermagem - CIPE.</p>
4. Define o plano de cuidado.	<p>1. Prioriza problemas de forma compartilhada com o usuário e, se for o caso, com sua família.</p> <p>2. Elabora plano de cuidado a partir das melhores evidências disponíveis e levando em consideração os determinantes sociais do processo saúde-doença.</p> <p>3. Discute o caso com profissionais de referência e/ou encaminha o usuário para outros profissionais ou pontos de atenção ou rede intersetorial, sempre que necessário.</p> <p>4. Compartilha com o usuário, em linguagem acessível, as necessidades de saúde e as implicações dos problemas encontrados, esclarecendo dúvidas, respeitando seu desejo, sua autonomia e as possibilidades e limites de ambos na construção do plano de cuidado.</p> <p>5. Promove o cuidado integral à saúde, associando ações de tratamento, prevenção de doenças e promoção da saúde, sempre que necessário, em todas as fases do ciclo de vida e de modo contextualizado à realidade do usuário. Considera o acesso e a capacidade de resposta dos diferentes serviços de saúde e da rede intersetorial ao buscar a integralidade e a efetividade do cuidado, assim como os direitos do usuário.</p> <p>6. Compartilha e negocia decisões e responsabilidades na definição e/ou execução do plano com o usuário, cuidadores, equipe multiprofissional, equipamentos comunitários e demais envolvidos, considerando as dimensões biológicas, psicológicas e sociais envolvidas, com o objetivo de reduzir danos, melhorar a saúde e garantir os direitos do usuário.</p> <p>7. Executa as ações do plano sob sua responsabilidade profissional.</p> <p>8. Disponibiliza as devidas orientações e/ou prescrição de maneira clara, esclarecendo dúvidas e ajustando-as conforme a realidade de cada usuário. Estabelece e negocia seu acompanhamento com o mesmo.</p> <p>9. Registra o plano de cuidado no prontuário de maneira clara e objetiva.</p> <p>10. Registra e analisa dados de saúde do usuário, de maneira a contribuir com o plano de cuidado.</p> <p>11. Identifica e notifica, aos setores responsáveis, em casos de notificação compulsória e/ou de vigilância específica.</p>

	5. Avalia o plano de cuidado.	<p>1. Realiza monitoramento e avaliação do plano de cuidado com o usuário e, sempre que necessário, com familiares, cuidadores, equipe multiprofissional, comunidade e demais envolvidos.</p> <p>2. Avalia a qualidade, a eficiência e a efetividade das intervenções realizadas e considera a avaliação de outros profissionais envolvidos e do usuário ou, se for o caso, da família em relação ao processo e resultados obtidos.</p> <p>3. Valoriza potencialidades e conquistas ao longo do processo e analisa dificuldades de forma corresponsável com a equipe de saúde, visando reorganizar o cuidado, se necessário.</p> <p>4. Demonstra abertura e capacidade de negociação com o usuário para ajustes no plano de maneira a ofertar um cuidado mais resolutivo, autônomo e adequado à sua realidade, sempre que necessário.</p> <p>5. Realiza os ajustes necessários no plano visando a qualidade das intervenções e ações e buscando alcançar os objetivos propostos.</p>
Cuidado familiar e coletivo de enfermagem	1. Realiza avaliação familiar ou comunitária.	<p>1. Demonstra postura ética, atenção e disponibilidade no contato com profissionais de saúde, famílias ou comunidade.</p> <p>2. Se apresenta e identifica como os usuários gostariam de ser chamados, respeitando sua identificação (nome/nome social). Apresenta qual o objetivo do atendimento.</p> <p>3. Estabelece vínculo e realiza escuta qualificada, considerando a história de vida e como os sujeitos vivenciam o processo de saúde e doença, incluindo suas expectativas quanto à intervenção.</p> <p>4. Identifica a história familiar dos usuários ou da comunidade envolvida, verificando as necessidades de saúde considerando as dimensões biológica, psicológica, social, cultural e o ciclo de vida das pessoas. Investiga hábitos de vida, fatores de risco relacionados à própria saúde e ao cuidado, além de aspectos que possam apontar o grau de vulnerabilidades e potencialidades para as famílias ou comunidades.</p> <p>5. Investiga o território adscrito de acordo com as especificidades de sua profissão, verificando as condições em que vivem as pessoas e identificando equipamentos comunitários e estratégias que contribuem para a promoção, prevenção e reabilitação da saúde da população em relação ao cuidado de enfermagem.</p> <p>6. Define e aplica as técnicas e os procedimentos adequados para realizar a avaliação familiar ou comunitária/territorial em relação ao cuidado de enfermagem, orientando os usuários sobre o que será realizado e solicitando seu consentimento. Cuida da privacidade, do conforto e do bem-estar dos usuários ao realizar técnicas recomendadas. Demonstra postura ética e sem julgamentos e destreza técnica na realização da avaliação.</p> <p>7. Correlaciona, reflexivamente, o contexto de vida apresentado com as determinações sócio-históricas, econômico-culturais e epidemiológicas, analisando as questões relacionadas ao plano de cuidados de enfermagem proposto.</p>

	<p>8. Estimula os usuários a refletir sobre os condicionantes e determinantes do processo saúde-doença, de modo a promover sua autonomia, incentivando sua participação no processo de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde e a explicitar suas necessidades para além dos aspectos biológicos.</p> <p>9. Identifica a rede de apoio familiar e/ou comunitária de forma a pensar no cuidado ampliado e na integralidade da atenção.</p> <p>10. Usa linguagem compreensível aos usuários.</p> <p>11. Atua com respeito e de forma empática, inclusive quando há recusas ou discordâncias, sugerindo alternativas. Posiciona-se de forma imparcial em relação às questões religiosas.</p> <p>12. Adota medidas de biossegurança recomendadas, considerando os diferentes espaços de oferta do cuidado familiar e coletivo.</p> <p>13. Registra, no prontuário, de forma clara e objetiva, as informações que podem contribuir com o cuidado interprofissional, se for o caso.</p> <p>14. Identifica problemas semelhantes no território em relação ao cuidado de enfermagem de forma a coletivizar as demandas para a categoria.</p>
2. Define o diagnóstico familiar ou comunitário.	<p>1. Relaciona e associa os dados coletados, articulando demandas e necessidades coletivas específicas para o cuidado de enfermagem, dialogando com demandas e necessidades colocadas por famílias ou comunidades.</p> <p>2. Formula os problemas das famílias ou do território em saúde, estabelecendo hipóteses diagnósticas mais prováveis, com fundamentação clínico-epidemiológica utilizando os protocolos clínicos de enfermagem vigentes, considerando os contextos de vida.</p> <p>3. Informa e esclarece suas hipóteses de forma compreensível aos usuários, considerando dúvidas e questionamentos.</p> <p>4. Quando necessário, discute a situação das famílias ou do território em saúde em equipe multiprofissional da APS e/ou rede intra e intersetorial, buscando apoio para a definição do diagnóstico.</p> <p>5. Registra o(s) diagnóstico(s) de enfermagem no prontuário, utilizando a Classificação Internacional de Prática de Enfermagem - CIPE.</p>
3. Define o plano de intervenção.	<p>1. Prioriza problemas de forma compartilhada com a família ou a comunidade.</p> <p>2. Elabora plano de intervenção a fim de promover o cuidado a partir das melhores evidências disponíveis e levando em consideração os determinantes sociais do processo saúde-doença.</p> <p>3. Discute o caso com profissionais de referência e/ou encaminha as famílias para outros profissionais ou pontos de atenção ou rede intersetorial, sempre que necessário.</p>

	<p>4. Compartilha, em linguagem acessível aos usuários as necessidades de saúde referidas e percebidas e as implicações dos problemas encontrados, esclarecendo dúvidas, respeitando seu desejo, sua autonomia e as possibilidades e limites de ambos na construção do plano de intervenção.</p> <p>5. Promove o cuidado integral à saúde, associando ações de tratamento, prevenção de doenças e promoção da saúde, sempre que necessário, em todas as fases do ciclo de vida e de modo contextualizado à realidade dos usuários. Considera o acesso e a capacidade de resposta dos diferentes serviços de saúde e da rede intersetorial ao buscar a integralidade e a efetividade do plano de intervenção, assim como os direitos do usuário.</p> <p>6. Compartilha e negocia decisões e responsabilidades na definição e/ou execução do plano com famílias, comunidade e demais envolvidos, considerando as dimensões biológicas, psicológicas e sociais envolvidas, com o objetivo de reduzir danos, melhorar a saúde e garantir seus direitos.</p> <p>7. Executa as ações do plano de intervenção sob sua responsabilidade profissional.</p> <p>8. Disponibiliza as devidas orientações e/ou prescrição de maneira clara, esclarecendo dúvidas e ajustando-as conforme a realidade de cada família ou comunidade. Estabelece e negocia seu acompanhamento com as pessoas envolvidas.</p> <p>9. Registra o plano de intervenção no prontuário de maneira clara e objetiva, se for o caso.</p> <p>10. Registra e analisa dados de saúde das famílias ou comunidade, de maneira a contribuir com o plano de intervenção.</p> <p>11. Identifica e notifica, aos setores responsáveis, casos de notificação compulsória e/ou de vigilância específica.</p>
4. Avalia o plano de intervenção.	<p>1. Realiza monitoramento e avaliação do plano de intervenção com os usuários e, sempre que necessário, com outros profissionais e serviços envolvidos.</p> <p>2. Avalia a qualidade, a eficiência e a efetividade das intervenções realizadas e considera a avaliação de outros profissionais envolvidos e dos usuários e/ou comunidade em relação ao processo e resultados obtidos.</p> <p>3. Valoriza potencialidades e conquistas ao longo da realização da intervenção e analisa dificuldades de forma corresponsável com a equipe de saúde, visando ajustá-la, se necessário.</p> <p>4. Realiza os ajustes necessários no plano visando a qualidade das intervenções e ações e buscando alcançar os objetivos propostos.</p> <p>5. Demonstra abertura e capacidade de negociação com famílias e comunidades envolvidas para ajustes no plano de intervenção de maneira a ofertar um cuidado mais resolutivo, autônomo e adequado à sua realidade, sempre que necessário.</p>

Realiza a gestão da assistência de enfermagem	1. Gerencia o serviço específico em interface com a gestão municipal.	<p>1. Supervisiona e coordena a prática profissional e de educação permanente da equipe de enfermagem e dos agentes comunitários de saúde com vistas ao desempenho de suas funções.</p> <p>2. Supervisiona a imunização (rede de frio, sala de vacina, campanhas de vacina, faltosos, cobertura, entre outros).</p> <p>3. Realiza gerenciamento de enfermagem, incluindo controle e suprimento de insumos de enfermagem, vacinas, maleta de emergência, encaminhamentos relacionados aos materiais de enfermagem quanto à padronização, qualidade e queixas técnicas, entre outros.</p> <p>4. Apreender os princípios e práticas de gestão com a equipe de enfermagem, no intuito de fortalecer o trabalho em equipe e reforçar a relação e o fazer do técnico de enfermagem com o enfermeiro.</p> <p>5. Exerce a tomada de decisão em conjunto com o preceptor em situações críticas de urgência e emergência.</p> <p>6. Desenvolve a coordenação do cuidado de casos com complexos através da criação de projetos terapêuticos singulares junto com a equipe multiprofissional.</p> <p>7. Auxilia na organização junto com a coordenação local de atividades extra muro, campanhas de vacinação e demais atividades coletivas programadas em sua unidade.</p> <p>8. Auxilia no planejamento e organização do CS junto com a coordenação local.</p> <p>9. Acompanha e monitora os indicadores em saúde, exercendo planejamento de ações baseadas nos indicadores.</p> <p>10. Promove a educação permanente da equipe do CS em conjunto com a coordenação local, de acordo com as necessidades da equipe.</p>
---	---	---

Tabela 6 - Perfil de competência - Área de Competência de Cuidado Específico - Farmácia

Sub-área	Ações-chave	Desempenhos
Realiza serviços de acompanhamento farmacoterapêutico,	1. Estabelece a história clínica e farmacoterapêutica centrada na pessoa.	<p>1. Demonstra postura ética, atenção e disponibilidade no contato com profissionais de saúde, usuário/a/e e responsáveis, se for o caso.</p> <p>2. Se apresenta e identifica como o/a/e usuário/a/e gostaria de ser chamado/a/e, respeitando sua identificação (nome/nome social). Apresenta qual o objetivo do atendimento.</p> <p>3. Estabelece vínculo e realiza escuta qualificada, desenvolvendo uma história clínica e farmacoterapêutica que considera a história de vida e como o sujeito vivencia o processo de saúde e doença, incluindo suas</p>

<p>dispensação de medicamentos, dentre outros inerentes ao cuidado farmacêutico na APS.</p>	<p>expectativas quanto ao acompanhamento.</p> <p>4. Identifica a história de vida pessoal e familiar do usuário, contemplando sua história clínica e farmacoterapêutica atual e pregressa e de seus familiares e tratamentos ou intervenções já realizadas, identificando também experiências e crenças relacionadas ao uso de medicamentos, plantas medicinais e outras alternativas terapêuticas.</p> <p>5. Identifica as necessidades de saúde, principalmente as relacionadas à farmacoterapia, considerando as dimensões biológica, psicológica, social, cultural e o ciclo de vida das pessoas.</p> <p>6. Identifica a rede de apoio do usuário de forma a pensar no cuidado ampliado e na integralidade da atenção.</p> <p>7. Correlaciona, reflexivamente, o contexto de vida apresentado com as determinações sócio-históricas, econômico-culturais e epidemiológicas, identificando os aspectos de vida que contribuem para o surgimento de problemas de saúde relacionados à farmacoterapia e para a resolutividade da farmacoterapia e das intervenções em saúde em geral.</p> <p>8. Usa linguagem compreensível ao usuário, utilizando-se de habilidades de comunicação e estimulando a exposição da(s) situação(ões) que o levaram a buscar o atendimento.</p> <p>9. Atua com respeito e de forma empática, inclusive quando há recusas ou discordâncias, pactuando alternativas. Posiciona-se de forma respeitosa em relação às questões religiosas e culturais.</p> <p>10. Registrar, no prontuário, de forma clara e objetiva, as informações que possam contribuir com o cuidado interprofissional e longitudinal, evitando a revitimização do/a usuário/a, se for o caso.</p>
<p>2. Realiza a análise da situação de saúde e revisão da farmacoterapia.</p>	<p>1. Investiga hábitos de vida, fatores de risco relacionados à própria saúde e ao cuidado, além de aspectos que possam apontar o grau de vulnerabilidades e potencialidades para o usuário.</p> <p>2. Estimula o usuário a refletir sobre os condicionantes e determinantes do processo saúde-doença e sobre os aspectos e fatores que podem interferir nas causas e consequências do processo de adoecimento, de modo a promover sua autonomia, incentivando sua participação no processo de promoção, prevenção e recuperação da saúde e a explicitar suas necessidades para além dos aspectos biológicos.</p> <p>3. Define e aplica as técnicas e os procedimentos adequados (afeição de glicemias capilar, pressão arterial, temperatura, peso corporal, estatura, circunferência abdominal, frequência cardíaca e frequência respiratória, métodos de avaliação da dor, da adesão à farmacoterapia) para realizar a análise da situação de saúde e a revisão da farmacoterapia, considerando a situação clínica e psicossocial da pessoa, orientando-a sobre o que será realizado e solicitando seu consentimento. Cuida da privacidade, do conforto e do bem-estar do/a/e usuário/a/e ao realizar técnicas recomendadas. Demonstra postura ética e sem julgamentos e</p>

	<p>destreza técnica na realização da avaliação.</p> <p>4. Se pertinente, solicita exames laboratoriais com a finalidade de monitorar os resultados da farmacoterapia, individualizar a farmacoterapia, monitorar nível terapêutico dos medicamentos, determinar parâmetros bioquímicos e fisiológicos da pessoa para fins de acompanhamento farmacoterapêutico e rastreamento em saúde. Segue princípios éticos, de custo-efetividade e da melhor evidência na investigação realizada, levando em conta o acesso, o financiamento, a adesão, o direito e a autonomia do usuário.</p> <p>5. Promove outras buscas (como visita domiciliar, obtenção de dados com familiares/cuidadores, perspectiva de outros profissionais e análise de prontuário) para ampliar, confirmar ou afastar suas hipóteses.</p> <p>6. Esclarece os achados de modo comprehensível ao usuário e os registra, no prontuário, de forma clara e legível.</p> <p>7. A depender do cenário de prática, adota medidas de biossegurança recomendadas.</p>
3. Identifica os problemas relacionados à farmacoterapia e fatores de risco.	<p>1. Relaciona e associa os dados coletados, articulando análise da situação de saúde e da farmacoterapia, dialogando com demandas e necessidades colocadas pelo/a/e usuário/a/e durante a execução de todos os possíveis serviços farmacêuticos clínicos a serem desenvolvidos: dispensação de medicamentos, revisão da farmacoterapia, monitorização terapêutica de medicamentos, reconciliação medicamentosa, rastreamento em saúde e acompanhamento farmacoterapêutico.</p> <p>2. Formula os problemas de saúde do usuário, estabelecendo hipóteses mais prováveis, com fundamentação clínico-epidemiológica, considerando o contexto de vida, com a finalidade de prevenir, identificar e avaliar os problemas relacionados à farmacoterapia, buscando classificá-los em problemas relacionados à necessidade, a adesão, a efetividade e a segurança da farmacoterapia.</p> <p>3. Informa e esclarece suas hipóteses, identificando problemas relacionadas à farmacoterapia, suas causas e consequências, de forma comprehensível ao usuário, considerando suas dúvidas e questionamentos.</p> <p>4. Quando necessário, discute a situação do usuário em equipe multiprofissional na APS e/ou rede intra e intersetorial, buscando apoio para a definição das problemáticas em saúde relacionadas à farmacoterapia.</p> <p>5. Registra o(s) problema(s) e a avaliação no prontuário, de forma objetiva e legível.</p>
4. Define o plano de cuidado farmacêutico.	<p>1. Prioriza problemas de forma compartilhada com o usuário e, se for o caso, com sua família.</p> <p>2. Elabora plano de cuidado a partir das melhores evidências disponíveis e levando em consideração os determinantes sociais do processo saúde-doença.</p> <p>3. Discute o caso com profissionais de referência e/ou encaminha o usuário para outros profissionais ou</p>

	<p>pontos de atenção ou rede intersetorial, sempre que necessário.</p> <p>4. Compartilha com o usuário, em linguagem acessível, as necessidades de saúde e as implicações dos problemas de saúde relacionados à farmacoterapia encontrados, esclarecendo dúvidas, respeitando seu desejo, sua autonomia e as possibilidades e limites de ambos na construção do plano de cuidado.</p> <p>5. Promove o cuidado integral à saúde, associando ações de tratamento, prevenção de doenças e promoção da saúde, sempre que necessário, em todas as fases do ciclo de vida e de modo contextualizado à realidade do usuário. Considera o acesso e a capacidade de resposta dos diferentes serviços de saúde e da rede intersetorial ao buscar a integralidade e a efetividade do cuidado, assim como os direitos do usuário.</p> <p>6. Compartilha e negocia decisões e responsabilidades na definição e/ou execução do plano com o usuário, cuidadores, equipe multiprofissional, equipamentos comunitários e demais envolvidos, considerando as dimensões biológicas, psicológicas e sociais envolvidas, com o objetivo de reduzir danos, melhorar a saúde e garantir os direitos do usuário.</p> <p>7. Executa as ações do plano sob sua responsabilidade profissional.</p> <p>8. Disponibiliza as devidas orientações e/ou prescrição de maneira clara, esclarecendo dúvidas e ajustando-as conforme a realidade de cada usuário. Estabelece e negocia seu acompanhamento com o mesmo.</p> <p>9. Registra o plano de cuidado no prontuário de maneira clara e objetiva, destacando as metas farmacoterapêuticas esperadas, as intervenções farmacêuticas realizadas, o agendamento de retorno, entre outras informações pertinentes e relevantes.</p> <p>10. Registra e analisa dados de saúde do usuário, de maneira a contribuir com o plano de cuidado.</p> <p>11. Identifica e notifica, aos setores responsáveis, em casos de notificação compulsória e/ou de farmacovigilância.</p>
5. Monitora e avalia o plano de cuidado farmacêutico.	<p>1. Realiza monitoramento e avaliação do plano de cuidado com o usuário e, sempre que necessário, com familiares, cuidadores, equipe multiprofissional, comunidade e demais envolvidos.</p> <p>2. Avalia a qualidade, a eficiência e a efetividade das intervenções realizadas e considera a avaliação de outros profissionais envolvidos e do usuário ou, se for o caso, da família em relação aos resultados e progressos obtidos, ao alcance das metas terapêuticas e novos problemas que possam surgir.</p> <p>3. Valoriza potencialidades e conquistas ao longo do processo e analisa dificuldades de forma correspondeável com a equipe de saúde, visando reorganizar o cuidado, se necessário.</p> <p>4. Demonstra abertura e capacidade de negociação com o usuário para ajustes no plano de maneira a ofertar um cuidado mais resolutivo, autônomo e adequado à sua realidade, sempre que necessário.</p> <p>5. Realiza os ajustes necessários no plano visando a qualidade das intervenções e ações e buscando</p>

		<p>alcançar os objetivos de reduzir a morbimortalidade relacionada à medicamentos.</p> <p>6. Articula junto a outros profissionais ou serviços de saúde nas transições assistenciais, com vistas à coordenação clínica, à continuidade assistencial e ao alcance de melhores resultados relacionados à saúde dos usuários.</p>
Realiza serviços farmacêuticos direcionados ao âmbito familiar e comunitário.	<p>1. Realiza análise das necessidades em saúde relacionadas aos medicamentos no âmbito familiar e comunitário.</p>	<p>1. Demonstra postura ética, atenção e disponibilidade no contato com profissionais de saúde, famílias ou comunidade. Atua com respeito e de forma empática, inclusive quando há recusas ou discordâncias, sugerindo alternativas. Posiciona-se de forma imparcial em relação às questões religiosas.</p> <p>2. Estabelece vínculo e realiza escuta qualificada, considerando a história familiar e comunitária e como os sujeitos vivenciam o processo de saúde e doença, incluindo suas expectativas quanto à intervenção. Usa linguagem compreensível aos usuários.</p> <p>3. Identifica a história familiar dos usuários ou da comunidade envolvida, verificando as necessidades de saúde considerando as dimensões biológica, psicológica, social, cultural e o ciclo de vida das pessoas. Investiga hábitos de vida, fatores de risco relacionados à própria saúde e ao cuidado, além de aspectos que possam apontar o grau de vulnerabilidades e potencialidades para as famílias ou comunidades.</p> <p>4. Investiga o território adscrito observando o modo como o acesso e uso racional dos medicamentos se expressam, verificando as condições em que vivem as pessoas e identificando equipamentos comunitários e estratégias que contribuem para a promoção, prevenção e reabilitação da saúde da população, e redução da morbimortalidade relacionada aos medicamentos.</p> <p>5. Define e aplica as técnicas, os procedimentos e estudos de utilização de medicamentos adequados para realizar a análise familiar ou comunitária/territorial em relação ao acesso e uso racional dos medicamentos, orientando os usuários sobre o que será realizado e solicitando seu consentimento. Cuida da privacidade, do conforto e do bem-estar dos usuários ao realizar técnicas recomendadas. Demonstra postura ética e sem julgamentos e destreza técnica na realização da avaliação.</p> <p>6. Estimula os usuários a refletir sobre os condicionantes e determinantes do processo saúde-doença e das morbimortalidades relacionadas aos medicamentos, de modo a promover sua autonomia, incentivando sua participação no processo de promoção, prevenção e recuperação da saúde e a explicitar suas necessidades para além dos aspectos biológicos.</p> <p>7. Identifica a rede de apoio da família ou comunidade de forma a pensar no cuidado farmacêutico ampliado e na integralidade da atenção.</p> <p>8. A depender do cenário de prática, adota medidas de biossegurança recomendadas.</p> <p>9. Identifica problemas semelhantes no território relacionados ao acesso e uso racional de medicamentos</p>

	<p>sob a ótica da saúde coletiva, da farmacoepidemiologia e farmacovigilância com vistas a reduzir a morbimortalidade relacionada à farmacoterapia.</p>
2. Define plano de intervenção farmacêutica familiar e comunitária.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Prioriza problemas de forma compartilhada com a família ou a comunidade.</li> <li>2. Elabora plano de intervenção a fim de promover o cuidado a partir das melhores evidências disponíveis e levando em consideração os determinantes sociais do processo saúde-doença.</li> <li>3. Discute o caso com profissionais de referência e/ou encaminha as famílias para outros profissionais ou pontos de atenção ou rede intersetorial, sempre que necessário.</li> <li>4. Compartilha, em linguagem acessível aos usuários as necessidades de saúde referidas e percebidas e as implicações dos problemas encontrados, esclarecendo dúvidas, respeitando seu desejo, sua autonomia e as possibilidades e limites de ambos na construção do plano de intervenção.</li> <li>5. Promove o cuidado integral à saúde, associando ações de tratamento, prevenção de doenças e promoção da saúde, sempre que necessário, em todas as fases do ciclo de vida e de modo contextualizado à realidade dos usuários. Considera o acesso e a capacidade de resposta dos diferentes serviços de saúde e da rede intersetorial ao buscar a integralidade e a efetividade do plano de intervenção, assim como os direitos do usuário.</li> <li>6. Compartilha e negocia decisões e responsabilidades na definição e/ou execução do plano com famílias, comunidade e demais envolvidos, considerando as dimensões biológicas, psicológicas e sociais envolvidas, com o objetivo de reduzir danos, melhorar a saúde e garantir seus direitos.</li> <li>7. Executa as ações do plano de intervenção sob sua responsabilidade profissional.</li> <li>8. Disponibiliza as devidas orientações e recomendações de maneira clara, esclarecendo dúvidas e ajustando-as conforme a realidade de cada família ou comunidade. Estabelece e negocia seu acompanhamento com os mesmos.</li> <li>9. Registra o plano de intervenção no prontuário de maneira clara e objetiva, se for o caso.</li> <li>10. Identifica e notifica, aos setores responsáveis, casos de notificação compulsória e/ou de vigilância específica visando a prevenção e identificação de erros de medicação; prevenção, detecção e notificação de eventos adversos relacionados aos medicamentos, e detecção e notificação de desvio de qualidade de medicamentos.</li> <li>11. Elabora estratégias para melhoria da utilização de medicamentos, a partir dos problemas identificados, com o objetivo de desenvolver ações multiprofissionais, como a elaboração de protocolos e capacitações, e posteriormente avaliar o impacto das estratégias utilizadas.</li> <li>12. Compartilha informações diretamente a um grupo de usuários, cuidadores e/ ou de profissionais de</li> </ol>

		<p>saúde relacionadas à farmacoterapia e outros aspectos de saúde, com vistas à obtenção de melhores resultados em saúde e respostas positivas relacionadas à farmacoterapia.</p>
	<p>3. Avalia o plano de intervenção farmacêutica.</p>	<p>1. Realiza monitoramento e avaliação do plano de intervenção com os usuários e, sempre que necessário, com outros profissionais e serviços envolvidos.</p> <p>2. Avalia a qualidade, a eficiência e a efetividade das intervenções realizadas e considera a avaliação de outros profissionais envolvidos e dos usuários e/ou comunidade em relação ao processo e resultados obtidos.</p> <p>3. Valoriza potencialidades e conquistas ao longo da realização da intervenção e analisa dificuldades de forma corresponsável com a equipe de saúde, visando ajustá-la, se necessário.</p> <p>4. Realiza os ajustes necessários no plano visando a qualidade das intervenções e ações e buscando alcançar os objetivos propostos.</p> <p>5. Demonstra abertura e capacidade de negociação com famílias e comunidades envolvidas para ajustes no plano de intervenção de maneira a oferecer um cuidado mais resolutivo, autônomo e adequado à sua realidade, sempre que necessário.</p> <p>6. Elabora diretrizes técnicas e organizacionais para o funcionamento dos serviços, assim como monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas no âmbito familiar e comunitário.</p>
<p>Realiza a gestão do serviço de farmácia da unidade de saúde, garantindo a qualidade do cuidado farmacêutico e dos processos técnico-gerenciais dos medicamentos</p>	<p>1. Gerencia o serviço de farmácia da unidade de saúde, em consonância com legislação sanitária, normativas e protocolos de atenção vigentes.</p>	<p>1. Atua em concordância às normas e legislações sanitárias vigentes relacionadas aos medicamentos e aos serviços farmacêuticos.</p> <p>2. Realiza avaliação de parâmetros organizacionais do serviço de farmácia da unidade de saúde, como cobertura assistencial, infraestrutura, capacidade instalada e recursos humanos, objetivando a oferta adequada dos serviços clínicos direcionados aos usuários no exercício do cuidado farmacêutico e dos serviços técnico-gerenciais direcionados ao acesso aos medicamentos.</p> <p>3. Adota as diretrizes técnicas e organizacionais para o funcionamento dos serviços, assim como monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas no âmbito do Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica.</p> <p>4. Conhece as diretrizes para a organização do acesso a medicamentos dos componentes básico, estratégico e especializado da Assistência Farmacêutica na rede municipal de saúde.</p> <p>5. Conhece as diretrizes técnicas e fluxos de solicitação de medicamentos não constantes na REMUME.</p> <p>6. Adota diretrizes técnicas e fluxos de acesso a medicamentos no âmbito da sua unidade de saúde em situações de desastres e de emergência em saúde pública.</p>

	<p>7. Aciona a gestão local, distrital e municipal sempre que identificar problemas organizacionais do serviço de farmácia mediante apresentação de relatórios ou outros documentos contendo dados e informações que subsidiem a tomada de decisões.</p> <p>8. Adota, na gestão da clínica, instrumentos de coordenação assistencial e linhas de cuidado, considerando as ações e serviços relacionados ao Cuidado Farmacêutico, com vistas à integração, qualificação e contribuição nos processos assistenciais e de atenção à saúde.</p> <p>9. Contribui com a elaboração de diretrizes para a rede de atenção à saúde nos diversos âmbitos assistenciais, através da participação em grupos de trabalho de gestão da clínica e coordenação assistencial.</p> <p>10. Adota as ferramentas de comunicação entre os serviços farmacêuticos, como sistemas de informação e fluxos de referência e contrarreferência, com vistas ao aprimoramento da gestão da clínica e coordenação assistencial.</p> <p>11. Desenvolve estratégias para análise das prescrições atendidas pelo serviço de farmácia quanto à adesão à REMUME e a outros indicadores de acesso e uso racional de medicamentos.</p> <p>12. Analisa, a partir de uma perspectiva coletiva, os resultados da utilização de medicamentos na prática clínica, incluindo a farmacovigilância, os problemas relacionados com a farmacoterapia, os erros de medicação e a automedicação, entre outros.</p> <p>13. Previne e identifica de erros de medicação como sendo qualquer evento evitável que potencialmente possa levar ao uso inadequado de medicamento, por meio do mapeamento de riscos e implantação de barreiras para mitigação de possíveis erros relacionados à prática profissional, produtos usados na área de saúde, procedimentos, problemas de comunicação, incluindo prescrição, rótulos, embalagens, preparação, dispensação, distribuição, administração, educação, monitoramento e uso de medicamentos.</p> <p>14. Previne, detecta e notifica eventos adversos relacionados aos medicamentos como sendo qualquer incidente relacionado a medicamentos que resultem em dano ao indivíduo.</p> <p>15. Detecta e notifica desvio de qualidade de medicamentos identificados a partir de alterações organolépticas, físico-químicas ou outras, que possam comprometer a qualidade do medicamento</p>
2. Gerencia os serviços técnico-gerenciais relacionados à programação,	<p>1. Realiza monitoramento e avaliação de dados de consumo, demanda e estoque de medicamentos relacionados às necessidades do serviço de saúde, a partir do histórico, previsão de consumo e estoque existente.</p> <p>2. Realiza a programação de medicamentos estimando os quantitativos necessários de medicamentos para atender de forma contínua às demandas do serviço de saúde por um período estabelecido.</p> <p>3. Adota normas e procedimentos técnicos relacionados às boas práticas de armazenamento de</p>

	<p>armazenamento e remanejamento dos medicamentos no âmbito da unidade de saúde.</p> <p>medicamentos, assegurando a padronização de condutas adequadas quanto ao recebimento, armazenamento, conservação e controle de estoque.</p> <p>4. Realiza de forma eficiente a gestão de estoque de medicamentos, a fim de evitar desabastecimento, perdas e propiciar a rastreabilidade dos produtos.</p> <p>5. Realiza a conferência dos estoques físicos de medicamentos e das quantidades registradas nas fichas de controle ou sistema informatizado da Assistência Farmacêutica municipal atendendo as diretrizes técnicas estabelecidas.</p> <p>6. Notifica a gestão distrital e/ou municipal sempre que identificar necessidade de remanejar medicamentos entre as unidades de saúde.</p> <p>7. Realiza o remanejamento de medicamentos entre as unidades de saúde de maneira a garantir os procedimentos técnicos necessários.</p> <p>8. Informa as equipes e os usuários sobre as situações de desabastecimento de medicamentos no município e compartilha as alternativas terapêuticas existentes para tomada de decisão.</p> <p>9. Realiza a segregação e o acondicionamento para descarte de medicamentos vencidos ou não utilizados conforme preconizado no Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde.</p>
	<p>3. Apoia a gestão municipal da assistência farmacêutica nos serviços técnico-gerenciais relacionados à seleção, aquisição e distribuição de medicamentos no âmbito da atenção básica.</p> <p>1. Conhece o processo de avaliação das tecnologias em saúde que subsidiem decisões relacionadas a regulação, incorporação e utilização de medicamentos realizado pela Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) do município visando a atualização da Relação Municipal de Medicamentos (REMUME) que atenda às necessidades de saúde da população do município.</p> <p>2. Conhece os processos de definição e elaboração das diretrizes técnicas relacionadas à prescrição, dispensação e uso de medicamentos na Atenção Básica.</p> <p>3. Notifica a gestão municipal da Assistência Farmacêutica sempre que identificar problemas relacionados à aquisição de medicamentos, seus requisitos e especificações técnicas de medicamentos, subsidiando o monitoramento e avaliação do processo de aquisição de medicamentos no município.</p> <p>4. Notifica a gestão municipal da Assistência Farmacêutica sempre que identificar problemas relacionados à distribuição de medicamentos, como o não atendimento da quantidade, qualidade e tempo oportuno da entrega dos medicamentos, subsidiando o monitoramento e avaliação do processo de distribuição de medicamentos no município.</p>

Tabela 7 - Perfil de competência - Área de Competência de Cuidado Específico - Fisioterapia

Sub-área	Ações-chave	Desempenhos
Realiza o cuidado individual em fisioterapia	1. Estabelece a história clínica centrada na pessoa.	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Demonstra postura ética, atenção e disponibilidade no contato com profissionais de saúde, usuário e responsáveis, se for o caso.</li> <li>2. Se apresenta e identifica como o usuário gostaria de ser chamado, respeitando sua identificação (nome/nome social). Apresenta qual o objetivo do atendimento.</li> <li>3. Estabelece vínculo e realiza escuta qualificada, desenvolvendo uma história clínica que considera a história de vida e como o sujeito vivencia o processo de saúde e doença, incluindo suas expectativas quanto ao acompanhamento.</li> <li>4. Identifica a história de vida pessoal e familiar do usuário, contemplando sua história clínica atual e pregressa e de seus familiares e tratamentos ou intervenções já realizadas. Identifica as necessidades de saúde considerando as dimensões biológica, psicológica, social, cultural e o ciclo de vida das pessoas.</li> <li>5. Identifica a rede de apoio do usuário de forma a pensar no cuidado ampliado e na integralidade da atenção.</li> <li>6. Correlaciona, reflexivamente, o contexto de vida apresentado com as determinações sócio-históricas, econômico-culturais e epidemiológicas.</li> <li>7. Usa linguagem compreensível ao usuário, estimulando a exposição da(s) situação(ões) que o levaram a buscar o atendimento.</li> <li>8. Atua com respeito e de forma empática, inclusive quando há recusas ou discordâncias, sugerindo alternativas. Posiciona-se de forma imparcial em relação às questões religiosas.</li> <li>9. Registra, no prontuário, de forma clara e objetiva, as informações que podem contribuir com o cuidado interprofissional, evitando a revitimização do(a) usuário(a), se for o caso.</li> </ul>
	2. Realiza a avaliação físico-funcional do usuário.	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Investiga hábitos de vida, fatores de risco relacionados à própria saúde e ao cuidado, além de aspectos que possam influenciar na funcionalidade do usuário.</li> <li>2. Estimula o usuário a refletir sobre os condicionantes e determinantes do processo saúde-doença e sobre os aspectos e fatores que podem interferir nas causas e consequências do processo de adoecimento, de modo a promover sua autonomia, incentivando sua participação no processo de promoção, prevenção e reabilitação, e a explicitar suas necessidades para além dos aspectos biológicos.</li> </ul>

	<p>3. Define e aplica as técnicas e os procedimentos adequados para realizar a avaliação físico-funcional do usuário, orientando-o sobre o que será realizado e solicitando seu consentimento. Cuida da privacidade, do conforto e do bem-estar do usuário ao realizar técnicas recomendadas. Demonstra postura ética e sem julgamentos e destreza técnica na realização da avaliação.</p> <p>4. Se pertinente, promove investigação diagnóstica, solicitando ou avaliando exames complementares em conformidade com a prerrogativa de atuação profissional e/ou promove outras buscas (como visita domiciliar, obtenção de dados com familiares/cuidadores, perspectiva de outros profissionais e análise de prontuário) para ampliar, confirmar ou afastar suas hipóteses. Segue princípios éticos, de custo-efetividade e da melhor evidência na investigação realizada, levando em conta o acesso, o financiamento, a adesão, o direito e a autonomia do usuário.</p> <p>5. Esclarece os achados de modo comprehensível ao usuário e os registra, no prontuário, de forma clara e legível.</p> <p>6. De acordo com cenário de prática, adota medidas de biossegurança recomendadas.</p>
3. Define o diagnóstico do usuário.	<p>1. Relaciona e associa os dados coletados, articulando história e exame físico-funcional, dialogando com demandas e necessidades colocadas pelo usuário.</p> <p>2. Formula os problemas do usuário, estabelecendo hipóteses diagnósticas mais prováveis, com fundamentação clínico-epidemiológica, considerando o contexto de vida.</p> <p>3. Informa e esclarece suas hipóteses de forma comprehensível ao usuário, considerando dúvidas e questionamentos.</p> <p>4. Quando necessário, discute a situação do usuário em equipe multiprofissional na APS e/ou rede intra e intersetorial, buscando apoio para a definição do diagnóstico.</p> <p>5. Registra o(s) problema(s) e o diagnóstico físico-funcional no prontuário, de forma objetiva e legível.</p>
4. Define o plano de cuidado.	<p>1. Prioriza problemas de forma compartilhada com o usuário e, se for o caso, com sua família.</p> <p>2. Elabora plano de cuidado a partir das melhores evidências disponíveis e levando em consideração os determinantes sociais do processo saúde-doença.</p> <p>3. Discute o caso com profissionais de referência e/ou encaminha o usuário para outros profissionais ou pontos de atenção ou rede intersetorial, sempre que necessário.</p> <p>4. Compartilha com o usuário, em linguagem acessível, as necessidades de saúde e as implicações dos problemas encontrados, esclarecendo dúvidas, respeitando seu desejo, sua autonomia e as possibilidades e limites de ambos na construção do plano de cuidado.</p> <p>5. Promove o cuidado integral à saúde, associando ações de tratamento, prevenção de doenças e promoção da</p>

		<p>saúde, sempre que necessário, em todas as fases do ciclo de vida e de modo contextualizado à realidade do usuário. Considera o acesso e a capacidade de resposta dos diferentes serviços de saúde e da rede intersetorial ao buscar a integralidade e a efetividade do cuidado, assim como os direitos do usuário.</p> <p>6. Compartilha e negocia decisões e responsabilidades na definição e/ou execução do plano com o usuário, cuidadores, equipe multiprofissional, equipamentos comunitários e demais envolvidos, considerando as dimensões biológicas, psicológicas e sociais envolvidas, com o objetivo de reduzir danos, melhorar a saúde e funcionalidade, e garantir os direitos do usuário.</p> <p>7. Executa as ações do plano sob sua responsabilidade profissional.</p> <p>8. Disponibiliza as devidas orientações e/ou prescrição de maneira clara, esclarecendo dúvidas e ajustando-as conforme a realidade de cada usuário. Estabelece e negocia seu acompanhamento com o mesmo.</p> <p>9. Registra o plano de cuidado no prontuário de maneira clara e objetiva.</p> <p>10. Registra e analisa dados de saúde do usuário, de maneira a contribuir com o plano de cuidado.</p> <p>11. Identifica e notifica, aos setores responsáveis, em casos de notificação compulsória e/ou de vigilância específica</p>
	5. Avalia o plano de cuidado.	<p>1. Realiza monitoramento e avaliação do plano de cuidado com o usuário e, sempre que necessário, com familiares, cuidadores, equipe multiprofissional, comunidade e demais envolvidos.</p> <p>2. Avalia a qualidade, a eficiência e a efetividade das intervenções realizadas e considera a avaliação de outros profissionais envolvidos e do usuário ou, se for o caso, da família em relação ao processo e resultados obtidos.</p> <p>3. Valoriza potencialidades e conquistas ao longo do processo e analisa dificuldades de forma corresponsável com a equipe de saúde, visando reorganizar o cuidado, se necessário.</p> <p>4. Demonstra abertura e capacidade de negociação com o usuário para ajustes no plano de maneira a ofertar um cuidado mais resolutivo, autônomo e adequado à sua realidade, sempre que necessário.</p> <p>5. Realiza os ajustes necessários no plano visando a qualidade das intervenções e ações e buscando alcançar os objetivos propostos.</p>
Realiza o cuidado familiar e coletivo em fisioterapia	1. Realiza avaliação familiar ou comunitária.	<p>1. Demonstra postura ética, atenção e disponibilidade no contato com profissionais de saúde, famílias ou comunidade.</p> <p>2. Se apresenta e identifica como os usuários gostariam de ser chamados, respeitando sua identificação (nome/nome social). Apresenta qual o objetivo do atendimento.</p> <p>3. Estabelece vínculo e realiza escuta qualificada, considerando a história de vida e como os sujeitos vivenciam o processo de saúde e doença, incluindo suas expectativas quanto à intervenção.</p>

	<p>4. Identifica a história familiar dos usuários ou da comunidade envolvida, verificando as necessidades de saúde considerando as dimensões biológica, psicológica, social, cultural e o ciclo de vida das pessoas. Investiga hábitos de vida, fatores de risco relacionados à própria saúde e ao cuidado, além de aspectos que possam apontar o grau de vulnerabilidades e potencialidades para as famílias ou comunidades.</p> <p>5. Investiga o território adscrito de acordo com as especificidades de sua profissão, verificando as condições em que vivem as pessoas e identificando equipamentos comunitários e estratégias que contribuam para a promoção, prevenção e reabilitação da saúde da população em relação ao cuidado específico.</p> <p>6. Define e aplica as técnicas e os procedimentos adequados para realizar a avaliação familiar ou comunitária/territorial em relação ao cuidado específico, orientando os usuários sobre o que será realizado e solicitando seu consentimento. Cuida da privacidade, do conforto e do bem-estar dos usuários ao realizar técnicas recomendadas. Demonstra postura ética e sem julgamentos e destreza técnica na realização da avaliação.</p> <p>7. Correlaciona, reflexivamente, o contexto de vida apresentado com as determinações sócio-históricas, econômico-culturais e epidemiológicas, analisando as questões relacionadas à intervenção em fisioterapia.</p> <p>8. Estimula os usuários a refletir sobre os condicionantes e determinantes do processo saúde-doença, de modo a promover sua autonomia, incentivando sua participação no processo de promoção, prevenção e recuperação da saúde e a explicitar suas necessidades para além dos aspectos biológicos.</p> <p>9. Identifica a rede de apoio da família ou comunidade de forma a pensar no cuidado ampliado e na integralidade da atenção.</p> <p>10. Usa linguagem compreensível aos usuários.</p> <p>11. Atua com respeito e de forma empática, inclusive quando há recusas ou discordâncias, sugerindo alternativas. Posiciona-se de forma imparcial em relação às questões religiosas.</p> <p>12. A depender do cenário de prática, adota medidas de biossegurança recomendadas.</p> <p>13. Registra, no prontuário, de forma clara e objetiva, as informações que podem contribuir com o cuidado interprofissional, se for o caso.</p> <p>14. Identifica problemas semelhantes no território em relação ao cuidado específico de forma a coletivizar as demandas para a categoria.</p>
2. Define o diagnóstico familiar ou comunitário.	<p>1. Relaciona e associa os dados coletados, articulando demandas e necessidades coletivas específicas para a fisioterapia, dialogando com demandas e necessidades colocadas por famílias ou comunidades.</p> <p>2. Formula os problemas das famílias ou do território em saúde, estabelecendo hipóteses diagnósticas mais prováveis, com fundamentação clínico-epidemiológica, considerando os contextos de vida.</p>

	<p>3. Informa e esclarece suas hipóteses de forma comprehensível aos usuários, considerando dúvidas e questionamentos.</p> <p>4. Quando necessário, discute a situação das famílias ou do território em saúde em equipe multiprofissional da APS e/ou rede intra e intersetorial, buscando apoio para a definição do diagnóstico.</p> <p>5. Registra o(s) problema(s) e o diagnóstico no prontuário, se for o caso, de forma objetiva e legível.</p>
3. Define o plano de intervenção.	<p>1. Prioriza problemas de forma compartilhada com a família ou a comunidade.</p> <p>2. Elabora plano de intervenção a fim de promover o cuidado a partir das melhores evidências disponíveis e levando em consideração os determinantes sociais do processo saúde-doença.</p> <p>3. Discute o caso com profissionais de referência e/ou encaminha as famílias para outros profissionais ou pontos de atenção ou rede intersetorial, sempre que necessário.</p> <p>4. Compartilha, em linguagem acessível aos usuários as necessidades de saúde referidas e percebidas e as implicações dos problemas encontrados, esclarecendo dúvidas, respeitando seu desejo, sua autonomia e as possibilidades e limites de ambos na construção do plano de intervenção.</p> <p>5. Promove o cuidado integral à saúde, associando ações de tratamento, prevenção de doenças e promoção da saúde, sempre que necessário, em todas as fases do ciclo de vida e de modo contextualizado à realidade dos usuários. Considera o acesso e a capacidade de resposta dos diferentes serviços de saúde e da rede intersetorial ao buscar a integralidade e a efetividade do plano de intervenção, assim como os direitos do usuário.</p> <p>6. Compartilha e negocia decisões e responsabilidades na definição e/ou execução do plano com famílias, comunidade e demais envolvidos, considerando as dimensões biológicas, psicológicas e sociais envolvidas, com o objetivo de reduzir danos, melhorar a saúde e garantir seus direitos.</p> <p>7. Executa as ações do plano de intervenção sob sua responsabilidade profissional.</p> <p>8. Disponibiliza as devidas orientações e/ou prescrição de maneira clara, esclarecendo dúvidas e ajustando-as conforme a realidade de cada família ou comunidade. Estabelece e negocia seu acompanhamento com os mesmos.</p> <p>9. Registra o plano de intervenção no prontuário de maneira clara e objetiva, se for o caso.</p> <p>10. Registra e analisa dados de saúde das famílias ou comunidade, de maneira a contribuir com o plano de intervenção.</p> <p>11. Identifica e notifica, aos setores responsáveis, casos de notificação compulsória e/ou de vigilância específica.</p>

	4. Avalia o plano de intervenção.	<p>1. Realiza monitoramento e avaliação do plano de intervenção com os usuários e, sempre que necessário, com outros profissionais e serviços envolvidos.</p> <p>2. Avalia a qualidade, a eficiência e a efetividade das intervenções realizadas e considera a avaliação de outros profissionais envolvidos e dos usuários e/ou comunidade em relação ao processo e resultados obtidos.</p> <p>3. Valoriza potencialidades e conquistas ao longo da realização da intervenção e analisa dificuldades de forma correspondeável com a equipe de saúde, visando ajustá-la, se necessário.</p> <p>4. Realiza os ajustes necessários no plano visando a qualidade das intervenções e ações e buscando alcançar os objetivos propostos.</p> <p>5. Demonstra abertura e capacidade de negociação com famílias e comunidades envolvidas para ajustes no plano de intervenção de maneira a ofertar um cuidado mais resolutivo, autônomo e adequado à sua realidade, sempre que necessário.</p>
--	-----------------------------------	---

Tabela 8 - Perfil de competência - Área de Competência de Cuidado Específico - Nutrição

Sub-área	Ações-chave	Desempenhos
Cuidado individual de nutrição	1. Estabelece a história clínica centrada na pessoa.	<p>1. Realiza o acolhimento do usuário. Se apresenta e identifica como o usuário gostaria de ser chamado, respeitando sua identificação (nome/nome social). Apresenta qual o objetivo do atendimento.</p> <p>2. Estabelece vínculo e realiza escuta qualificada.</p> <p>3. Identifica a história de vida pessoal e familiar do usuário, contemplando sua história clínica atual e pregressa e de seus familiares e tratamentos ou intervenções já realizadas. Desenvolve uma história clínica que considera a história de vida e como o sujeito vivencia o processo de saúde e doença, incluindo suas expectativas quanto ao acompanhamento.</p> <p>4. Identifica as necessidades de saúde considerando o ciclo de vida das pessoas e as dimensões biológica, psicológica, social, cultural e o ciclo de vida das pessoas. Posiciona-se de forma imparcial em relação às questões religiosas e culturais.</p> <p>5. Identifica a rede de apoio do usuário de forma a pensar no cuidado ampliado e na integralidade da atenção.</p> <p>6. Correlaciona, reflexivamente, o contexto de vida apresentado com fatores sociais, econômicos e históricos, assim como com a saúde da população e o território em que vive o usuário.</p> <p>7. Usa linguagem compreensível ao usuário, estimulando a exposição da(s) situação(ões) que o levaram a</p>

	<p>buscar o atendimento.</p> <p>8. Demonstra postura ética, respeito, empatia, atenção e disponibilidade no contato com profissionais de saúde, usuário e cuidadores ou responsáveis, inclusive quando há recusas ou discordâncias, sugerindo alternativas.</p> <p>9. Registra, no prontuário, de forma clara e objetiva, as informações que podem contribuir com o acompanhamento nutricional e o cuidado interprofissional, evitando a revitimização do(a) usuário(a), se for o caso.</p>
2. Realiza a avaliação alimentar e do estado nutricional do usuário.	<p>1. Investiga hábitos de vida, fatores de risco relacionados à própria saúde e ao cuidado alimentar e nutricional, além de aspectos que possam apontar o grau de segurança/insegurança alimentar em que vivem os usuários, assim como potencialidades e outras vulnerabilidades.</p> <p>2. Estimula o usuário a refletir sobre os condicionantes e determinantes do processo saúde-doença e sobre os aspectos e fatores que podem interferir nas causas e consequências do processo de adoecimento, de modo a promover sua autonomia, incentivando sua participação no processo de promoção, prevenção e recuperação da saúde e a explicitar suas necessidades para além dos aspectos biológicos.</p> <p>3. Define e aplica as técnicas e os procedimentos adequados para realizar a avaliação alimentar e/ou do estado nutricional, orientando-o sobre o que será realizado e solicitando seu consentimento. Cuida da privacidade, do conforto e do bem-estar do usuário ao realizar técnicas recomendadas. Demonstra postura ética e sem julgamentos e destreza técnica na realização da avaliação.</p> <p>4. Se pertinente, promove investigação diagnóstica, solicitando exames complementares em conformidade com a prerrogativa de atuação profissional e/ou promove outras buscas (como visita domiciliar, obtenção de dados com familiares/cuidadores, perspectiva de outros profissionais e análise de prontuário) para ampliar, confirmar ou afastar suas hipóteses. Segue princípios éticos, de custo-efetividade e da melhor evidência na investigação realizada, levando em conta o acesso, o financiamento, a adesão, o direito e a autonomia do usuário.</p> <p>5. Esclarece os achados de modo comprehensível ao usuário e os registra, no prontuário, de forma clara e objetiva.</p> <p>6. A depender do cenário de prática, adota medidas de biossegurança recomendadas.</p>
3. Define o diagnóstico alimentar e/ou nutricional do usuário.	<p>1. Relaciona e associa os dados coletados, articulando história e exame clínico, dialogando com demandas e necessidades colocadas pelo usuário.</p> <p>2. Formula os problemas do usuário, estabelecendo hipóteses diagnósticas alimentares e nutricionais mais prováveis, com fundamentação clínico-epidemiológica, considerando o contexto de vida.</p> <p>3. Informa e esclarece suas hipóteses de forma comprehensível ao usuário, considerando dúvidas e</p>

	<p>questionamentos.</p> <p>4. Quando necessário, discute a situação do usuário em equipe multiprofissional na APS e/ou rede intra e intersetorial, buscando apoio para a definição do diagnóstico alimentar e/ou nutricional. 5. Registra o(s) problema(s) e o diagnóstico alimentar e/ou nutricional no prontuário, de forma objetiva e clara.</p>
4. Define o plano de cuidado.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Prioriza problemas de forma compartilhada com o usuário e, se for o caso, com sua família.</li> <li>2. Elabora o plano de cuidado alimentar e nutricional a partir das melhores evidências disponíveis e levando em consideração os determinantes sociais do processo saúde-doença e a promoção do Direito Humano à Alimentação Adequada e da Segurança Alimentar e Nutricional do usuário.</li> <li>3. Compartilha com o usuário, em linguagem acessível, as necessidades de saúde e as implicações dos problemas encontrados, esclarecendo dúvidas, respeitando seu desejo, sua autonomia e as possibilidades e limites de ambos na construção do plano de cuidado.</li> <li>4. Promove o cuidado integral à saúde, associando ações de tratamento, prevenção de doenças e promoção da saúde, sempre que necessário, em todas as fases do ciclo de vida e de modo contextualizado à realidade do usuário. Considera o acesso e a capacidade de resposta dos diferentes serviços de saúde e da rede intersetorial ao buscar a integralidade e a efetividade do cuidado, assim como os direitos do usuário.</li> <li>5. Discute o caso com profissionais de referência e/ou encaminha o usuário para outros profissionais ou pontos de atenção ou rede intersetorial, sempre que necessário.</li> <li>6. Quando necessário, articula ações intersetoriais para promover o cuidado ao usuário.</li> <li>7. Compartilha e negocia decisões e responsabilidades na definição e/ou execução do plano com o usuário, cuidadores, equipe multiprofissional, equipamentos comunitários e demais envolvidos, considerando as dimensões biológicas, psicológicas e sociais envolvidas, com o objetivo de reduzir danos, melhorar a saúde e garantir os direitos do usuário, incluindo o Direito Humano à Alimentação Adequada.</li> <li>8. Executa as ações do plano sob sua responsabilidade profissional.</li> <li>9. Disponibiliza as devidas orientações e/ou prescrição nutricional de maneira clara, tendo como base os princípios da Educação Alimentar e Nutricional, esclarecendo dúvidas e ajustando-as conforme a realidade de cada usuário. Estabelece e negocia seu acompanhamento com o mesmo.</li> <li>10. Registra o plano de cuidado no prontuário de maneira clara e objetiva.</li> <li>11. Registra e analisa dados de saúde do usuário, de maneira a contribuir com o plano de cuidado.</li> <li>12. Identifica e notifica, aos setores responsáveis, em casos de notificação compulsória e/ou de vigilância específica.</li> </ol>

	5. Avalia o plano de cuidado.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realiza monitoramento e avaliação do plano de cuidado com o usuário e, sempre que necessário, com familiares, cuidadores, equipe multiprofissional, comunidade e demais envolvidos.</li> <li>2. Avalia a qualidade, a eficiência e a efetividade das intervenções realizadas e considera a avaliação de outros profissionais envolvidos e do usuário ou, se for o caso, da família em relação ao processo e resultados obtidos.</li> <li>3. Valoriza potencialidades e conquistas ao longo do processo e analisa dificuldades de forma corresponsável com a equipe de saúde, visando reorganizar o cuidado, se necessário.</li> <li>4. Demonstra abertura e capacidade de negociação com o usuário para ajustes no plano de maneira a ofertar um cuidado mais resolutivo, autônomo e adequado à sua realidade, sempre que necessário.</li> <li>5. Realiza os ajustes necessários no plano visando a qualidade das intervenções e ações e buscando alcançar os objetivos propostos.</li> </ol>
Cuidado familiar e coletivo de nutrição	1. Realiza avaliação alimentar e/ou nutricional familiar ou comunitária.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realiza o acolhimento dos usuários. Se apresenta e identifica como os usuários gostariam de ser chamados, respeitando sua identificação (nome/nome social). Apresenta qual o objetivo do atendimento.</li> <li>2. Estabelece vínculo e realiza escuta qualificada.</li> <li>3. Identifica a história familiar dos usuários ou da comunidade envolvida, verificando as necessidades de saúde considerando as dimensões biológica, psicológica, social, cultural e o ciclo de vida das pessoas. Investiga hábitos de vida, incluindo aqueles relacionados à alimentação, fatores de risco relacionados à própria saúde e ao cuidado, além de aspectos que possam apontar o grau de vulnerabilidades e de insegurança alimentar e potencialidades para as famílias ou comunidades.</li> <li>4. Investiga o território adscrito, verificando as condições de segurança alimentar e nutricional em que vivem as pessoas e identifica equipamentos comunitários e estratégias que contribuem para a garantia do Direito Humano à Alimentação Adequada.</li> <li>5. Define e aplica as técnicas e os procedimentos adequados para realizar a avaliação familiar ou comunitária/territorial em relação ao estado alimentar e nutricional, orientando os usuários sobre o que será realizado e solicitando seu consentimento. Cuida da privacidade, do conforto e do bem-estar dos usuários ao realizar técnicas recomendadas. Demonstra postura ética e sem julgamentos e destreza técnica na realização da avaliação.</li> <li>6. Correlaciona, reflexivamente, o contexto de vida apresentado com fatores sociais, econômicos e históricos da família ou comunidade atendida.</li> <li>7. Estimula os usuários a refletir sobre os condicionantes e determinantes do processo saúde-doença, incluindo aqueles relacionados à Segurança Alimentar e Nutricional, de modo a promover sua autonomia, incentivando sua participação no processo de promoção, prevenção e recuperação da saúde e a explicitar suas necessidades</li> </ol>

	<p>para além dos aspectos biológicos.</p> <p>8. Identifica a rede de apoio da família ou comunidade de forma a pensar no cuidado ampliado e na integralidade da atenção.</p> <p>9. Usa linguagem compreensível aos usuários.</p> <p>10. Demonstra postura ética, respeito, empatia, atenção e disponibilidade no contato com profissionais de saúde e usuários, inclusive quando há recusas ou discordâncias, sugerindo alternativas.</p> <p>11. A depender do cenário de prática, adota medidas de biossegurança recomendadas.</p> <p>12. Registra, no prontuário, de forma clara e objetiva, as informações que podem contribuir com o cuidado alimentar e nutricional e com o cuidado interprofissional, se for o caso.</p> <p>13. Identifica problemas semelhantes no território em relação à alimentação e nutrição de forma a coletivizar as demandas para a categoria.</p>
2. Define o diagnóstico alimentar e/ou nutricional familiar ou comunitário.	<p>1. Relaciona e associa os dados coletados, articulando demandas e necessidades coletivas específicas para a nutrição, dialogando com demandas e necessidades colocadas por famílias ou comunidades.</p> <p>2. Formula os problemas das famílias ou do território em saúde, estabelecendo hipóteses diagnósticas alimentares e/ou nutricionais mais prováveis, com fundamentação clínico-epidemiológica, considerando os contextos de vida.</p> <p>3. Informa e esclarece suas hipóteses de forma compreensível aos usuários, considerando dúvidas e questionamentos.</p> <p>4. Quando necessário, discute a situação das famílias ou do território em saúde em equipe multiprofissional da APS e/ou rede intra e intersetorial, buscando apoio para a definição do diagnóstico alimentar e/ou nutricional.</p> <p>5. Registra o(s) problema(s) e o diagnóstico alimentar e/ou nutricional no prontuário, se for o caso, de forma objetiva e clara.</p>
3. Define o plano de intervenção.	<p>1. Prioriza problemas de forma compartilhada com a família ou a comunidade.</p> <p>2. Elabora plano de intervenção a fim de promover o cuidado alimentar e nutricional a partir das melhores evidências disponíveis e levando em consideração os determinantes sociais do processo saúde-doença a fim de promover o Direito Humano à Alimentação Adequada e a Segurança Alimentar e Nutricional da população.</p> <p>3. Compartilha, em linguagem acessível aos usuários, as necessidades de saúde referidas e percebidas e as implicações dos problemas encontrados, esclarecendo dúvidas, respeitando seu desejo, sua autonomia e as possibilidades e limites de ambos na construção do plano de intervenção.</p> <p>4. Promove o cuidado integral à saúde, associando ações de tratamento, prevenção de doenças e promoção da</p>

	<p>saúde e da alimentação saudável e adequada, sempre que necessário, em todas as fases do ciclo de vida e de modo contextualizado à realidade dos usuários. Considera o acesso e a capacidade de resposta dos diferentes serviços de saúde e da rede intersetorial ao buscar a integralidade e a efetividade do plano de intervenção, assim como os direitos do usuário, incluindo o Direito Humano à Alimentação Adequada.</p> <p>5. Discute o caso com profissionais de referência e/ou encaminha os usuários para outros profissionais ou pontos de atenção ou rede intersetorial, sempre que necessário.</p> <p>6. Estabelece estratégias direcionadas às famílias ou comunidades atendidas, que contribuam para promover o Direito Humano à Alimentação Adequada e a Segurança Alimentar e nutricional, articulando ações necessárias intersetorialmente.</p> <p>7. Compartilha e negocia decisões e responsabilidades na definição e/ou execução do plano com famílias, comunidade e demais envolvidos, considerando as dimensões biológicas, psicológicas e sociais envolvidas, com o objetivo de reduzir danos, melhorar a saúde e garantir seus direitos, incluindo o Direito Humano à Alimentação Adequada.</p> <p>8. Executa as ações do plano de intervenção sob sua responsabilidade profissional.</p> <p>9. Disponibiliza as devidas orientações e/ou prescrição nutricional de maneira clara, esclarecendo dúvidas e ajustando-as conforme a realidade de cada família ou comunidade. Estabelece e negocia seu acompanhamento com os mesmos.</p> <p>10. Registra o plano de intervenção no prontuário de maneira clara e objetiva, se for o caso.</p> <p>11. Registra e analisa dados de saúde das famílias ou comunidade, de maneira a contribuir com o plano de intervenção.</p> <p>12. Identifica e notifica, aos setores responsáveis, casos de notificação compulsória e/ou de vigilância específica.</p>
4. Avalia o plano de intervenção.	<p>1. Realiza monitoramento e avaliação do plano de intervenção com os usuários e, sempre que necessário, com outros profissionais e serviços envolvidos.</p> <p>2. Avalia a qualidade, a eficiência e a efetividade das intervenções realizadas e considera a avaliação de outros profissionais envolvidos e dos usuários e/ou comunidade em relação ao processo e resultados obtidos.</p> <p>3. Valoriza potencialidades e conquistas ao longo da realização da intervenção e analisa dificuldades de forma correspondeável com a equipe de saúde, visando ajustá-la, se necessário.</p> <p>4. Realiza os ajustes necessários no plano visando a qualidade das intervenções e ações e buscando alcançar os objetivos propostos.</p> <p>5. Demonstra abertura e capacidade de negociação com famílias e comunidades envolvidas para ajustes no</p>

		plano de intervenção de maneira a ofertar um cuidado mais resolutivo, autônomo e adequado à sua realidade, sempre que necessário.
--	--	---

Tabela 9 - Perfil de competência - Área de Competência de Cuidado Específico - Odontologia

Sub-área	Ações-chave	Desempenhos
Cuidado individual de odontologia	1. Estabelece a história clínica centrada na pessoa	<p>1. Revisa a história clínica no prontuário previamente ao atendimento do usuário, correlacionando as informações durante a anamnese.</p> <p>2. Demonstra postura ética, colaborativa, proativa, atenção e disponibilidade no contato com profissionais de saúde, usuário e/ou responsáveis.</p> <p>3. Se apresenta e identifica como o usuário gostaria de ser chamado, respeitando sua identificação (nome/nome social). Pergunta ao usuário como a equipe pode ajudá-lo na sua demanda naquele momento com foco na sua queixa principal.</p> <p>4. Estabelece vínculo e realiza escuta qualificada e linguagem compreensível, desenvolvendo uma história clínica que considera a história de vida e como o sujeito vivencia o processo de saúde e doença, incluindo suas expectativas quanto ao cuidado continuado.</p> <p>5. Identifica e correlaciona a história de vida pessoal e familiar do usuário, contemplando sua história clínica atual e pregressa e de seus familiares e tratamentos ou intervenções já realizadas. Identifica as necessidades de saúde considerando as dimensões biológica, psicológica, social, cultural, epidemiológica e o ciclo de vida das pessoas.</p> <p>6. Identifica a rede de apoio do usuário de forma a pensar no cuidado ampliado e na integralidade da atenção.</p> <p>7. Atua com respeito e de forma empática, inclusive quando há recusas ou discordâncias, sugerindo alternativas. Posiciona-se de forma imparcial em relação às questões religiosas e culturais.</p> <p>8. Registra no prontuário, de forma clara e objetiva, as informações que podem contribuir com o cuidado interprofissional.</p>
	2. Realiza a	1. Investiga hábitos de vida, fatores de risco relacionados à própria saúde e ao cuidado em saúde bucal, além de

	<p>avaliação do usuário.</p> <p>aspectos que possam apontar o grau de vulnerabilidades e potencialidades para o usuário,</p> <p>2. Estimula o usuário a refletir sobre os condicionantes e determinantes do processo saúde-doença e sobre os aspectos e fatores que podem interferir nas causas e consequências do processo de adoecimento, de modo a promover sua autonomia e corresponsabilização, incentivando sua participação no processo de promoção, prevenção e recuperação da saúde e a explicitar suas necessidades para além dos aspectos biológicos.</p> <p>3. Define e aplica as técnicas e os procedimentos adequados para realizar a avaliação clínica e/ou psicossocial do usuário, orientando-o sobre o que será realizado e solicitando seu consentimento. Cuida da privacidade, do conforto e do bem-estar do usuário ao realizar técnicas recomendadas. Demonstra postura ética e sem julgamentos e destreza técnica na realização da avaliação.</p> <p>4. Se pertinente, promove investigação diagnóstica, solicitando exames complementares e/ou promove outras buscas, como visita domiciliar, obtenção de dados com familiares/cuidadores, perspectiva de outros profissionais para ampliar, confirmar ou afastar suas hipóteses.</p> <p>5. Segue princípios éticos, de custo-efetividade e da melhor evidência na investigação realizada, levando em conta o acesso, o financiamento, a adesão, o direito e a autonomia do usuário.</p> <p>6. Esclarece os achados de modo comprehensível ao usuário e os registra, no prontuário, de forma clara e legível.</p> <p>7. Adota medidas de biossegurança recomendadas.</p>
3. Define o diagnóstico do usuário.	<p>1. Relaciona os dados coletados, articulando história e exames clínico e complementares, dialogando com demandas e necessidades do usuário.</p> <p>2. Elenca e prioriza os problemas do usuário, estabelecendo hipóteses diagnósticas mais prováveis, com fundamentação clínico-epidemiológica, considerando o contexto de vida.</p> <p>3. Informa e esclarece suas hipóteses de forma comprehensível ao usuário, considerando suas dúvidas e questionamentos.</p> <p>4. Quando necessário, discute a situação do usuário em equipe multiprofissional na APS e/ou rede intra e intersetorial, buscando apoio para a definição do diagnóstico.</p> <p>5. Registra o problema e o diagnóstico no prontuário, de forma clara e com detalhes que propiciem o seguimento do tratamento.</p>
4. Define o plano de cuidado.	<p>1. Elabora o plano de cuidado, de forma compartilhada com o usuário e, se for o caso, com sua família, considerando as melhores evidências disponíveis e os determinantes sociais do processo saúde-doença.</p> <p>2. Discute o caso com profissionais de referência e/ou encaminha o usuário para outros profissionais ou pontos de atenção ou rede intersetorial, sempre que necessário, seguindo os protocolos vigentes.</p>

		<p>3. Compartilha e negocia decisões e responsabilidades na definição e/ou execução do plano com o usuário, cuidadores, equipe multiprofissional, equipamentos comunitários e demais envolvidos, considerando as dimensões biológicas e psicosociais envolvidas, com o objetivo de reduzir danos, melhorar a saúde e garantir os direitos do usuário.</p> <p>4. Promove o cuidado integral à saúde, associando ações de tratamento, prevenção de doenças e promoção da saúde, em todas as fases do ciclo de vida e de modo contextualizado à realidade do usuário.</p> <p>5. Considera o acesso e a capacidade de resposta dos diferentes serviços de saúde e da rede intersetorial ao buscar a integralidade e a efetividade do cuidado.</p> <p>6. Executa as ações do plano sob sua responsabilidade profissional.</p> <p>7. Disponibiliza as devidas orientações e/ou prescrição de maneira clara, esclarecendo dúvidas e ajustando-as conforme a realidade de cada usuário.</p> <p>8. Registra o plano de cuidado no prontuário de maneira clara e objetiva.</p> <p>9. Identifica e notifica, aos setores responsáveis, em casos de notificação compulsória e/ou de vigilância específica.</p>
	5. Avalia o plano de cuidado.	<p>1. Realiza monitoramento e avaliação do plano de cuidado com o usuário e, sempre que necessário, com familiares, cuidadores, equipe multiprofissional, comunidade e demais envolvidos.</p> <p>2. Avalia a qualidade, a eficiência e a efetividade das intervenções realizadas e considera a avaliação de outros profissionais envolvidos e do usuário ou da família, em relação ao processo e resultados obtidos.</p> <p>3. Valoriza potencialidades e conquistas ao longo do processo e analisa dificuldades de forma corresponsável com o usuário e a equipe de saúde, visando reorganizar o cuidado, se necessário.</p> <p>4. Realiza os ajustes necessários no plano visando a qualidade das intervenções e ações e buscando alcançar os objetivos propostos.</p> <p>5. Demonstra abertura e capacidade de negociação com o usuário para ajustes no plano de maneira a ofertar um cuidado mais resolutivo, autônomo e adequado à sua realidade.</p>
Cuidado coletivo de odontologia	1. Realiza avaliação familiar ou comunitária	<p>1. Demonstra postura ética, proativa, colaborativa, atenção e disponibilidade no contato com profissionais, famílias ou comunidade.</p> <p>2. Se apresenta e identifica os participantes, explicando qual o objetivo da intervenção.</p> <p>3. Estabelece vínculo e realiza escuta qualificada, considerando a história de vida e como os sujeitos vivenciam o processo de saúde e doença, incluindo suas expectativas quanto à intervenção.</p> <p>4. Quando necessário, identifica a história de vida familiar dos usuários, verificando as necessidades de saúde</p>

	<p>considerando as dimensões biológica, psicológica, social, cultural e o ciclo de vida das pessoas. Investiga hábitos de vida, fatores de risco relacionados à saúde e ao cuidado, além de aspectos que possam apontar o grau de vulnerabilidades e potencialidades para as famílias ou comunidades.</p> <p>5. Investiga o território adscrito de acordo com as especificidades do cuidado em saúde bucal, verificando as condições em que vivem as pessoas e identificando equipamentos comunitários e estratégias que contribuem para a promoção, prevenção e reabilitação da saúde da população em relação ao cuidado específico.</p> <p>6. Define e aplica as técnicas e os procedimentos adequados para realizar a avaliação familiar ou comunitária do território em relação ao cuidado em saúde bucal, orientando os usuários sobre o que será realizado e solicitando seu consentimento. Cuida da privacidade, do conforto e do bem-estar dos usuários ao realizar técnicas recomendadas.</p> <p>7. Estimula os usuários a refletir sobre os condicionantes e determinantes do processo saúde-doença, de modo a promover sua autonomia, incentivando sua participação no processo de promoção, prevenção e recuperação da saúde e a explicitar suas necessidades para além dos aspectos biológicos.</p> <p>8. Identifica a rede de apoio da família ou comunidade de forma a pensar no cuidado ampliado e na integralidade da atenção.</p> <p>9. Planeja e realiza o cuidado Interprofissional com a equipe de saúde da família, profissionais das equipes multiprofissionais, com as famílias e o indivíduo.</p> <p>10. Usa linguagem compreensível e comunica-se com os usuários desenvolvendo a prática do diálogo, da habilidade de comunicação efetiva, da empatia interpessoal e do respeito.</p> <p>11. Atua de forma empática, inclusive quando há recusas ou discordâncias, sugerindo alternativas. Posiciona-se de forma imparcial e respeitosa em relação durante as atividades realizadas.</p> <p>12. Adota medidas de biossegurança recomendadas.</p> <p>13. Registra, no prontuário, de forma clara e objetiva, as informações que podem contribuir com o cuidado interprofissional.</p> <p>14. Identifica problemas semelhantes no território em relação ao cuidado em saúde bucal de forma a coletivizar as demandas para a categoria.</p>
2. Define o diagnóstico familiar ou comunitário.	<p>1. Relaciona e associa os dados coletados, articulando demandas e necessidades coletivas específicas em saúde bucal, percebidas pelo profissional e por famílias ou comunidades.</p> <p>2. Elenca e prioriza os problemas das famílias ou do território em saúde, estabelecendo hipóteses diagnósticas mais prováveis, com fundamentação clínico-epidemiológica, considerando os contextos de vida.</p> <p>3. Informa e esclarece suas hipóteses de forma compreensível aos usuários, considerando dúvidas e</p>

	<p>questionamentos.</p> <p>4. Discute a situação das famílias ou do território em saúde em equipe multiprofissional da APS e/ou rede intra e intersetorial, buscando apoio para a definição do diagnóstico.</p> <p>5. Registra o problema e o diagnóstico no prontuário de forma clara e com detalhes que propiciem o seguimento do tratamento.</p>
3. Define o plano de intervenção.	<p>1. Elenca e prioriza problemas de forma compartilhada com a família ou a comunidade.</p> <p>2. Elabora plano de intervenção a fim de promover o cuidado a partir das melhores evidências disponíveis e levando em consideração os determinantes sociais do processo saúde-doença.</p> <p>3. Discute o caso com profissionais de referência e/ou encaminha as famílias para outros profissionais ou pontos de atenção ou rede intersetorial, sempre que necessário.</p> <p>4. Compartilha, em linguagem acessível aos usuários, as necessidades de saúde referidas e percebidas e as implicações dos problemas encontrados, esclarecendo dúvidas, respeitando sua autonomia e as possibilidades e limites de ambos na construção do plano de intervenção.</p> <p>5. Promove o cuidado à saúde, associando ações de tratamento, prevenção de doenças e promoção da saúde, em todas as fases do ciclo de vida e de modo contextualizado à realidade dos usuários.</p> <p>6. Considera o acesso e a capacidade de resposta dos diferentes serviços de saúde e da rede intersetorial ao buscar a integralidade e a efetividade do plano de intervenção.</p> <p>7. Compartilha e negocia decisões e responsabilidades na definição e/ou execução do plano com famílias, comunidade e demais envolvidos, considerando as dimensões biológicas, psicológicas e sociais envolvidas, com o objetivo de reduzir danos, melhorar a saúde e garantir seus direitos.</p> <p>8. Disponibiliza as devidas orientações de maneira clara, esclarecendo dúvidas e ajustando-as conforme a realidade de cada família ou comunidade. Estabelece e negocia seu acompanhamento com os mesmos.</p> <p>9. Registra o plano de intervenção no prontuário de maneira clara e com detalhes que propiciem o seguimento do tratamento.</p> <p>10. Identifica e notifica, aos setores responsáveis, casos de notificação compulsória e/ou de vigilância específica.</p>
4. Avalia o plano de intervenção.	<p>1. Realiza monitoramento e avaliação do plano de intervenção com os usuários e, sempre que necessário, com outros profissionais e serviços envolvidos.</p> <p>2. Avalia a qualidade, a eficiência e a efetividade das intervenções realizadas e considera a avaliação de outros</p>

		<p>profissionais envolvidos e dos usuários e/ou comunidade em relação ao processo e resultados obtidos.</p> <p>3. Valoriza potencialidades e conquistas ao longo da realização da intervenção e analisa dificuldades de forma corresponsável com os participantes e equipe de saúde, visando ajustá-la, se necessário.</p> <p>4. Demonstra abertura e capacidade de negociação com famílias e comunidades envolvidas e realiza os ajustes necessários no plano visando a qualidade das intervenções e ações e buscando alcançar os objetivos propostos.</p>
Gestão da assistência de odontologia	1. Gerencia as práticas de odontologia, incluindo a supervisão da equipe de saúde bucal em interface com a gestão municipal.	<p>1. Planeja, supervisiona, coordena e avalia a prática profissional e de educação permanente do técnico de saúde bucal (TSB) e do auxiliar de saúde bucal (ASB).</p> <p>2. Planeja, gerencia e avalia as ações desenvolvidas pelas ACS no âmbito do cuidado em saúde bucal, em conjunto com outros membros da equipe de saúde.</p> <p>3. Coordena, supervisiona e participa do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento do cuidado em saúde bucal no centro de saúde.</p> <p>4. Participa das ações relacionadas à gestão dos serviços de saúde contribuindo no planejamento, construção de indicadores de saúde, estabelecimento e desenvolvimento de redes de atenção à saúde, incluindo a saúde bucal.</p> <p>5. Organiza, planeja e regula o acesso e a agenda do atendimento na APS, incluindo a demanda programada, espontânea, urgências, atendimentos coletivos, visitas domiciliares, entre outras atribuições.</p> <p>6. Monitora e coordena o cuidado em saúde bucal encaminhando e orientando os usuários, quando necessário, a outros pontos de atenção em saúde, mantendo sua responsabilidade pelo acompanhamento e seguimento do cuidado.</p>

Tabela 10 - Perfil de competência - Área de Competência de Cuidado Específico - Psicologia

Sub-área	Ações-chave	Desempenhos
Realiza o cuidado individual específico	1. Estabelece a história clínica centrada na pessoa.	<p>1. Demonstra postura ética, atenção e disponibilidade no contato com profissionais de saúde, usuário e responsáveis, se for o caso.</p> <p>2. Se apresenta e identifica como o usuário gostaria de ser chamado, respeitando sua identificação (nome/nome social). Apresenta qual o objetivo do atendimento.</p> <p>3. Estabelece vínculo e realiza escuta qualificada, desenvolvendo uma história clínica que considera a história de vida e como o sujeito vivencia o processo de saúde e doença, incluindo suas expectativas quanto ao</p>

	<p>acompanhamento.</p> <p>4. Identifica a história de vida pessoal e familiar do usuário, contemplando sua história clínica atual e pregressa e de seus familiares e tratamentos ou intervenções já realizadas. Identifica as necessidades de saúde considerando as dimensões biológica, psicológica, social, cultural, étnico racial, de gênero e sexualidade, bem como, o ciclo de vida das pessoas.</p> <p>5. Identifica a rede de apoio do usuário de forma a pensar no cuidado ampliado e na integralidade da atenção.</p> <p>6. Correlaciona, reflexivamente, o contexto de vida apresentado com as determinações sócio-históricas, econômico-culturais e epidemiológicas.</p> <p>7. Estabelece comunicação clara e acolhedora, das situações e experiências que o levaram a buscar o atendimento.</p> <p>8. Posiciona-se de forma ética e empática, frente a autonomia dos usuários, em relação as ofertas terapêuticas.</p> <p>9. Registra, no prontuário, de forma clara e objetiva, as informações que podem contribuir com o cuidado interprofissional, preservando o sigilo e os direitos dos usuários.</p>
2. Realiza a avaliação do usuário.	<p>1. Investiga hábitos de vida, fatores de risco e proteção relacionados à própria saúde e ao cuidado, além de aspectos que possam apontar o grau de vulnerabilidades e potencialidades para o usuário.</p> <p>2. Estimula o usuário a refletir sobre os condicionantes e determinantes do processo saúde-doença e sobre os aspectos e fatores que podem interferir nas causas e consequências do processo de adoecimento.</p> <p>3. Promove autonomia e corresponsabilização do usuário, incentivando sua participação no processo de promoção, prevenção e recuperação da saúde.</p> <p>4. Define e aplica as técnicas e os procedimentos adequados para realizar a avaliação clínica e psicossocial do usuário, orientando-o sobre o que será realizado e solicitando seu consentimento.</p> <p>5. Cuida da privacidade, do sigilo, do conforto e do bem-estar do usuário ao realizar técnicas recomendadas. Demonstra postura ética e sem julgamentos e conhecimento técnico na realização da avaliação.</p> <p>6. Promove compreensão diagnóstica e avaliação das funções psíquicas do usuário em conformidade com a prerrogativa de atuação profissional e/ou promove outras buscas (como visita domiciliar, obtenção de dados com familiares/cuidadores, perspectiva de outros profissionais e análise de prontuário) para ampliar, confirmar ou afastar suas hipóteses.</p> <p>7. Segue princípios éticos e da melhor evidência na investigação realizada, considerando as redes de atenção à saúde levando em conta o acesso, a adesão, o direito e a autonomia do usuário.</p> <p>8. A depender do cenário de prática, adota medidas de biossegurança recomendadas.</p>

3. Realiza compreensão diagnóstica do usuário.	<p>1. Formula os problemas do usuário, estabelecendo hipóteses mais prováveis, com fundamentação clínico-epidemiológica, considerando o contexto de vida.</p> <p>2. Quando necessário, discute a situação do usuário em equipe multiprofissional na APS e/ou rede intra e intersetorial, buscando apoio para a compreensão diagnóstica.</p> <p>3. Registra o(s) problema(s) e o diagnóstico no prontuário, de forma objetiva e legível.</p> <p>4. Estabelece hipóteses diagnósticas com fundamentação clínico epidemiológica, considerando os contextos pessoal, familiar, do trabalho, do coletivo e outros pertinentes.</p> <p>5. Informa e esclarece suas hipóteses diagnósticas de forma comprehensível ao usuário/responsável, considerando dúvidas e questionamentos. Compartilha suas percepções e questionamentos com os demais profissionais da equipe, a fim de aprimorar a formulação e priorização dos problemas e o compartilhamento de saberes entre profissionais de diversas áreas.</p>
4. Define o plano de cuidado.	<p>1. Elabora plano terapêutico embasado nos preceitos da clínica ampliada e nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, avaliando se o caso em questão deve ser cuidado na Atenção Primária ou, em casos cuja complexidade ultrapasse o escopo das ações desta, a responsabilidade deve ser compartilhada com outros Serviços de Saúde Mental.</p> <p>2. Discute e articula o caso com profissionais de referência e/ou encaminha o usuário para outros profissionais ou pontos de atenção ou rede intersetorial, sempre que necessário.</p> <p>3. Compartilha com o usuário, em linguagem acessível, as necessidades de saúde e as implicações dos problemas encontrados, esclarecendo dúvidas, respeitando seu desejo, sua autonomia e as possibilidades e limites de ambos na construção do plano de cuidado.</p> <p>4. Promove o cuidado integral à saúde, associando ações de tratamento, prevenção de doenças e promoção da saúde, sempre que necessário, em todas as fases do ciclo de vida e de modo contextualizado à realidade do usuário. Considera o acesso e a capacidade de resposta dos diferentes serviços de saúde e da rede intersetorial ao buscar a integralidade e a efetividade do cuidado, assim como os direitos do usuário.</p> <p>5. Compartilha e negocia decisões e responsabilidades na definição e/ou execução do plano com o usuário, cuidadores, equipe multiprofissional, equipamentos comunitários e demais envolvidos, considerando as dimensões biológicas, psicológicas e sociais envolvidas, com o objetivo de reduzir danos, melhorar a saúde e garantir os direitos do usuário.</p> <p>6. Executa as ações do plano sob sua responsabilidade profissional.</p> <p>7. Disponibiliza as devidas orientações e pactuações de maneira clara, esclarecendo dúvidas e ajustando-as conforme a realidade de cada usuário. Estabelece e negocia seu acompanhamento com o mesmo.</p>

		<p>8. Registra e analisa dados de saúde do usuário, de maneira a contribuir com o plano de cuidado, inserindo-o no prontuário de maneira clara e objetiva.</p> <p>9. Identifica e notifica, aos setores responsáveis, em casos de notificação compulsória e/ou de vigilância específica.</p>
	5. Avalia o plano de cuidado	<p>1. Realiza monitoramento e avaliação do plano de cuidado com o usuário e, sempre que necessário, com familiares, cuidadores, equipe de referência e multiprofissional, comunidade e demais envolvidos.</p> <p>2. Avalia a qualidade das intervenções realizadas e considera a avaliação de outros profissionais envolvidos e do usuário ou, se for o caso, da família em relação ao processo e resultados obtidos.</p> <p>3. Valoriza potencialidades e conquistas ao longo do processo e analisa dificuldades de forma corresponsável com a equipe de saúde, visando reorganizar o cuidado, se necessário.</p> <p>4. Demonstra abertura e capacidade de negociação com o usuário para ajustes no plano de maneira a ofertar um cuidado mais resolutivo, autônomo e adequado à sua realidade, sempre que necessário.</p> <p>5. Realiza os ajustes necessários no plano visando a qualidade das intervenções e ações e buscando alcançar os objetivos propostos.</p>
Realiza o cuidado familiar e coletivo específico	1. Realiza avaliação familiar ou comunitária	<p>1. Demonstra postura ética, atenção e disponibilidade o contato com profissionais de saúde, famílias ou comunidade.</p> <p>2. Se apresenta e identifica como os usuários gostariam de ser chamados, respeitando sua identificação (nome/nome social). Apresenta qual o objetivo do atendimento.</p> <p>3. Estabelece vínculo e realiza escuta qualificada, considerando os aspectos culturais, históricos e sociais das famílias e comunidade, as histórias de vida e como os sujeitos vivenciam o processo de saúde e doença naquele território, incluindo e chamando as famílias para participarem ativamente das intervenções.</p> <p>4. Identifica a história familiar dos usuários ou da comunidade envolvida, verificando as necessidades de saúde considerando as dimensões biológica, psicológica, social, cultural, étnico-racial, de gênero e sexualidade e o ciclo de vida das pessoas envolvidas.</p> <p>5. Investiga hábitos de vida, fatores de risco e de proteção relacionados à própria saúde e ao cuidado, além de aspectos que possam apontar o grau de vulnerabilidades e potencialidades para as famílias ou comunidades.</p> <p>6. Investiga o território adscrito de acordo com as especificidades de sua atuação profissional, verificando as condições em que vivem as pessoas e identificando equipamentos comunitários e estratégias que contribuem para a promoção, prevenção e reabilitação da saúde da população.</p> <p>7. Define e aplica as técnicas e os procedimentos adequados para realizar a avaliação familiar ou</p>

	<p>comunitária/territorial em relação ao cuidado específico, orientando os usuários sobre o que será realizado e solicitando seu consentimento.</p> <p>8. Cuida da privacidade, do conforto e do bem-estar das famílias ao realizar técnicas recomendadas. Demonstra postura ética e sem julgamentos e domínio técnico na realização de avaliações familiares e/ou comunitárias.</p> <p>9. Correlaciona, reflexivamente, o contexto de vida apresentado com as determinações sócio-históricas, econômico-culturais e epidemiológicas das famílias e comunidade.</p> <p>10. Estimula os usuários a refletir sobre os condicionantes e determinantes do processo saúde-doença, de modo a promover sua autonomia, incentivando sua participação no processo de promoção, prevenção e recuperação da saúde.</p> <p>11. Identifica as redes de apoio das famílias nas comunidades de forma a pensar o cuidado de forma ampliada e a integralidade da atenção.</p> <p>12. Usa linguagem compreensível aos familiares e comunidades.</p> <p>13. A depender do cenário de prática, adota medidas de biossegurança recomendadas.</p> <p>14. Registra, no prontuário, de forma clara e objetiva, as informações que podem contribuir com o cuidado interprofissional, preservando o sigilo e os direitos dos usuários.</p> <p>15. Identifica problemas semelhantes nas comunidades e famílias de forma a coletivizar as demandas do território.</p>
2. Realiza compreensão diagnóstica familiar ou comunitária.	<p>1. Formula compreensão diagnóstica ampliada das famílias e das comunidades, estabelecendo hipóteses mais prováveis, com fundamentação clínico-epidemiológica, considerando os contextos de vida e as características dos territórios.</p> <p>2. Informa e esclarece suas hipóteses de forma compreensível as equipes de saúde e aos usuários, considerando dúvidas e questionamentos.</p> <p>3. Discute a situação das famílias, das comunidades/dos territórios com as equipes de saúde e/ou rede intra e intersetorial, buscando ampliar o conhecimento e o apoio para a formulação e priorização dos problemas e o compartilhamento de saberes entre profissionais das redes de atenção e proteção social.</p>
3. Define o plano de intervenção.	<p>1. Elabora plano terapêutico embasado nos preceitos da clínica ampliada, nas diretrizes do SUS, avaliando a melhor forma de intervenção a fim de promover a promoção e o cuidado em saúde a partir de evidências disponíveis, levando em consideração os determinantes sociais dos territórios.</p> <p>2. Discute as situações de saúde familiar e comunitárias com outros pontos de atenção e/ou compartilha o cuidado das famílias com outros profissionais ou serviços das redes intersetoriais e comunitárias, sempre que</p>

	<p>necessário.</p> <p>3. Compartilha, em linguagem compreensível, às famílias e/ou comunidade as necessidades de saúde referidas e percebidas e as implicações dos problemas encontrados, esclarecendo dúvidas, respeitando os direitos, a autonomia e as possibilidades e limites dos envolvidos, na construção do plano de cuidado.</p> <p>4. Promove o cuidado integral à saúde, associando ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação psicossocial, de forma compartilhada com os pontos de atenção das redes de saúde e intersetoriais, sempre que necessário, em todas as fases do ciclo de vida e de modo contextualizado à realidade dos usuários.</p> <p>5. Considera o acesso e a capacidade de resposta dos diferentes serviços de saúde e da rede intersetorial ao buscar a integralidade e a efetividade do plano de intervenção, assim como os direitos do usuário.</p> <p>6. Compartilha e pactua decisões e responsabilidades na definição e/ou execução dos planos de cuidado com famílias, comunidade e demais envolvidos, considerando as dimensões biológicas, psicológicas e sociais envolvidas, com o objetivo de reduzir danos, melhorar a saúde, promover e garantir direitos.</p> <p>7. Executa as ações dos planos de cuidado sob sua responsabilidade profissional.</p> <p>8. Disponibiliza as devidas orientações e/ou pactuações de maneira clara, esclarecendo dúvidas e ajustando-as conforme a realidade de cada família ou comunidade.</p> <p>9. Registra o plano de cuidado familiar/comunitário no prontuário de maneira clara e objetiva, se for o caso.</p> <p>10. Identifica e notifica, aos setores responsáveis, casos de notificação compulsória e/ou de vigilância específica.</p>
4. Avalia o plano de intervenção.	<p>1. Realiza monitoramento e avaliação do plano de cuidado com as famílias/comunidades e, sempre que necessário, com outros profissionais e serviços envolvidos.</p> <p>2. Avalia a qualidade das intervenções realizadas e considera a avaliação de outros profissionais envolvidos e dos usuários e/ou comunidade em relação ao processo e resultados obtidos.</p> <p>3. Valoriza potencialidades e conquistas ao longo do processo de cuidado e analisa dificuldades de forma corresponsável com a equipe de saúde.</p> <p>4. Demonstra abertura e capacidade de diálogo para reorganização no plano de cuidado, de maneira a promover a co-responsabilidade, o protagonismo e a autonomia das famílias/comunidade.</p> <p>5. Realiza os ajustes necessários no plano de cuidado visando a qualidade das intervenções e ações e buscando alcançar os objetivos propostos</p>

Tabela 11 - Perfil de competência - Área de Competência de Cuidado Específico - Serviço Social

Sub-área	Ações-chave	Desempenhos
Cuidado individual de serviço social	1. Identifica a história e demandas individual, com a centralidade na pessoa.	<p>1. Demonstra postura ética, atenção e disponibilidade no contato com profissionais de saúde, usuários, responsáveis, familiares e/ou comunidade.</p> <p>2. Se apresenta e identifica como o usuário gostaria de ser chamado, respeitando sua identificação (nome/nome social). Apresenta qual o objetivo do atendimento.</p> <p>3. Favorece a construção de vínculo, se coloca à disposição para apoiar o usuário em suas necessidades, valorizando o relato do usuário, sua história e experiências prévias, sem julgamentos, atentando-se à privacidade do usuário em respeito aos aspectos éticos da profissão.</p> <p>4. Realiza uma escuta qualificada valorizando a fala do usuário e todos os elementos apontados por ele que possam contribuir para a análise da sua situação sócio familiar e comunitária, transpondo o caráter emergencial e burocrático da demanda apresentada.</p> <p>5. Identifica a rede de apoio do usuário, família e comunidade de forma a pensar no cuidado ampliado e na integralidade da atenção.</p> <p>6. Correlaciona, reflexivamente, o contexto de vida apresentado com as determinações sócio-históricas, econômico-culturais e epidemiológicas.</p> <p>7. Usa linguagem compreensível ao usuário, estimulando a exposição espontânea da(s) situação(ões) que levaram o(a) usuário(a) a buscar o atendimento do profissional.</p> <p>8. Atua com respeito e de forma empática, inclusive quando há recusas ou discordâncias, sugerindo alternativas. Posiciona-se de forma imparcial em relação às questões religiosas.</p> <p>9. Registra, no prontuário, de forma clara e objetiva, as informações que podem contribuir com o cuidado interprofissional, evitando a revitimização do(a) usuário(a), se for o caso.</p> <p>10. Identifica problemas semelhantes entre os usuários de forma a coletivizar as demandas.</p> <p>11. Identifica as demandas dos usuários de forma a articular e incentivar os usuários para a participação social e o envolvimento em espaços de controle social no território e município.</p> <p>12. Identifica demandas dos usuários, famílias e comunidade que possibilitem a atuação do Assistente Social junto ao eixo de processo de trabalho político organizativo.</p>
	2. Realiza a	<p>1. Realiza avaliação e estudo situacional do usuário, considerando hábitos de vida, fatores de proteção</p>

avaliação do usuário.	<p>relacionados à própria saúde, aspectos de moradia e ao ambiente em que vive que podem apontar para análise de vulnerabilidade social.</p> <p>2. Estimula o usuário a refletir sobre os condicionantes e determinantes do processo saúde-doença, os aspectos e fatores que podem interferir nas causas e consequências do processo de adoecimento de modo a garantir a plena participação dos mesmos no processo de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, e, a explicitar suas necessidades para além dos aspectos biológicos.</p> <p>3. Define e utiliza os melhores instrumentos de atuação profissional para realizar o atendimento ao usuário, orientando-o sobre o que será realizado e solicitando seu consentimento. Cuida da privacidade, do conforto e do bem-estar do usuário durante o atendimento. Demonstra postura ética e sem julgamentos.</p> <p>4. Durante todo o contato, visa identificar situações de vulnerabilidade social, nos diferentes cenários de cuidado, para intervenções e/ou encaminhamentos cabíveis.</p> <p>5. Analisa a história de vida pessoal, familiar e comunitária.</p> <p>6. Orienta o usuário de modo comprehensível e os registra, no prontuário, de forma clara e legível.</p> <p>7. A depender do cenário de prática, adota medidas de biossegurança recomendadas.</p> <p>8. Avalia a rede de apoio do território, contribuindo para sua ampliação e qualificação, se necessário.</p> <p>9. Se pertinente, busca informações no prontuário do usuário para complementar a avaliação da situação, realiza a articulação intra e intersetorial, realiza contato com a rede, familiares/cuidadores para obtenção de dados que possam contribuir com a intervenção profissional, discute a situação com outros profissionais buscando novas perspectivas para ampliar os cuidados. Segue princípios éticos, de custo-efetividade e da melhor evidência na investigação realizada, levando em conta o acesso, o financiamento, a adesão, o direito e a autonomia do usuário.</p> <p>10. Quando necessário, discute a situação do usuário em equipe multiprofissional na APS .</p> <p>11. Registra, no prontuário, de forma clara e objetiva, as informações que podem contribuir com o cuidado interprofissional, evitando a revitimização do(a) usuário(a).</p> <p>12. Registra dados e informações de forma a contribuir com a identificação das principais demandas dos usuários, famílias e territórios para o Serviço Social, contribuindo para a Vigilância em Saúde e Social e para o levantamento de informações que contribuem para a elaboração de políticas públicas.</p>
3. Define o plano de cuidado	<p>1. Formula e prioriza problemas de forma compartilhada com o usuário e/ou sua família.</p> <p>2. Elabora plano de cuidado em conjunto com o usuário e, se necessário, sua família, considerando as necessidades de saúde referidas e percebidas, estabelecendo possibilidades de pactuação voltadas para o cuidado, incluindo ações e prazos, com fundamentação nos dados coletados durante a elaboração do estudo</p>

	<p>situacional, considerando seu contexto pessoal, familiar, do trabalho, do coletivo e outros pertinentes.</p> <p>3. Considera as evidências disponíveis na literatura, esclarecendo dúvidas, respeitando o desejo do usuário e as possibilidades e limites de ambos nessa construção.</p> <p>4. Discute o caso com profissionais de referência e/ou encaminha o usuário para outros profissionais ou pontos de atenção ou rede intersetorial, sempre que necessário.</p> <p>5. Objetiva, em suas ações, o cuidado integral à saúde. Considera o acesso e a capacidade de resposta dos diferentes serviços de saúde e da rede intersetorial ao buscar a integralidade e a efetividade do cuidado, assim como os direitos do usuário.</p> <p>6. Relaciona e associa os dados coletados no estudo situacional, articulando a história narrada pelo usuário, familiar ou comunidade/rede com as informações da condição de saúde do mesmo.</p> <p>7. Informa e esclarece quais são as possibilidades de cuidado, de forma objetiva e compreensível, ao usuário/família/comunidade considerando dúvidas e questionamentos, orientando sobre os direitos sociais.</p> <p>8. Busca fortalecer os vínculos familiares e sociocomunitários na perspectiva de incentivar a construção da rede de cuidado familiar e social, visando contribuir com a recuperação da saúde.</p> <p>9. Se posiciona a favor do usuário em relação aos seus direitos e na garantia do acesso aos bens e serviços disponíveis na rede de cuidado.</p> <p>10. Fortalece o usuário e/ou comunidade estimulando sua autonomia, emancipação e participação em espaços de controle social.</p> <p>11. Identifica na rede os equipamentos existentes no território e/ou no município, governamentais ou não governamentais, que podem contribuir para a solução do problema (demanda) priorizado e considera o acesso e a capacidade de resposta dos diferentes equipamentos, para intervenções e/ou encaminhamentos cabíveis.</p> <p>12. Articula com a rede intra e intersetorial visando qualificar a atenção ao usuário.</p> <p>13. Promove a participação de outros profissionais na construção do plano de cuidado, visando a integralidade do cuidado, respeitando a autonomia e a necessidade do autocuidado do usuário, sempre que possível.</p> <p>14. Compartilha decisões e responsabilidades na execução do plano com usuários, familiares, cuidadores, equipe multiprofissional, equipamentos comunitários e demais envolvidos, com o objetivo de reduzir danos, melhorar a saúde e garantir os direitos do usuário.</p> <p>15. Executa as ações do plano sob sua responsabilidade profissional.</p> <p>16. Identifica e notifica aos setores responsáveis, através do envio das fichas de notificação e/ou relatórios, situações de notificação compulsória, como violência, negligência, entre outros.</p> <p>17. Registra o plano de cuidado no prontuário de maneira clara e objetiva, e favorece o registro da abordagem</p>
--	---

		<p>de outros profissionais no prontuário, buscando torná-lo um instrumento dialógico que potencializa o cuidado integral aos problemas (demandas) do usuário.</p> <p>18. Elabora e divulga materiais que possibilitem a garantia de direitos e orienta os usuários, famílias e/ou comunidade.</p> <p>19. Relaciona-se de forma efetiva, ética e respeitosa com demais profissionais de saúde no desenvolvimento do cuidado.</p>
	4. Avalia o plano de cuidado.	<p>1. Realiza monitoramento e avaliação do plano de cuidado com o usuário e, sempre que necessário, com familiares, cuidadores, equipe multiprofissional, comunidade e demais envolvidos, realizando os ajustes necessários no plano visando a qualidade das intervenções e ações e alcançar os objetivos propostos.</p> <p>2. Avalia a qualidade, a eficiência e a efetividade das intervenções realizadas e considera a avaliação de outros profissionais envolvidos e do usuário ou, se for o caso, da família em relação ao processo e resultados obtidos.</p> <p>3. Valoriza potencialidades e conquistas ao longo do processo e analisa dificuldades de forma responsável com a equipe de saúde, visando reorganizar o cuidado, se necessário.</p> <p>4. Demonstra abertura e capacidade de negociação com o usuário para ajustes no plano de maneira a ofertar um cuidado mais resolutivo, autônomo e adequado à sua realidade, sempre que necessário.</p> <p>5. Realiza os ajustes necessários no plano visando a qualidade das intervenções e ações e buscando alcançar os objetivos propostos.</p>
Cuidado familiar e coletivo de serviço social	1. Realiza avaliação familiar ou comunitária.	<p>1. Demonstra postura ética, atenção e disponibilidade no contato com profissionais de saúde, famílias e/ou comunidade.</p> <p>2. Se apresenta e identifica como o usuário gostaria de ser chamado, respeitando sua identificação (nome/nome social). Apresenta qual o objetivo do atendimento.</p> <p>3. Favorece a construção de vínculo, se coloca à disposição para apoiar famílias e comunidade em suas necessidades, valorizando seus relatos, história e experiências prévias, sem julgamentos, atentando-se à privacidade em respeito aos aspectos éticos da profissão.</p> <p>4. Realiza uma escuta qualificada das demandas do território valorizando a fala da população e todos os elementos apontados por eles que possam contribuir para a análise da sua situação apresentada, transpondo o caráter emergencial e burocrático da demanda apresentada.</p> <p>5. Identifica a história familiar dos usuários ou da comunidade, indicadores sociais, verificando as necessidades de saúde considerando as dimensões biológica, psicológica, social, cultural e o ciclo de vida das pessoas, fatores de risco e proteção das famílias e comunidade.</p>

	<p>6. Investiga o território adscrito, verificando fatores e determinantes sociais da saúde que possam contribuir para a vulnerabilidade social da comunidade e território, como insegurança alimentar e nutricional, violências, entre outros.</p> <p>7. Identifica as condições em que vivem as pessoas e equipamentos comunitários e estratégias que contribuam para a promoção, prevenção e reabilitação da saúde da população.</p> <p>8. Correlaciona, reflexivamente, o contexto de vida apresentado com as determinações sócio-históricas, econômico-culturais e epidemiológicas, analisando as questões relacionadas à intervenção do Serviço Social.</p> <p>9. Estimula os usuários a refletir sobre os condicionantes e determinantes do processo saúde-doença, de modo a promover sua autonomia, incentivando sua participação no processo de promoção, prevenção e recuperação da saúde e a explicitar suas necessidades para além dos aspectos biológicos.</p> <p>10. Identifica a rede de apoio da família ou comunidade de forma a pensar no cuidado ampliado e na integralidade da atenção. Identifica rede de apoio do território, conhecendo as instituições, serviços e equipamentos e fluxos de acesso aos mesmos que podem ser utilizados para a integralidade da atenção à saúde.</p> <p>11. Usa linguagem compreensível ao usuário, estimulando a exposição espontânea da(s) situação(ões) que levaram a família e/ou comunidade a buscar o atendimento do profissional.</p> <p>12. Atua com respeito e de forma empática, inclusive quando há recusas ou discordâncias, sugerindo alternativas. Posiciona-se de forma imparcial em relação às questões religiosas</p> <p>13. Registra, no prontuário, de forma clara e objetiva, as informações que podem contribuir com o cuidado interprofissional.</p> <p>14. Identifica problemas semelhantes entre os usuários de forma a coletivizar as demandas.</p> <p>15. Identifica as demandas dos usuários de forma a articular e incentivar os usuários para a participação social e o envolvimento em espaços de controle social no território e município.</p> <p>15. Identifica demandas dos usuários, famílias e comunidade que possibilitem a atuação do Assistente Social junto ao eixo de processo de trabalho político organizativo.</p>
2. Define o plano de intervenção.	<p>1. Formula e prioriza problemas de forma compartilhada com famílias, comunidade, lideranças comunitárias, etc.</p> <p>2. Elabora plano de intervenção no território em conjunto com usuários, famílias e comunidade, considerando as necessidades de saúde referidas e percebidas e os indicadores levantados, estabelecendo ações e prazos, com fundamentação nos dados coletados durante a elaboração do estudo situacional, considerando o contexto coletivo e do território.</p> <p>3. Compartilha as implicações dos problemas encontrados, esclarecendo dúvidas e respeitando as possibilidades</p>

- e limites dos profissionais e comunidade nessa construção.
4. Considera as evidências disponíveis na literatura, esclarecendo dúvidas.
  5. Discute a situação e os indicadores com profissionais de referência e/ou encaminha as situações identificadas para outros profissionais ou pontos de atenção ou rede intersetorial, sempre que necessário.
  6. Objetiva, em suas ações, o cuidado integral à saúde, a participação comunitária e a mobilização social. Considera o acesso e a capacidade de resposta dos diferentes serviços de saúde e da rede intersetorial ao buscar a integralidade e a efetividade do cuidado, assim como os direitos dos usuários e comunidade.
  7. Relaciona e associa os dados coletados com a realidade mais ampla e o contexto social em que encontra-se a comunidade.
  8. Informa e esclarece quais são as possibilidades de intervenção, de forma objetiva e compreensível, considerando dúvidas e questionamentos, orientando sobre os direitos sociais.
  9. Busca fortalecer os vínculos familiares e sociocomunitários na perspectiva de incentivar a construção da rede de cuidado familiar e social, visando contribuir com a superação dos problemas encontrados.
  10. Fortalece a comunidade estimulando sua autonomia, emancipação e participação em espaços de controle social.
  11. Identifica na rede os equipamentos existentes no território e/ou no município, governamentais ou não governamentais, que podem contribuir para a solução do problema (demanda) priorizado e considera o acesso e a capacidade de resposta dos diferentes equipamentos, para intervenções e/ou encaminhamentos cabíveis.
  12. Articula com a rede intra e intersetorial para contribuir com as intervenções no território.
  13. Promove a participação de outros profissionais na construção do plano de cuidado, visando a integralidade do cuidado.
  14. Compartilha decisões e responsabilidades na execução do plano com usuários, familiares, comunidade, equipe multiprofissional, equipamentos comunitários e demais envolvidos, com o objetivo de reduzir danos, melhorar a saúde e garantir os direitos coletivos.
  15. Executa as ações do plano sob sua responsabilidade profissional.
  16. Registra o plano de cuidado no prontuário de maneira clara e objetiva, e favorece o registro da abordagem de outros profissionais no prontuário, buscando torná-lo um instrumento dialógico que potencializa o cuidado integral aos problemas (demandas) do usuário e da comunidade.
  17. Elabora e divulga materiais que possibilitem a garantia de direitos e orienta coletivamente os usuários, famílias e/ou comunidade.
  18. Relaciona-se de forma efetiva, ética e respeitosa com demais profissionais de saúde no desenvolvimento do

		<p>cuidado.</p> <p>19. Identifica e notifica, aos setores responsáveis, casos de notificação compulsória e/ou de vigilância específica.</p> <p>20. Realiza a avaliação e estudo situacional do território visando articulação intersetorial e a construção de políticas públicas que atendam às necessidades de saúde da população.</p>
	3. Avalia o plano de intervenção.	<p>1. Realiza monitoramento e avaliação do plano de intervenção coletivo e, sempre que necessário, com outros profissionais e serviços envolvidos.</p> <p>2. Avalia a qualidade, a eficiência e a efetividade das intervenções realizadas e considera a avaliação de outros profissionais envolvidos e dos usuários e/ou comunidade em relação ao processo e resultados obtidos.</p> <p>3. Valoriza potencialidades e conquistas ao longo da realização da intervenção e analisa dificuldades de forma correspondeável com a equipe de saúde, visando ajustá-la, se necessário.</p> <p>4. Realiza os ajustes necessários no plano visando a qualidade das intervenções e ações e buscando alcançar os objetivos propostos.</p> <p>5. Demonstra abertura e capacidade de negociação com famílias e comunidades envolvidas para ajustes no plano de intervenção de maneira a ofertar um cuidado mais resolutivo, autônomo e adequado à sua realidade, sempre que necessário.</p>
Gestão da assistência de Serviço Social	1. Gerencia a atuação profissional em interface com a gestão municipal.	<p>1. Promove e realiza atividades técnico-gerenciais do Serviço Social, como planejamento e sistematização dos dados relativos à atuação profissional, contribuindo para a reflexão sobre potencialidades e vulnerabilidades da atuação profissional na APS, propondo mudanças no processo de trabalho que qualifiquem e fortaleçam a atuação do assistente social na APS.</p> <p>2. Realiza o mapeamento das redes e articulação intersetorial de forma a compartilhar as informações com outros profissionais da APS e da rede de saúde e intersetorial, possibilitando o acesso dos usuários aos serviços e aos seus direitos sociais.</p> <p>3. Elabora relatórios quanti-qualitativos dos atendimentos realizados pelo Serviço Social a fim de subsidiar planos de ação com a comunidade e equipes de saúde e em resposta às demandas de serviços de proteção, como Ministério Público, Conselho Tutelar, Judiciário, entre outros.</p> <p>4. Realiza ações de educação permanente com a equipe de saúde da família e multiprofissional.</p> <p>5. Apoia e contribui com as ações do Núcleo Multiprofissional, incluindo a participação na elaboração de protocolos específicos, normativas, portarias, notas informativas, entre outros.</p>

## Referências

1. Soeiro E, Oliveira JM, Schiesari LMC, Silva RF da, Garcia VL, Feliciano AB, et al. Caderno do projeto: desenvolvimento da gestão de programas de residência e da preceptoria no SUS – DGPSUS 2021–2023. Hospital Sírio-Libanês; Ministério da Saúde; 2021.
2. SMS Florianópolis. PROJETO POLÍTICO PEDAGÓGICO DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA [Internet]. 2024. Disponível em:  
[https://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/07\\_02\\_2024\\_11.17.41.62f41f722606be8d259dca9d4d45dab3.pdf](https://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/07_02_2024_11.17.41.62f41f722606be8d259dca9d4d45dab3.pdf)
3. Guimarães BEDB, Castelo Branco ABDA. Trabalho em Equipe na Atenção Básica à Saúde: Pesquisa Bibliográfica. Rev Psicol E Saúde. 7 de fevereiro de 2020;143–55.
4. Brasil, Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Popular em Saúde [Internet]. 2012. Disponível em:  
<http://www.crpssp.org.br/diverpsi/arquivos/pneps-2012.pdf>
5. UFSCAR, Coordenação do Curso de Medicina. Caderno do Curso de Medicina. UFSCAR; 2006.