FUNDAÇÃO FAFIPA

CURSO DE FORMAÇÃO INICIAL PARA AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE E AGENTES DE COMBATE ÁS ENDEMIAS * EDUCADOR SOCIAL
Concurso Público nº 001/2026 – Prefeitura do Município de Foz do Iguaçu

ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E DA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE

PROF. DRA. REBECA SOUZA

FOZ DO IGUAÇU
2026

FUNDAÇÃO FAFIPA

OBJETIVO

Compreender os princípios, as diretrizes, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS), e a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), reconhecendo seus fundamentos e sua importância para a organização das ações e dos serviços de saúde.

ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE



O Sistema Único de Saúde representa uma das principais conquistas sociais da Constituição Federal de 1988.

SAÚDE DIREITO DE TODOS E DEVER DO ESTADO

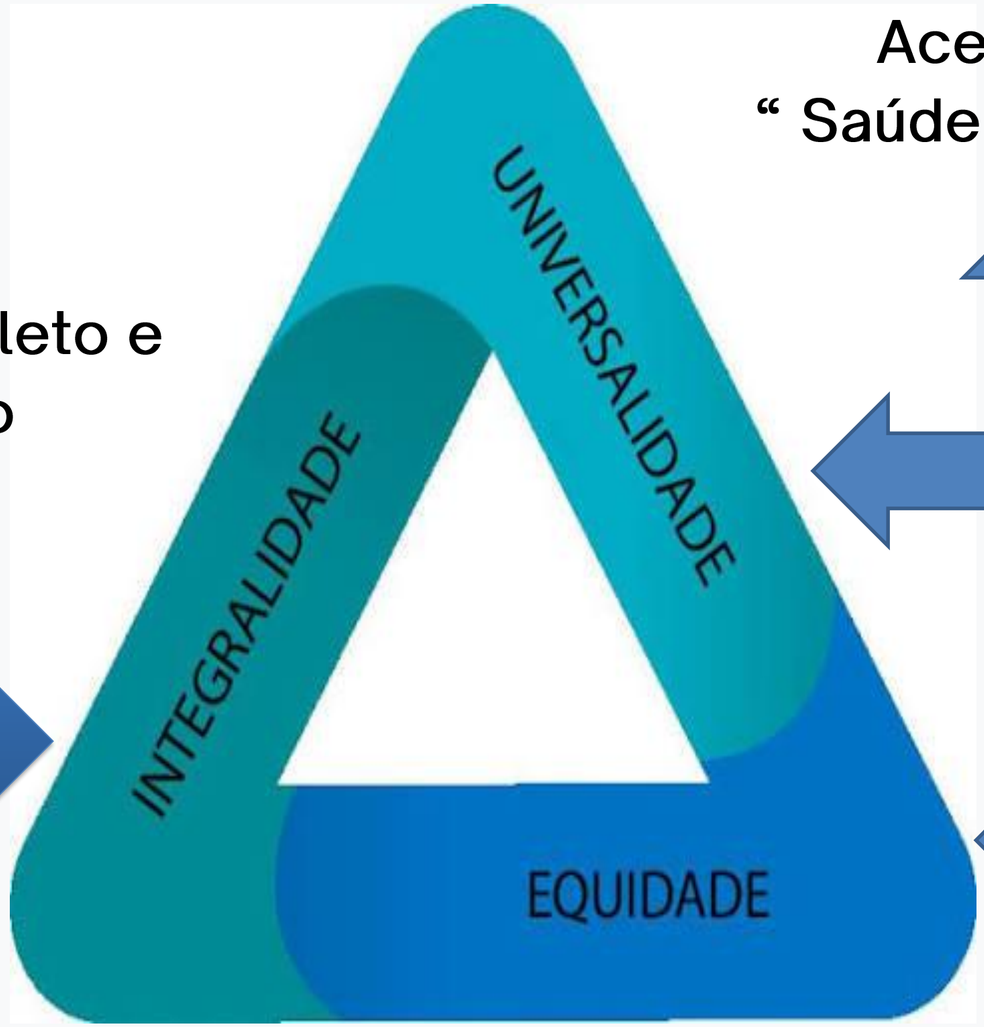
Politícas sociais e econômicas que visam reduzir
Riscos de doenças e agravos
Aumentar o acesso universal e igualitário a saúde

BRASIL.1988

PRINCÍPIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
PRINCIPIOS

Acesso universal
“ Saúde direito de todos”

Cuidado completo e articulado



Atenção conforme as necessidades

BRASIL.1988

ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

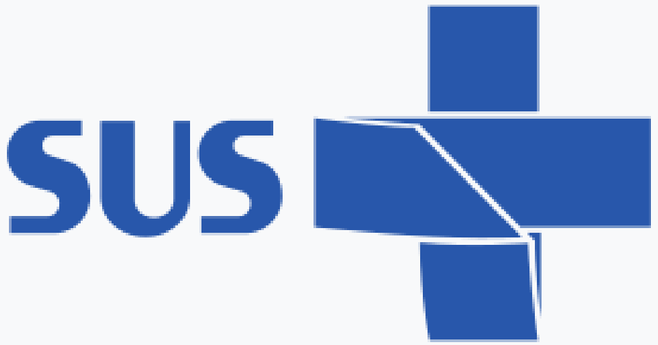
A organização do SUS está regulamentada, principalmente, pelas Leis :



BRASIL.;1990

LEI 8.080 DE 19 DE SETEMBRO DE 1990

Saúde direito fundamental do ser humano.



O SUS compreende um conjunto de ações e serviços prestados pro órgãos e instituições públicas de saúde das diferentes esferas de governo, podendo contar, de forma COMPLEMENTAR, com a participação da iniciativa privada.

O dever do estado não exclui a responsabilidade da pessoa, da família, das empressas e da sociedade.

BRASIL.;1990

LEI 8.080 DE 19 DE SETEMBRO DE 1990

São objetivos do SUS

A identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde

Formulação de políticas de saúde nos campos econômicos e sociais

A assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventiva

BRASIL.;1990

LEI 8.080 DE 19 DE SETEMBRO DE 1990

A saúde não se expressa exclusivamente pelos aspectos biológicos e pelas escolham indivíduais das pessoas, mas é influenciada diretamente pelos condicionantes e determinantes da saúde.

Modelo de determinação social da saúde proposto por Dahlgren e Whitehead



Fonte: DAHLGREN; WHITEHEAD apud SUCUPIRA et al., 2014

BRASIL.;1990

LEI 8.080 DE 19 DE SETEMBRO DE 1990

Diretrizes do SUS

Segundo a Lei 8.080/1990, o SUS deve ser organizado com base em seis diretrizes fundamentais:



Universalidade

Garantia de acesso à saúde para todos, sem discriminação.



Integralidade

Atenção em todas as fases da vida, com ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação.



Equidade

Oferecer mais a quem mais precisa, reduzindo desigualdades.



Descentralização político-administrativa

Compartilhamento de responsabilidades entre União, Estados e Municípios.



Regionalização e hierarquização

Organização da rede de serviços de forma regionalizada e em níveis de atenção.



Participação social

Envolvimento da sociedade na formulação, controle e avaliação das políticas de saúde.

Essas diretrizes estão previstas na Lei 8.080/1990 e orientam a organização e o funcionamento do SUS.

BRASIL.;1990

LEI 8.142 DE 28 DE DEZEMBRO DE 1990

Lei 8.142/90

Participação, controle social e financiamento do SUS

A Lei 8.142/90 regulamenta a participação da sociedade na gestão do SUS e define como se dá o financiamento da saúde.

Conferências de Saúde

Espaço de diálogo e construção coletiva das políticas de saúde.



- Realizadas em todas as esferas de governo (municipal, estadual e nacional).
- Avaliam a situação de saúde e propõem diretrizes para as políticas públicas.
- Têm caráter deliberativo.

Conselhos de Saúde

Órgãos permanentes e deliberativos de controle social do SUS.



- Formados por representantes do governo, dos trabalhadores, dos usuários e dos prestadores de serviços.
- Acompanham, fiscalizam e deliberam sobre as ações e os recursos do SUS.
- Existem em todas as esferas de governo.

Financiamento

Garante os recursos para o funcionamento do SUS.



- Previsto na Lei 8.142/90 e na Lei 8.080/90.
- Composto por recursos do orçamento da União, estados, municípios e de outras fontes.
- Deve ser aplicado de forma regular e automática, conforme percentuais definidos em lei.

Mais participação social, mais SUS para todos.

BRASIL.;1990

LEI 8.142/1990 - RECURSOS DO FUNDO NACIONAL DE SAÚDE (FNS)

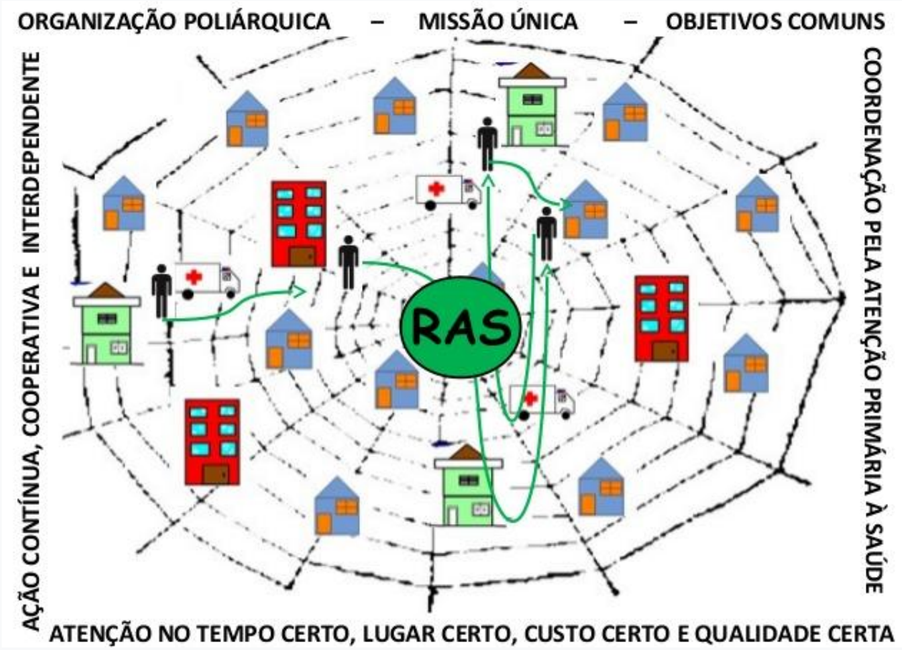
O Fundo Nacional de Saúde (FNS) é o gestor financeiro dos recursos federais do Sistema Único de Saúde (SUS), responsável por transferir verbas para estados, Distrito Federal e municípios.



BRASIL.;1990

REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

No processo de consolidação do SUS, a organização da atenção à saúde passou a demandar mecanismos capazes de garantir a **CONTINUIDADE E A INTEGRALIDADE DA ASSISTÊNCIA**



ESTRATÉGIA PARA ENFRENTAR A FRAGMENTAÇÃO DA ASSISTÊNCIA E PROMOVER A ARTICULAÇÃO ENTRE OS DIFERENTES PONTOS DE ATENÇÃO À SAÚDE.

BRASIL.;2010

REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

A organização da RAS fundamenta-se na compreensão de que os serviços de saúde não devem funcionar como estruturas isoladas.



REDE ARTICULADA

COORDENADA

BRASIL.;2010

REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

PORTARIA Nº 4.279/2010 – Estabele as diretrizes para a organização da RAS.

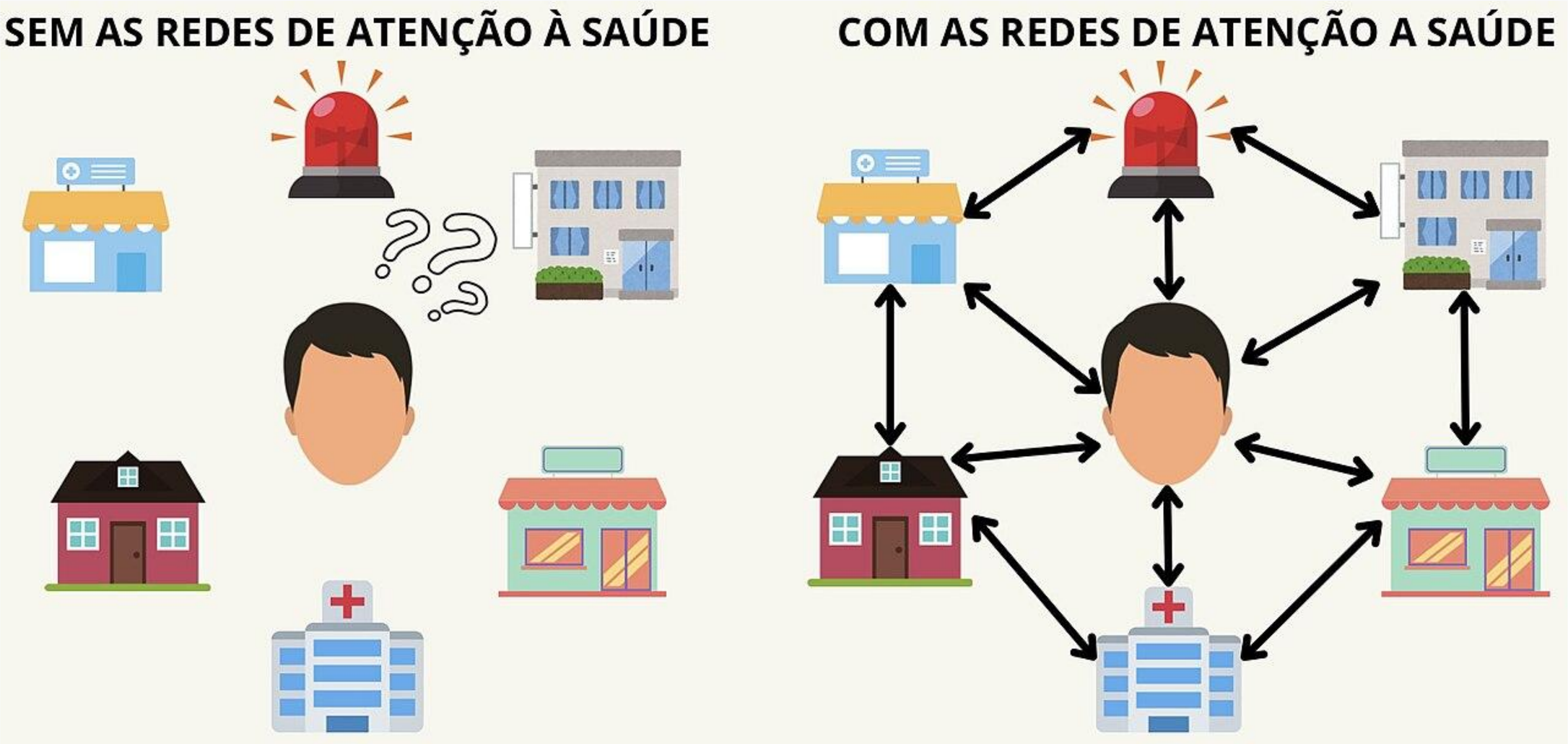
SUPERAÇÃO DA FRAGMENTAÇÃO DA ASSISTÊNCIA

ATENÇÃO CONTÍNUA → INTEGRAL → RESOLUTIVA E DE QUALIDADE

Nessa perspectiva, a rede deve articular diferentes pontos de atenção à saúde e ser coordenada pela Atenção Primária à Saúde.

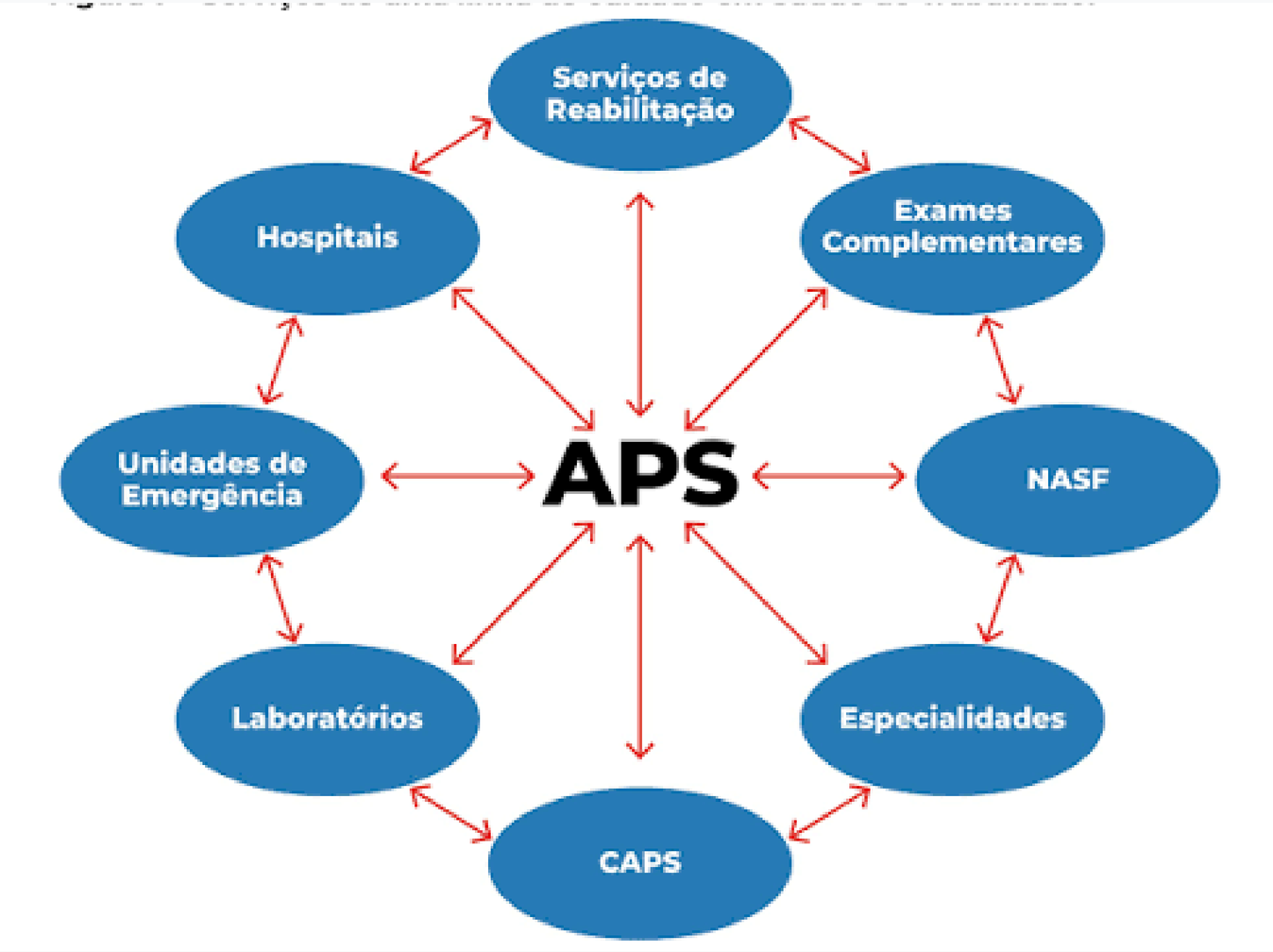
BRASIL.;2010

REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE



BRASIL.;2010

REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE



PORTA DE ENTRADA PREFERENCIAL DO SUS

APS – CENTRO DE COMUNICAÇÃO DA RAS

COORDENADORA DO CUIDADO

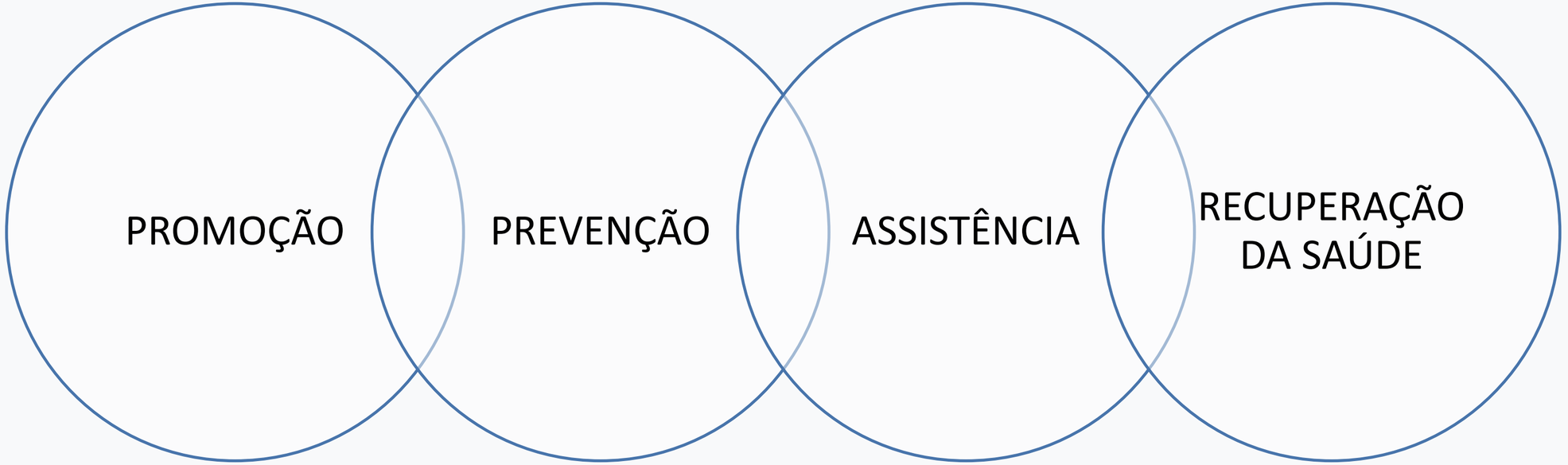
ORDENADORA DA REDE
GERENCIA O FLUXO ASSISTÊNCIAL

GARANTIR A INTEGRALIDADE DO CUIDADO

BRASIL.; 2010

REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Não deve ser compreendida apenas como a oferta de diferentes procedimentos, mas como a artiuclação das açoes:



A RAS ESTABELECE FLUXOS ASSISTÊNCIAIS E MECANISMOS DE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA – FAVORECENDO A CONTINUIDADE DO CUIDADO

BRASIL.;1990

ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Compreender a organização do SUS implica reconhecer que o sistema não se resume à oferta de serviços, mas constitui uma **política pública de caráter universal** , estruturada sobre princípios jurídicos,´politicos, sanitários e sociais. A consolidação dessa estrutura é fundamental para que o SUS responda de maneira organizada, equânime e integral às **necessidades de saúde** da população brasileira.

BRASIL.;1990

FUNDAÇÃO FAFIPA

POLITICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA (PNAB)

PORTARIA
Nº 2,436,de 21 de setembro de 2017

PORTARIA Nº 2.436/2017

1. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica – PNAB, com vistas à revisão da regulamentação de implantação e operacionalização vigentes, no âmbito do SUS, estabelecendo-se as **diretrizes para a organização do componente Atenção Básica, na Rede de Atenção à Saúde**.

2. A Política Nacional de Atenção Básica considera os termos Atenção Básica – **AB e Atenção Primária à Saúde -APS, nas atuais concepções, como termos equivalentes.**

BRASIL.; 2017



POLITICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA

FUNDAÇÃO FAFIPA

Art. 2º

A Atenção Básica é o **conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas** que envolvem **promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde**, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em **território definido**, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.

Principal porta de entrada e centro de comunicação da RAS, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede.

BRASIL.; 2017

BRASIL.; 2017

POLITICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA

Art. 4º A PNAB tem na ***Saúde da Família*** sua estratégia prioritária para **expansão e consolidação da Atenção Básica**.

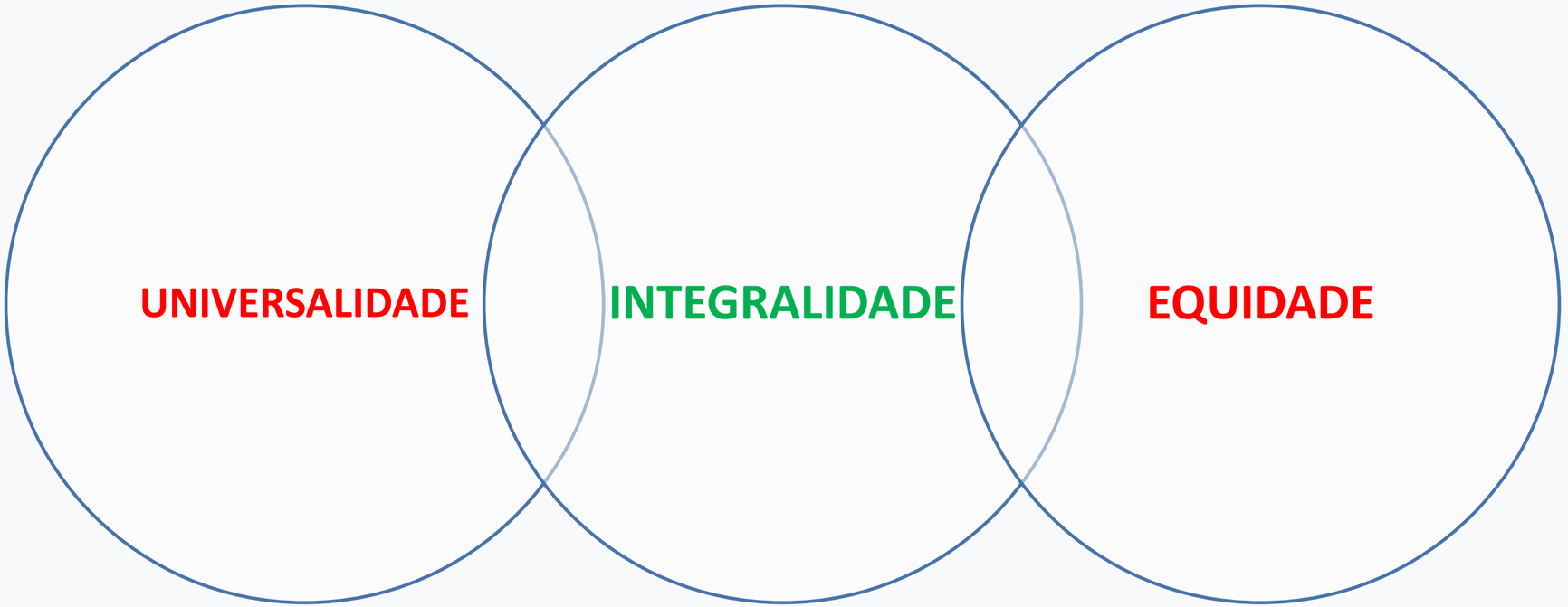


SaúdedaFamília

A Atenção Básica **considera a pessoa em sua singularidade e inserção sociocultural**, buscando produzir a **atenção integral, incorporar as ações de vigilância em saúde** – a qual constitui um processo contínuo e sistemático de **coleta, consolidação, análise e disseminação de dados** sobre eventos relacionados à saúde .

POLITICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA

Art. 3º São **Princípios** e Diretrizes do SUS e da RAS a serem operacionalizados na Atenção Básica:



BRASIL.; 2017

POLITICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA

Diretrizes

- Regionalização e Hierarquização
- Territorialização População adscrita
- Cuidado centrado na pessoa Resolutividade
- Longitudinalidade do cuidado
- Coordenação do cuidado
- Ordenação da Rede
- Participação da comunidade

BRASIL.; 2017

POLITICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA
DECRETO Nº 7.508/2011 – REGIONALIZAÇÃO

O Decreto nº 7.508, de 28 de julho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/90, define que “o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas portas de entrada do SUS e se completa na rede **regionalizada e hierarquizada”.**



BRASIL.; 2017

Para que a AB possa ordenar a RAS, **é preciso reconhecer as necessidades de saúde da população** sob sua responsabilidade, organizando-as em relação aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo para que a programação dos serviços parta das necessidades das pessoas, fortalecendo o planejamento ascendente.

POLITICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA

DECRETO Nº 7.508/2011

TERRÍTORIO DEFINIDO – UNIDADE GEOGRÁFICA ÚNICA

↓

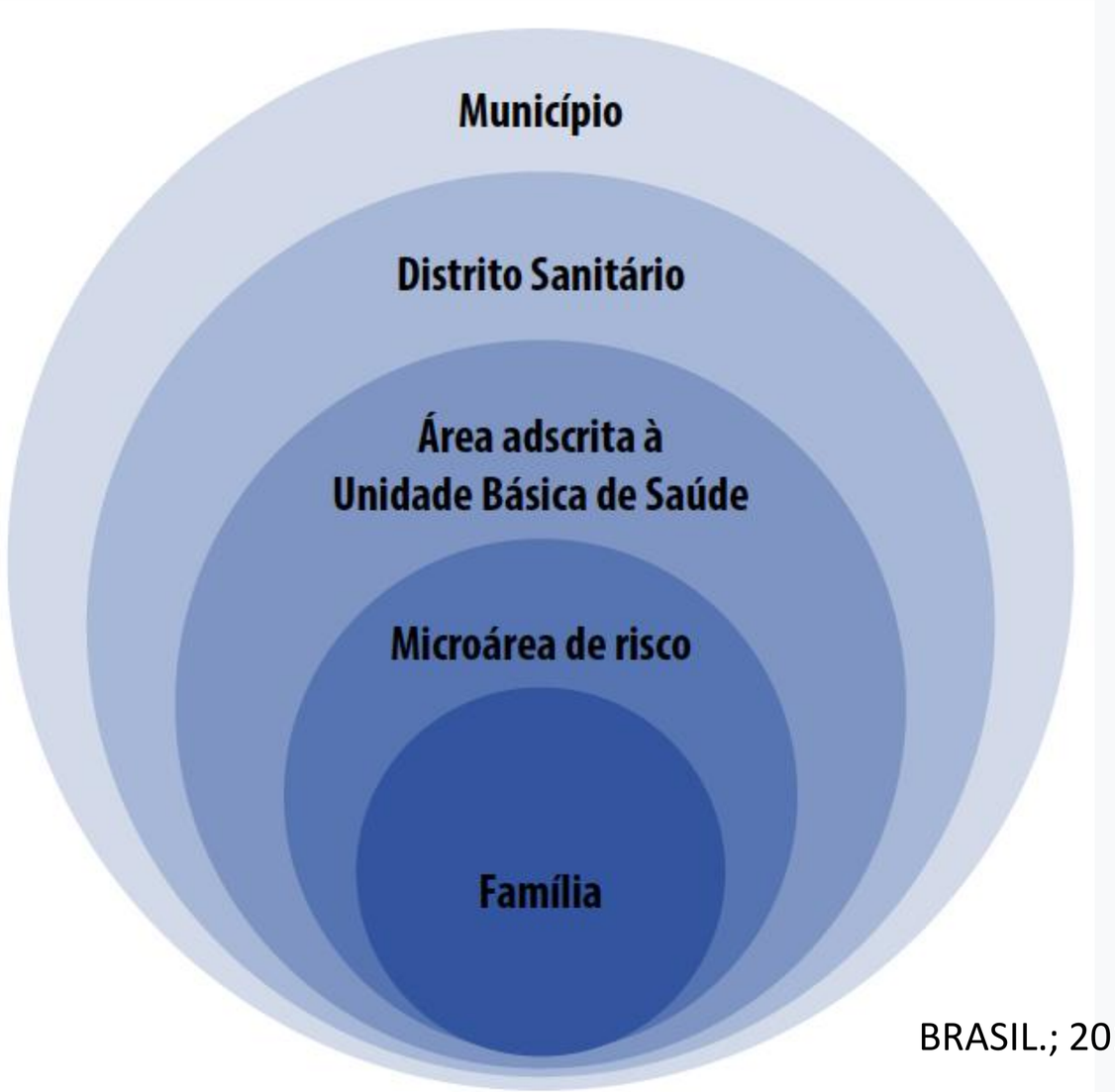
POPULAÇÃO ADSCRITA

↓

MICRO ÁREAS

↓

APS/ESF – RESPONSABILIDADE SANITÁRIA



BRASIL.; 2017

POLITICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA

DECRETO Nº 7.508/2011

PLANEJAMENTO DA SAÚDE – ORGANIZAÇÃO E O FUNCIONAMENTO DOS SERVIÇOS

↓

TERRÍTORIO - POPULAÇÃO

↓

NECESSIDADES DE SAÚDE INDIVÍDUAL, FAMILIAR E COMUNITÁRIA

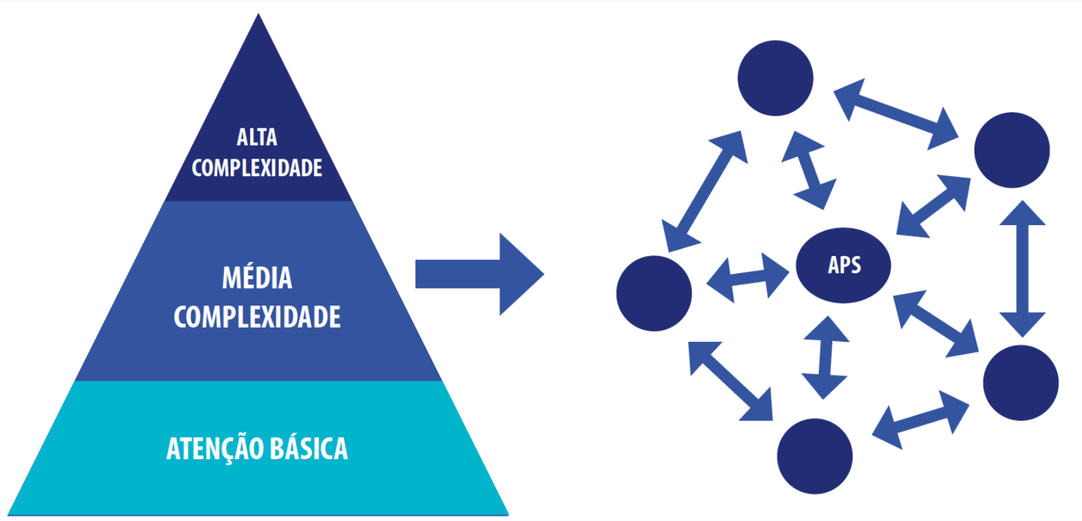


BRASIL.; 2017

POLITICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA

HIERARQUIZAÇÃO

Pontos de atenção da RAS, tendo a Atenção Básica como **ponto de comunicação** entre esses. Considera-se regiões de saúde como um recorte espacial estratégico para fins de planejamento, organização e gestão de redes de ações e serviços de saúde em determinada localidade, e a hierarquização como **forma de organização de pontos de atenção da RAS entre si**, com fluxos e referências estabelecidos.



BRASIL.; 2017

POLITICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA

TERRITORIALIZAÇÃO E ADSTRIÇÃO:



UNIDADE GEOGRÁFICA DA AB/ESF

A territorialização permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com foco em um território específico, **com impacto na situação, nos condicionantes e determinantes da saúde das pessoas e coletividades que constituem aquele espaço** e estão, portanto, adstritos a ele.

BRASIL.; 2017



POLITICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA

POPULAÇÃO ADSCRITA

População que está presente no território da UBS, de forma a estimular o desenvolvimento de **relações de vínculo** e responsabilização entre as equipes e a população, garantindo a **continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado** e com o objetivo de ser referência para o seu cuidado.

BRASIL.; 2017

POLITICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA

CUIDADO CENTRADO NA PESSOA



Cuidado de forma singularizada, que auxilie as pessoas a desenvolverem **os conhecimentos, aptidões, competências e a confiança necessária para gerir e tomar decisões embasadas sobre sua própria saúde** e seu cuidado de saúde de forma mais efetiva.

O cuidado é construído com as pessoas, de acordo com **suas necessidades e potencialidades** na busca de uma vida independente e plena. A família, a comunidade e outras formas de coletividade são elementos relevantes, muitas vezes condicionantes ou determinantes na vida das pessoas e, por consequência, no cuidado.

BRASIL.; 2017

POLITICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA

RESOLUTIVIDADE



Atenção Básica ser resolutiva, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma **clínica ampliada** capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínica e sanitariamente efetivas, centrada na pessoa, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais.

BRASIL.; 2017

POLITICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA

LONGITUDINALIDADE DO CUIDADO

Continuidade da relação de cuidado, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários **ao longo do tempo e de modo permanente e consistente**, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida das pessoas , evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia que são decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da falta de coordenação do cuidado.



BRASIL.; 2017

POLITICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA

COORDENAÇÃO DO CUIDADO



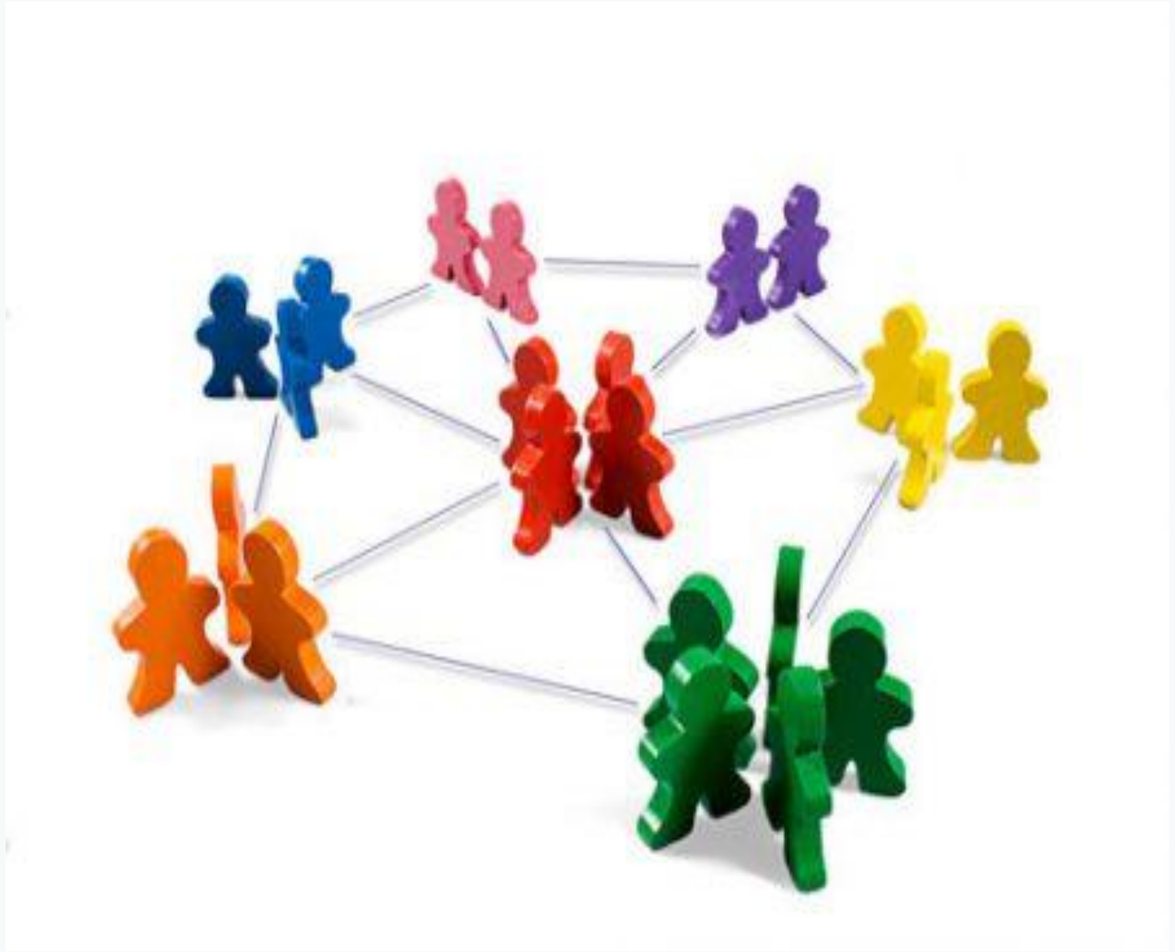
Elaborar, acompanhar e o**rganizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS**. Atuando como o **centro de comunicação** entre os diversos pontos de atenção, responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários em qualquer destes pontos através de **uma relação horizontal**, contínua e integrada, com o objetivo de produzir a **gestão compartilhada da atenção integral**. Articulando também as outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais.

BRASIL.; 2017

POLITICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA

ORDENAÇÃO DA REDE

Reconhecer as **necessidades de saúde da população** sob sua responsabilidade, organizando as necessidades desta população em relação aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo para que o planejamento das ações, assim como, a programação dos serviços de saúde, **parta das necessidades de saúde das pessoas**.



Organização dos fluxos assistenciais

BRASIL.; 2017

POLITICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA

PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE

Estimular a participação das pessoas, a orientação comunitária das ações de saúde na Atenção Básica e a competência cultural no cuidado, como forma de **ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território.**





CONSELHOS LOCAIS, CONSELHOS E CONFERÊNCIAS DE SAÚDE.

LEI Nº / 8.142/1990

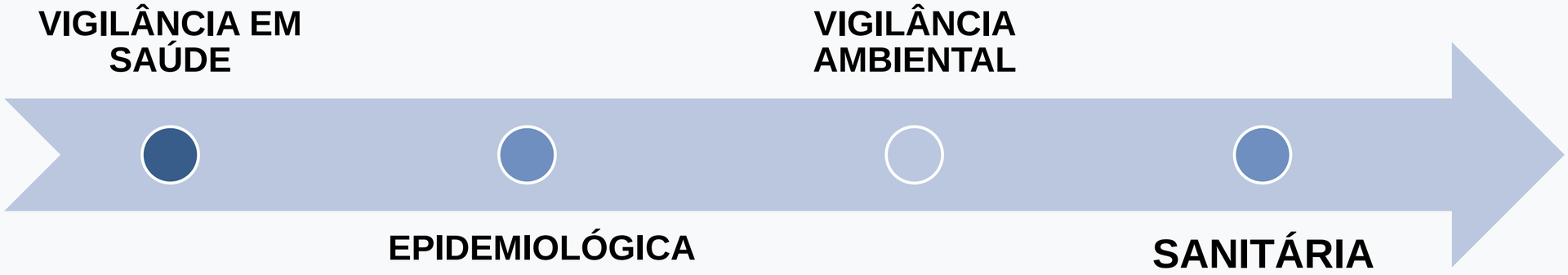
BRASIL.; 2017

POLITICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA

Art. 5º

A **integração entre a Vigilância em Saúde e Atenção Básica** é condição essencial para o alcance de resultados que atendam às **necessidades de saúde da população**, na ótica da integralidade da atenção à saúde e visa estabelecer processos de trabalho que considerem os **determinantes, os riscos e danos à saúde**.





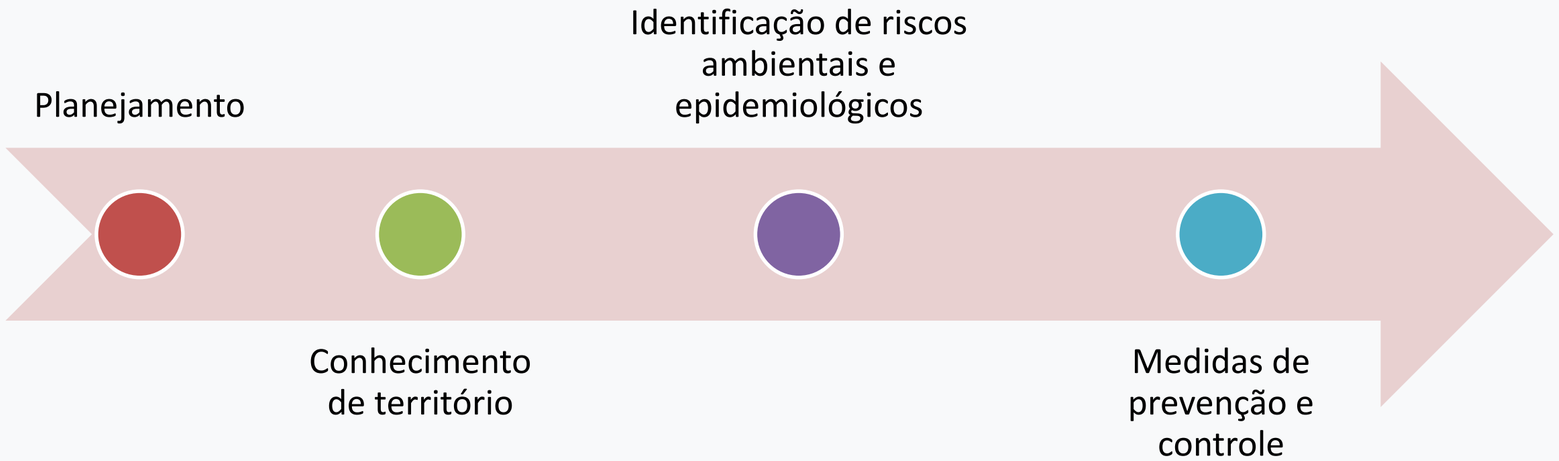
BRASIL.; 2017



POLITICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA

INTEGRAÇÃO ENTRE VIGILÂNCIA E ATENÇÃO BÁSICA

A **integração entre a Vigilância em Saúde e Atenção Básica** corresponde a uma das principais estratégias de atuação do **AGENTE DE COMBATE ÁS ENDEMIAS (ACE)** Contribuindo para a prevenção de doenças, o controle de agravos e a promoção da saúde no território



BRASIL.; 2017

POLITICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA

FUNCIONAMENTO

Recomenda-se que as Unidades Básicas de Saúde tenham seu funcionamento com carga horária mínima de 40 horas/semanais, no mínimo 5 (cinco) dias da semana e nos 12 meses do ano, possibilitando acesso facilitado à população.

População adscrita por equipe de Atenção Básica (eAB) e de Saúde da Família (eSF) de 2.000 a 3.500 pessoas, localizada dentro do seu território, garantindo os princípios e diretrizes da Atenção Básica.

Além dessa faixa populacional, podem existir **outros arranjos de adscrição**, conforme **vulnerabilidades, riscos e dinâmica comunitária**.

BRASIL.; 2017

POLITICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA

FUNCIONAMENTO – EQUIPES

4 (quatro) equipes por UBS (Atenção Básica ou Saúde da Família), para que possam atingir seu potencial resolutivo.

Em municípios ou territórios com menos de 2.000 habitantes, que uma equipe de Saúde da Família (eSF) ou de Atenção Básica (eAB) seja responsável por toda população;

BRASIL.; 2017

POLITICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA

TIPOS DE EQUIPES - ESF

EQUIPE DE ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
(ESTRATÉGIA PRIORITÁRIA)

Composta no mínimo por **médico,** preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, **enfermeiro**, preferencialmente especialista em saúde da família; **auxiliar e/ou técnico de enfermagem** e **agente comunitário de saúde (ACS).** Podendo fazer parte da equipe o **agente de combate às endemias (ACE)** e **os profissionais de saúde bucal**: cirurgião-dentista, preferencialmente especialista em saúde da família, e auxiliar ou técnico em saúde bucal.



BRASIL.; 2017

POLITICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA

Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS):

É prevista a implantação da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde nas UBS como uma **possibilidade para a reorganização inicial da Atenção Básica** com vistas à implantação gradual da Estratégia de Saúde da Família ou como uma forma de agregar os agentes comunitários a outras maneiras de organização da Atenção Básica. São itens necessários à implantação desta estratégia:

- Unidade Básica de Saúde, inscrita no SCNES vigente
- Nº de ACS e ACE por equipe deverá ser definido de acordo com base populacional (critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos),
- Carga horária integral de 40 horas semanais
- Enfermeiro supervisor e os ACS devem estar cadastrados no SCNES vigente , vinculados à equipe
- Microárea com no máximo 750 pessoas cadastradas

BRASIL.; 2017

POLITICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA

Agentes Comunitários de Saúde – **EQUIPE DE ESF**



O número de ACS por equipe deverá ser definido de acordo com base populacional, critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos, de acordo com definição local. .

Em áreas de grande dispersão territorial, áreas de risco e vulnerabilidade social, recomenda-se a cobertura de 100% da população com número máximo de 750 pessoas por ACS.

Carga horária de 40 (quarenta) horas semanais para todos os profissionais de saúde membros da ESF. Dessa forma, os profissionais

BRASIL.; 2017

POLITICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA

Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS):



Atividade do ACS deve se dar pela lógica do **planejamento do processo de trabalho a partir das necessidades do território,** com priorização para população com maior grau de vulnerabilidade e de risco epidemiológico;

A atuação em ações básicas de saúde deve visar à ***integralidade do cuidado no território; cadastrar, preencher e informar os dados através do Sistema de Informação em Saúde*** para a Atenção Básica vigente.



BRASIL.; 2017

POLITICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA

TIPOS DE EQUIPES – ATENÇÃO BÁSICA e Equipe eMulti



BRASIL.; 2017

POLITICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA

ESPECIFICIDADES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA







Equipe de Saúde da Família Ribeirinha (Esfr).

Equipe de Consultório na Rua (eCR)

Equipe de Atenção Básica Prisional (eABP)



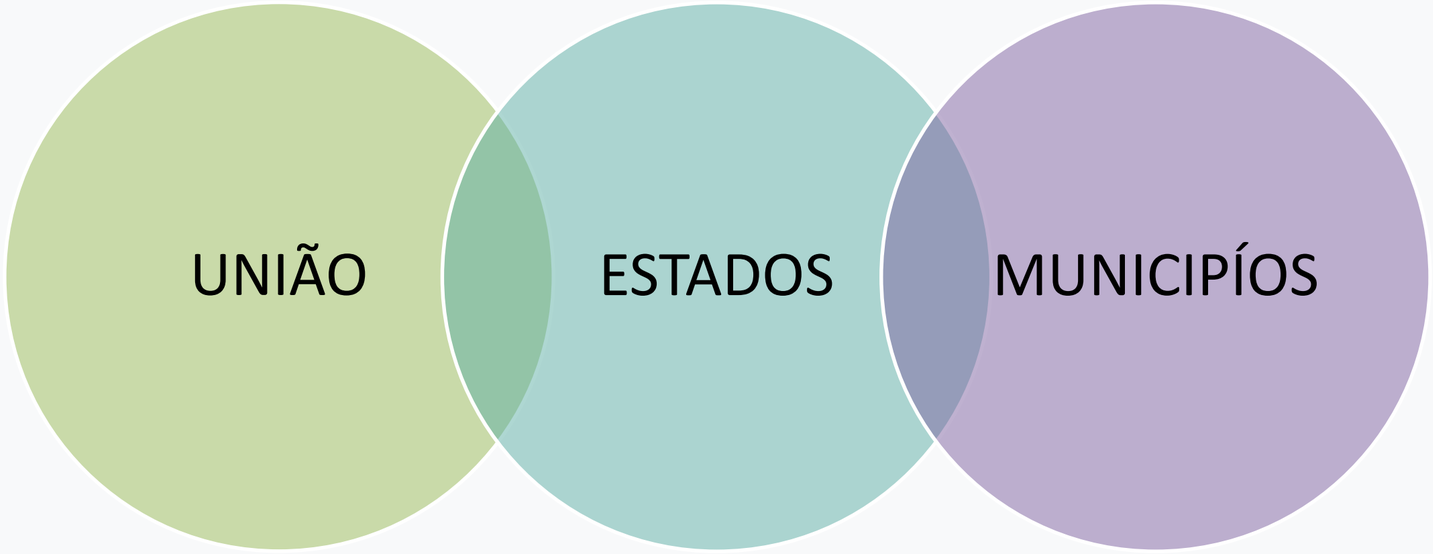
Equipe multiprofissional – Atenção Básica.

BRASIL.; 2017

POLITICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA

FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA

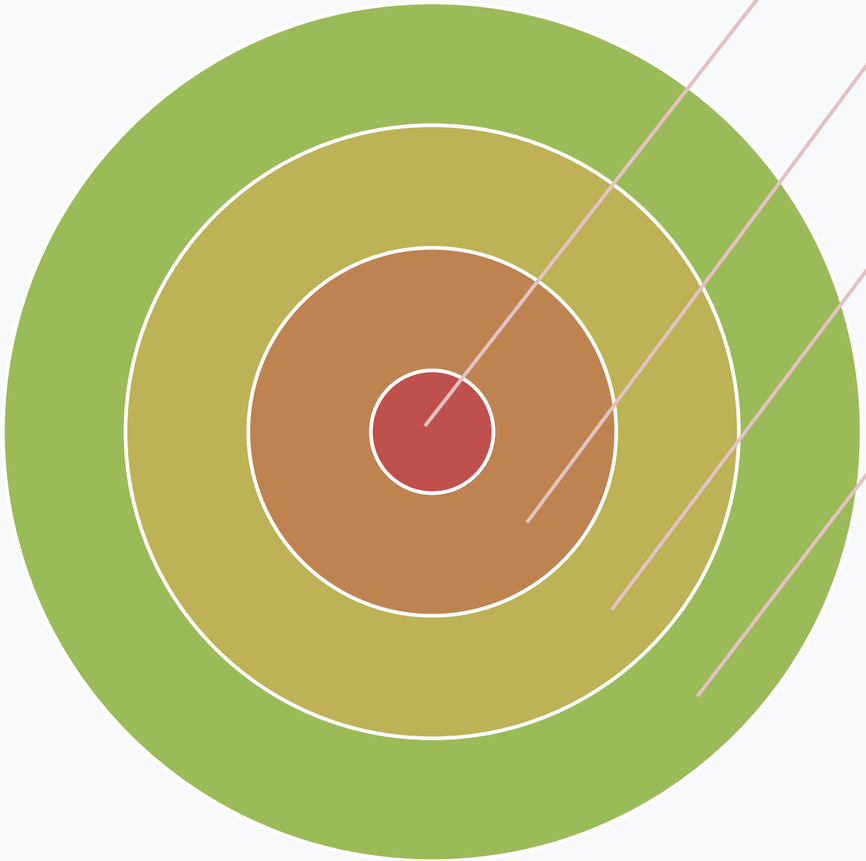
O financiamento da Atenção Básica deve ser tripartite e com detalhamento apresentado pelo Plano Municipal de Saúde garantido nos instrumentos conforme especificado no Plano Nacional, Estadual e Municipal de gestão do SUS.



BRASIL.; 2017

POLITICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA

FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA



A portaria nº 3.493/2024 institui a nova metodologia de cofinanciamento federal da APS. O novo financiamento organiza os repasses federais considerando:

BRASIL.; 2017

FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA

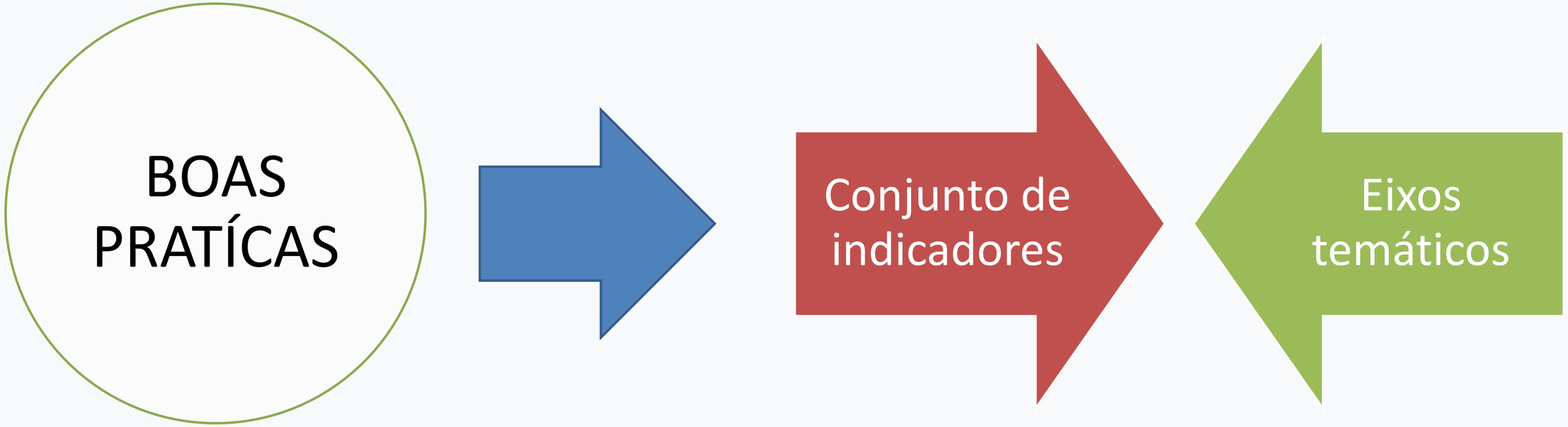
EQUIDADE	Valor mensal por equipe, definido conforme classificação do município no índice de equidade e dimensionamento (IED), que considera vulnerabilidade social e porte populacional.
VÍNCULO E ACOMPANHAMENTO TERRITORIAL	Cadastro qualificado, acompanhado da população adscrita, características demográficas, vulnerabilidade social e satisfação dos usuários.
QUALIDADE	Resultados alcançados pelas equipes nos indicadores e classificação de desempenho
ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL	Custeio das equipes de saúde bucal e de serviços odontológicos previstos na regulamentação.
IMPLANTAÇÃO E MANUTENÇÃO DAS EQUIPES, SERVIÇOS E PROGRAMAS	Incentivos para eMulti, ACS, Consultório na Rua, equipes ribeirinhas, Saúde na escola, entre outras estratégias previstas.

BRASIL.; 2017

POLITICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA

FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA

A Portaria GM/MS Nº 7.799/2025 detalha a metodologia de cofinanciamento federal, que agora considerará a **população cadastrada** nas equipes de Saúde da Família (eSF) e de Atenção Primária (eAP), a **vulnerabilidade socioeconômica** dos municípios e a capacidade de pagamento dos entes federativos. Essa abordagem visa uma **distribuição mais equitativa** e eficiente dos recursos, focando nas necessidades reais de cada localidade.



BRASIL.; 2017

REFERÊNCIAS

BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: https\://www\.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 20 out. 2026.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: https\://www\.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 20 out. 2026.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: https\://www\.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 20 out. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https\://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 20 out. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https\://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017_comp.html. Acesso em: 20 out. 2026.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 588, de 12 de julho de 2018. Institui a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS). Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, 2018. Disponível em: https\://bvs.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2018/res0588_13_08_2018.html. Acesso em: 20 out. 2026.

FUNDAÇÃO FAFIPA

OBRIGADA

Prof. Dra. Rebeca Souza

TERRITÓRIO E TERRITORIALIZAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE

FORMAÇÃO FUNDAÇÃO FAFIPA
ACS, ACE E ACE Educador em Saúde

Profª Drª Neide Derenzo



TERRITÓRIO

FUNDAÇÃO FAFIPA

O conceito de território contribuiu para transformar a organização do cuidado.

ANTES:

atenção centrada na doença.





ATUALMENTE:

atenção voltada aos determinantes sociais e às condições de saúde.



TERRITÓRIO:

espaço ocupado, utilizado e organizado pelas pessoas, cujas condições de vida podem favorecer ou dificultar a saúde e influenciar a transmissão de doenças.

IMPORTÂNCIA:

compreender a realidade da população e os fatores sociais e ambientais que influenciam sua saúde.

(Brasil, 2018; Santos, 2003)

TERRITÓRIO

Vai além das questões geográficas, incluindo o conjunto de relações sociais, comportamentais e psicológicas que o indivíduo estabelece

Espaço vivo e dinâmico, onde as pessoas estudam, trabalham, estabelecem relações e redes sociais, mantêm estilos de vida, hábitos, crenças e sua cultura

Território como espaço histórico e em construção

FUNDAÇÃO FAFIPA

TERRITÓRIO

Resultado das relações entre sociedade, espaço e tempo, construído historicamente e em constante transformação.

HISTORICIDADE

- Resulta de processos históricos de ocupação e uso do espaço.
- É construído ao longo do tempo pelas relações sociais.

DEMOGRÁFICOS, EPIDEMIOLÓGICOS E TECNOLÓGICOS

- Considera o perfil da população (tamanho, faixa etária, migração).
- Analisa a situação de saúde, riscos e agravos.
- Inclui o acesso a tecnologias e inovações.

RELAÇÕES DE PODER

- Envolve relações sociais, políticas e institucionais.
- Influencia a organização do espaço e as condições de vida da população.

ASPECTOS SÓCIOCULTURAIS

- Envolve valores, cultura, costumes e modos de vida.
- Influencia a forma de ocupação do espaço e as práticas de saúde da população.

ASPECTOS ECONÔMICOS

- Relaciona-se às atividades econômicas do território.
- Influencia o trabalho, a renda e as oportunidades da população.

ASPECTOS POLÍTICOS ADMINISTRATIVOS

- Inclui a organização político-administrativa do território.
- Define o acesso a serviços, políticas públicas e infraestrutura.

Fonte: DAB/MS.

FUNDAÇÃO FAFIPA

1. Conhecer o território

Identificar as condições de vida, os determinantes sociais e os riscos à saúde da população.

01

2. Identificar vulnerabilidades

Reconhecer grupos de risco e os principais problemas de saúde presentes na comunidade.

02

3. Integrar AB e VS

Desenvolver ações conjuntas para enfrentar os problemas de saúde do território.

03

4. Organizar o processo de trabalho

Planejar as ações de acordo com as necessidades e a realidade local.

04

5. Prevenir e controlar doenças

Identificar riscos, agravos e situações que possam comprometer a saúde da população.

05

6. Promover e proteger a saúde

Planejar intervenções que melhorem as condições de saúde da comunidade.

06

7. Incorporar a VS ao cotidiano da equipe

Utilizar as informações do território para identificar problemas e orientar as ações de saúde.

07



TERRITORIALIZAÇÃO

BASE PARA A ORGANIZAÇÃO DAS AÇÕES DE ATENÇÃO BÁSICA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE NO TERRITÓRIO

COMO POSSO CONHECER O MEU TERRITÓRIO?

FUNDAÇÃO FAFIPA

Ferramentas que apoiam o processo de territorialização

1 Diagnóstico comunitário

- **Cadastramento** das pessoas;
- **Conhecer** a situação de saúde;
- **Organização social** do território;
- **Economia local;**
- **Mapear** os serviços de saúde, educação, saneamento, assistência social e segurança pública, entre outros que identificarem como importante.

2 Classificação de risco comunitário

- Utilizar ferramenta para **classificação de risco;**
- Sugestão: **escala de Coelho e Savassi;**
- Levantar os agravos populacionais e classificar o risco por pontuação.

3 Divisão de áreas por risco

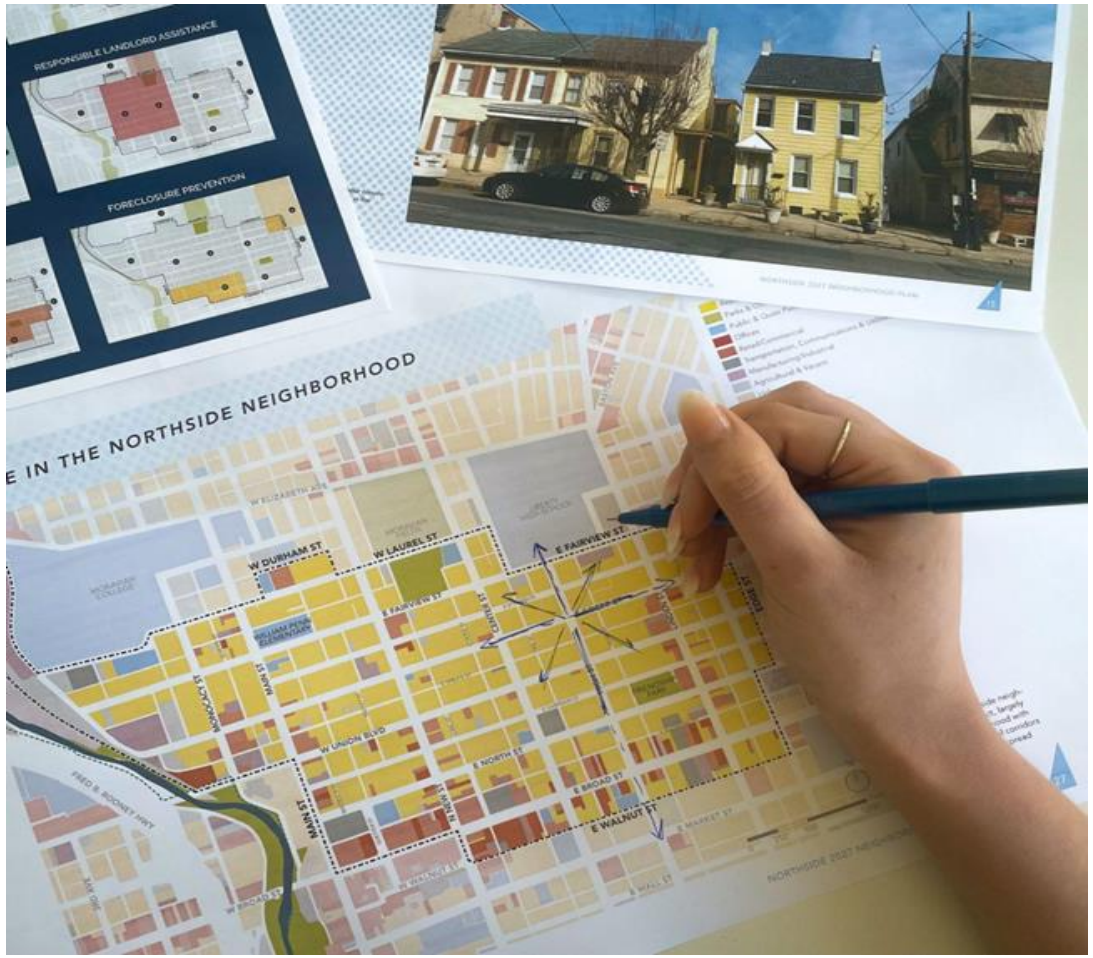
- Aplicação das fórmulas para **decisão de áreas** considerando o risco das famílias;
- Organizar as áreas em **blocos** e distribuir em **microáreas.**

4 Cartografia

- Confeccionar **mapa do território** com dados socioambientais e sanitários, que permitam um melhor foco nos problemas;
- Aplicação do risco em **mapa analógico,** com riscos individuais e coletivos.

Fonte: Adaptado de Coelho; Savassi (2004).

Mapa ANALÓGICO



CARTOGRAFIA

É a **representação do território** por meio de um mapa, utilizando informações socioambientais e sanitárias, que permite identificar os problemas, os riscos e as vulnerabilidades da área.

O que inclui?

- Localização das ruas e limites da área de abrangência.
- Equipamentos e serviços existentes (UBS, escolas, creches, igrejas, etc.).
- Condições socioambientais (eixos de risco: saneamento, áreas de alagamento, terrenos baldios, áreas de lixo, etc.).
- Distribuição das famílias e classificação de risco.
- Identificação de vulnerabilidades individuais e coletivas.

Exemplo de mapa (cartografia) de uma área de UBS



Legenda

- Limite da área de abrangência da UBS
- Família em alto risco
- Família em risco moderado
- Família em baixo risco
- UBS
- Escola
- Igreja
- Praça/área verde
- Terreno baldio/área de lixo
- Rio/córrego
- Ruas
- Área de vegetação

Para que serve?

- Identificar os principais problemas e riscos do território.
- Planejar as ações de saúde de forma direcionada.
- Apoiar a decisão sobre a divisão de áreas, organização em microáreas e alocação de recursos.
- Monitorar e avaliar a situação de saúde da população.

Fonte: Adaptado de Coelho; Savassi (2004).

Area de abrangência



Conceito

A **área de abrangência** é o espaço geográfico delimitado para a atuação da equipe de Atenção Primária à Saúde (eSF), onde são desenvolvidas ações de promoção, prevenção, cuidado e acompanhamento das pessoas e famílias.



Objetivo

Garantir que todas as pessoas que vivem na área de abrangência sejam conhecidas, acompanhadas e tenham acesso aos serviços de saúde, de acordo com suas necessidades, considerando as características e demandas do território.



Características

- Delimitada a partir de **critérios territoriais, populacionais, sociais e ambientais.**
- Inclui as **microáreas** dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS).
- Considera o número de **famílias e pessoas** cadastradas no território.
- Pode ser **urbana, rural ou mista**, conforme as características do município.
- É **dinâmica** e pode ser revisada conforme mudanças no território.



Importância

- Favorece o **conhecimento** da **realidade** de vida da população.
- Contribui para a identificação de **vulnerabilidades** e **riscos** no território.
- Facilita a **organização** do processo de trabalho da equipe de saúde.
- Permite o **planejamento** das ações de saúde.
- Garante o **acompanhamento contínuo** das pessoas e famílias.
- Auxilia no **monitoramento e avaliação** dos resultados.

O que são as microáreas?



As **microáreas** são **partes menores** da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde (UBS), sob responsabilidade de cada **Agente Comunitário de Saúde (ACS),** para o acompanhamento das famílias e pessoas que vivem no território.



Características

- Definidas a partir de **critérios territoriais, populacionais, sociais e ambientais.**
- Cada microárea possui um **ACS responsável.**
- Considera o número de **famílias e pessoas cadastradas** no território.
- Pode ser **urbana, rural ou mista,** conforme as características do município.
- Possui **limites geográficos definidos** (ruas, bairros, comunidades, entre outros).



Objetivo

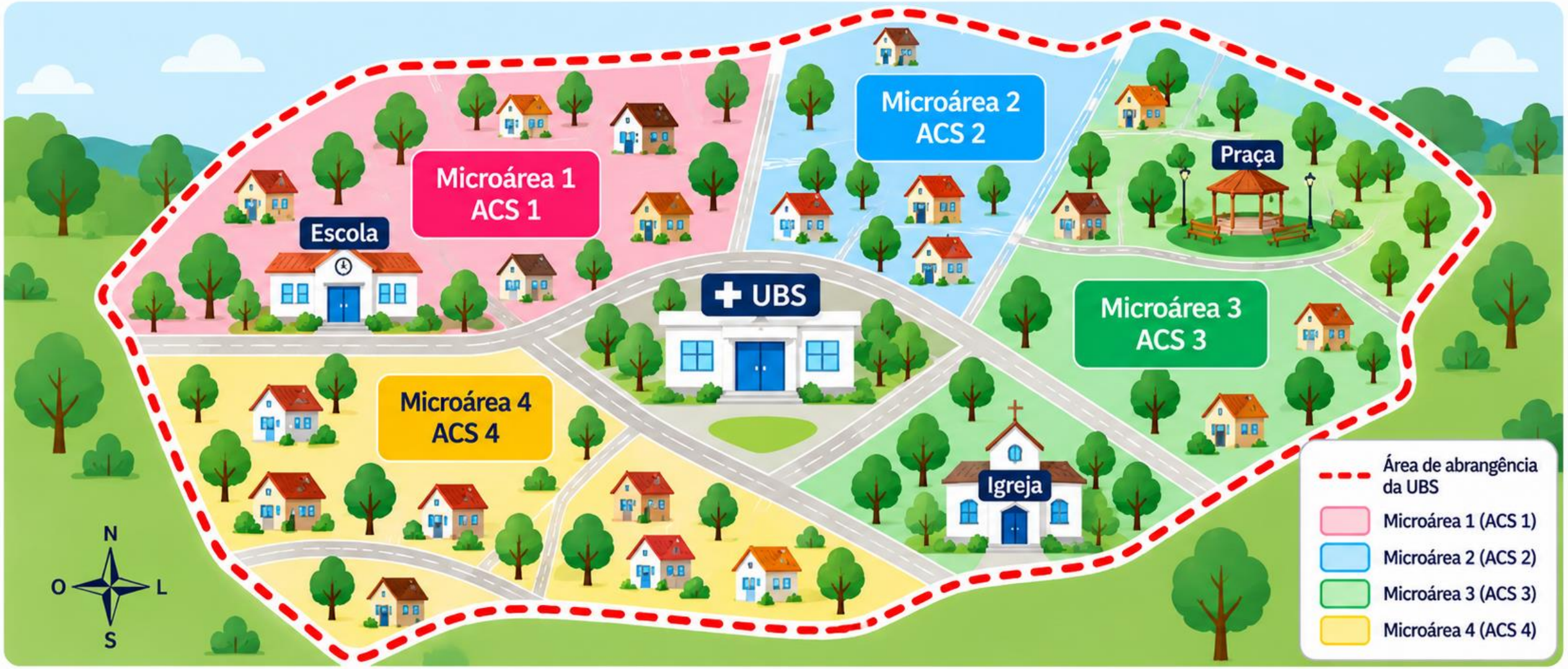
- **Organizar o território** em áreas menores para facilitar o trabalho do ACS.
- Garantir que **todas as famílias e pessoas sejam conhecidas, cadastradas e acompanhadas.**
- Permitir o **planejamento** das **ações** de **saúde** de acordo com as necessidades de cada microárea.
- Favorecer o **acesso da população** aos **serviços** da Atenção Primária à Saúde.



Importância

- Facilita o **conhecimento da realidade** de vida da população.
- Contribui para a identificação de **vulnerabilidades e riscos** no território.
- Permite o **acompanhamento contínuo** das famílias e pessoas.
- Apoia o **planejamento, a organização** e a **avaliação** do trabalho da equipe de saúde.
- Fortalece o **vínculo** entre a equipe de saúde e a comunidade.

Exemplo de área de abrangência com microáreas



O conhecimento da área de abrangência e de suas microáreas permite o **planejamento**, a **organização do trabalho** e o melhor **acompanhamento das necessidades de saúde** da população.

Características da população do território

Dados demográficos



- Número de habitantes.
- Distribuição por sexo e faixa etária.
- Composição familiar (tamanho e tipo de família).
- Presença de grupos específicos (crianças, adolescentes, idosos, gestantes, pessoas com deficiência, entre outros).
- Crescimento populacional e migração.

Condições de saúde



- Principais doenças e agravos (DCNT, doenças infecciosas, saúde mental, entre outros).
- Cobertura vacinal.
- Saúde da mulher, da criança, do idoso e de outros grupos prioritários.
- Uso de medicamentos e necessidades de cuidado contínuo.
- Situações de risco à saúde da população.

Condições socioeconômicas



- Renda familiar.
- Escolaridade.
- Situação de emprego e desemprego.
- Condições de trabalho (formal e informal).
- Benefícios sociais e programas de transferência de renda.
- Desigualdades sociais.

Condições de moradia e ambiente



- Tipo de moradia (casa, apartamento, outra).
- Saneamento básico (água, esgoto, lixo).
- Abastecimento de água.
- Coleta de lixo.
- Risco ambiental (áreas de risco, inundações, terrenos baldios, presença de vetores, entre outros).
- Qualidade do ambiente e condições de habitabilidade.

Características da população do território

Composição e organização social



- Presença de grupos comunitários (associações, conselhos, lideranças, igrejas, entre outros).
- Participação social e organização comunitária.
- Redes de apoio e solidariedade.
- Grupos específicos (crianças, adolescentes, idosos, pessoas com deficiência, povos e comunidadse tradicionais).

Cultura, hábitos e estilo de vida



- Alimentação e hábitos alimentares.
- Atividade física e lazer.
- Uso de álcool, tabaco e outras drogas.
- Práticas culturais e religiosas.
- Costumes, tradições e festas da comunidade.
- Percepções e valores relacionados à saúde e ao cuidado.

Acesso aos serviços e equipamentos sociais



- Acesso à Unidade Básica de Saúde (UBS).
- Acesso a outros serviços de saúde (especialidades, urgência e hospitalar).
- Escola, creche e equipamentos de educação.
- Equipamentos de assistência social (CRAS, CREAS, etc.).
- Espaços de lazer (praças, parques, esportes).
- Transporte público e mobilidade.
- Outros serviços (bancos, comércio, instituições, etc.).

Vulnerabilidades e potencialidades



- Situações de risco social e violência.
- Áreas de maior vulnerabilidade (pobreza, exclusão, insegurança alimentar, áreas de risco, etc.).
- Recursos e potencialidades da comunidade (projetos, iniciativas locais, lideranças).
- Redes de apoio existentes.
- Oportunidades para o desenvolvimento de ações de saúde.

Como realizar?

1. **Planejar**
   Definir o que será mapeado e como será feito (caminhada no território, uso de mapas, registros).

2. **Observar**
   Percorrer a área, conversar com a comunidade, observar as condições locais.

3. **Registrar**
   Utilizar croquis, mapas, fichas, fotos e anotações.

4. **Analisar**
   Identificar principais problemas, riscos, recursos e potencialidades.

5. **Atualizar**
   Manter o mapeamento sempre atualizado.

Quem participa?



- ACS, ACE e ACE Eduıador em Saúde.
- Equipe da Unidade Básica de Saúde.
- Comunidade (moradores, lideranças locais).
- Outros parceiros (escola, assistência social, entre outros).

Importância



- Auxilia no planejamento das ações.
- Favorece o cuidado integral e contínuo.
- Permite identificar e priorizar problemas.
- Fortalece o vínculo com a comunidade.
- Contribui para a redução das desigualdades e melhoria da qualidade de vida.

Mapeamento do território

O que é?

É o processo de identificar e registrar, de forma sistematizada, as **características do território, conhecendo as pessoas, os lugares, os serviços, os recursos, as vulnerabilidades e as potencialidades** existentes na área de atuação da equipe.



Qual o objetivo?

- Conhecer a realidade da área.
- Planejar ações de saúde mais adequadas às necessidades da população.
- Identificar situações de risco e vulnerabilidade.
- Fortalecer a organização do trabalho da equipe.
- Contribuir para a melhoria das condições de vida e saúde da comunidade.

Quem participa?

- ACS, ACE e ACE Educador em Saúde.
- Equipe da Unidade Básica de Saúde.
- Comunidade (moradores, lideranças locais).
- Outros parceiros (escola, assistência social, entre outros).

Mapeamento de riscos e vulnerabilidades do território

O mapeamento de riscos e vulnerabilidades do território circunscrito a uma UBS deve basear a **classificação e estratificação de risco**, analisando os **riscos individuals e coletivos** de cada família.

Aspectos que devem ser analisados

1. **Perfil epidemiológico da população** (principais agravos e situação de saúde).
2. **Perfil sociodemográfico da população** (composição familiar, faixa etária, escolaridade, condições de moradia, entre outros).
3. **Perfil das atividades econômicas** existentes no território e os riscos advindos dessas atividades.
4. **Sazonalidade de doenças** (ex.: dengue, doenças respiratórias, entre outras).
5. **Ciclos produtivos** (ex.: agricultura, colheita, períodos de trabalho).
6. **Ciclos de vida** (crianças, adolescentes, adultos, idosos).
7. **Ocorrência de surtos, epidemias ou eventual situação de emergência em saúde pública.**
8. **Lacunas na oferta de serviços de saúde:** Verificar se os serviços, profissionais e recursos disponíveis são suficientes para atender às necessidades da população, identificando áreas com dificuldade de acesso e necessidades não atendidas para orientar a composição das microáreas e a distribuição de recursos, considerando as vulnerabilidades do território.

Fonte: Adaptado de Coelho; Savassi (2004); Ribeiro et al. (2017); Pinto; Rocha (2016).

Mapeamento de riscos e vulnerabilidades do território

Importância do mapeamento

FUNDAÇÃO FAFIPA

- Subsidia o **diagnóstico** e o **planejamento** das ações de saúde.
- Promove a **reflexão da equipe** frente às diversas situações de saúde do território.
- Contribui para elaborar **intervenções coerentes** com a realidade local.
- Qualifica e apoia a **gestão da informação** na Atenção Básica e na Vigilância em Saúde.
- Permite **monitorar e avaliar** indicadores e informações em saúde a partir da dimensão espacial.
- Contribui para **melhorar a qualidade da atenção à saúde** da população.

Na **Estratégia Saúde da Família,** o mapeamento apoia o diagnóstico, o planejamento das atividades de campo e a **qualificação da atenção à saúde**.

Fonte: Adaptado de Coelho; Savassi (2004); Ribeiro et al. (2017); Pinto; Rocha (2016).

Instrumentos para a estratificação de risco

Existem alguns **instrumentos específicos** que auxiliam na coleta e sistematização das informações por meio da **estratificação**, que significa agrupar, segundo uma ordem ou um critério.

Escala de Coelho e Savassi

A Escala de Coelho e Savassi é um instrumento que auxilia na avaliação do **risco de vulnerabilidade familiar, principalmente social**, e se baseia em **sentinelas de risco** que devem ser avaliadas pela **equipe de saúde**, em especial pelos **ACS** por estarem mais próximos às famílias e realizarem visitas domiciliares.

É importante para identificar a visão dos membros da família e os aspectos que revelem **dificuldades, conflitos e potencialidades** que permitam a classificação da situação de risco.

Fonte: Adaptação da Escala de Coelho; Savassi (2004).

Escala de Vulnerabilidade Familiar de Coelho-Savassi

Instrumento de estratificação de risco familiar para priorização das ações no território

Sentinela de risco	Escore
Pessoa acamada	3
Deficiência física	3
Deficiência mental/intelectual	3
Baixas condições de saneamento	3
Desnutrição grave	3
Uso abusivo de álcool e outras drogas	2
Desemprego	2
Analfabetismo	1
Criança menor de 6 meses	1
Pessoa maior de 70 anos	1
Hipertensão arterial sistêmica	1
Diabetes mellitus	1
Relação morador/cômodo maior que 1	3
Relação morador/cômodo igual a 1	2
Relação morador/cômodo menor que 1	0

Classificação do risco familiar

R0	**0 – 4 pontos** Vulnerabilidade habitual
R1	**5 – 6 pontos** Risco menor
R2	**7 – 8 pontos** Risco médio
R3	**9 pontos ou mais** Risco máximo

A classificação pode variar entre versões adaptadas; confirme o protocolo adotado pelo município.

Fonte: Coelho; Savassi (2004). Adaptação consultada: Ministério da Saúde, Anexo B – Instrumento de estratificação de risco de Coelho-Savassi.

Marcadores de Risco

Escore de risco = 3	Escore de risco = 2	Escore de risco = 1
Acamado	Drogadição	Analfabetismo
Deficiências (física e mental)	Desemprego	Menor de 6 meses
Desnutrição (grave)	Relação Morador/Cômodo (3, 2, ou 1)	Maior de 60 anos
Baixas condições de saneamento		Hipertensão arterial
		Diabetes *Mellitus*

Fonte: Adaptação da Escala de Coelho; Savassi (2004).

Classificação de risco familiar

Escore total	Risco familiar
5 ou 6	R 1 – Risco leve
7 ou 8	R 2 – Risco moderado
Acima de 9	R 3 – Risco grave

Fonte: Adaptação de Coelho; Savassi (2004).

Anexo B – Instrumento de estratificação de risco de Coelho-Savassi

Dados da ficha A – Sistema de Informação da Atenção Básica Siab (Sentinelas de Risco)	Escore de risco	Família 01	Família 02	Família 03	Família 04
Acamado	3				
Deficiência física	3				
Deficiência mental	3				
Baixas condições de saneamento	3				
Desnutrição grave	3				
Drogadição (uso abusivo de álcool e outras drogas)	2				
Desemprego	2				
Analfabetismo	1				
Indivíduo menor de 6 meses de idade	1				
Indivíduo maior de 70 anos de idade	1				
Hipertensão arterial sistêmica	1				
Diabetes *mellitus*	1				
Relação morador/ cômodo maior que 1	3				
Relação morador/ cômodo igual a 1	2				
Relação morador/ cômodo menor que 1	0				
Total					

Escore total	Risco familiar
5 e 6	R1- risco menor
7 e 8	R2- risco médio
Acima de 9	R3- risco máximo

Fonte: adaptação de SAVASSI, L. C. M; LAGE, J. L; COELHO, F. L. G. Sistematização de instrumento de estratificação de risco familiar: a Escala de Risco Familiar de Coelho-Savassi, **Journal of Management & Primary Health Care**, v. 3, n. 2, p. 179-185, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE

DIRETRIZ NACIONAL PARA ATUAÇÃO INTEGRADA DOS

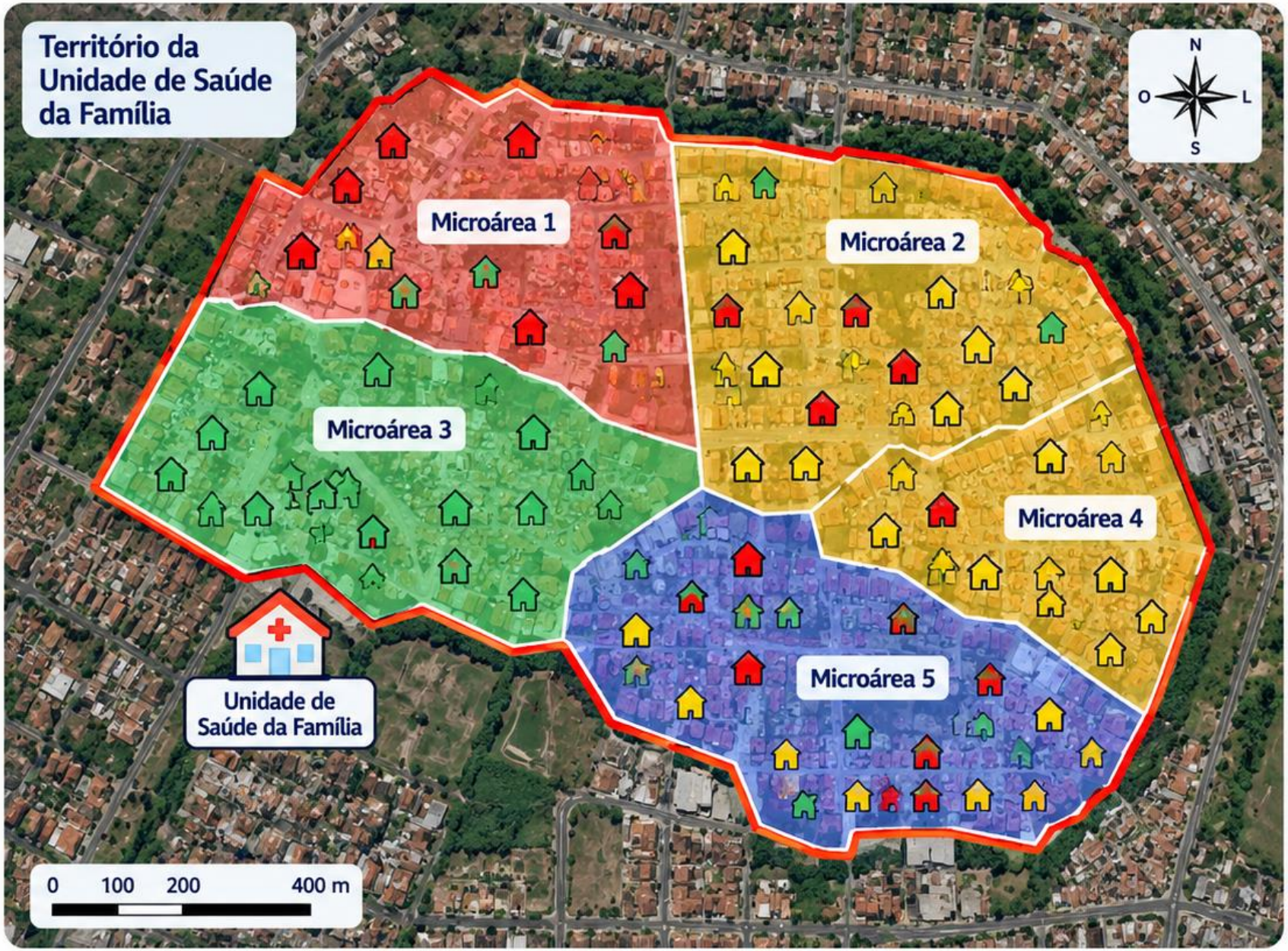
AGENTES DE COMBATE ÀS ENDEMIAS E AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NO TERRITÓRIO



Brasília DF 2025

DISTRIBUIÇÃO GRATUITA
VENDA PROIBIDA

Exemplo de mapa de território por estratificação de risco



Estratificação de risco das famílias

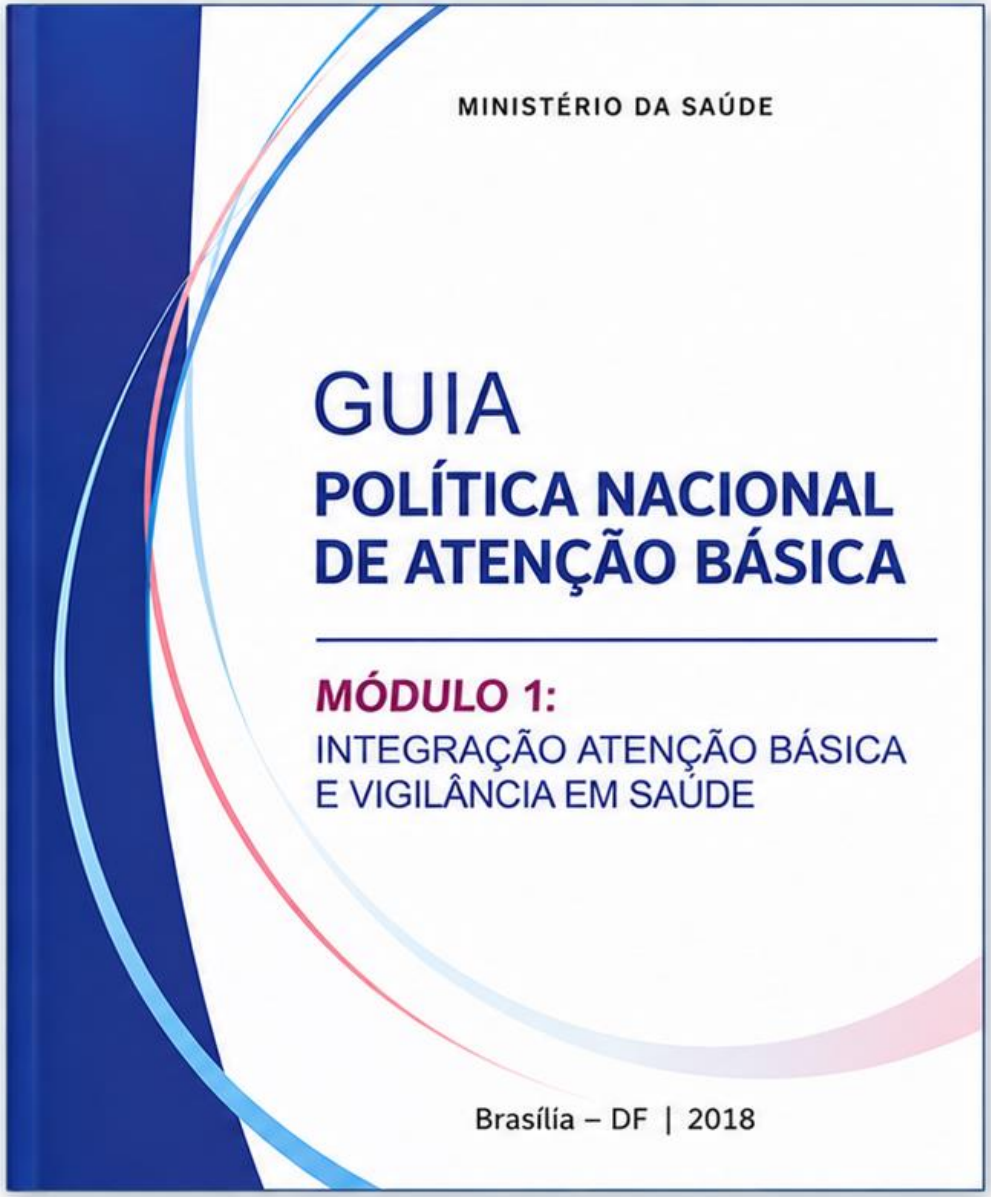
- Risco leve (R1) – 5 ou 6 pontos
- Risco moderado (R2) – 7 ou 8 pontos
- Risco grave (R3) – acima de 9 pontos

Microáreas do território

- Microárea 1
- Microárea 2
- Microárea 3
- Microárea 4
- Microárea 5

O mapa do território, construído por estratificação de risco, permite visualizar a distribuição das famílias segundo o nível de risco, auxiliando no planejamento das ações da equipe de saúde.

SUGESTÃO DE LEITURA



BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia Política Nacional de Atenção Básica – Módulo 1: Integração Atenção Básica e Vigilância em Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

Atenção Básica como principal porta de entrada

A PNAB reforça que a Atenção Básica deve ser a **principal porta de entrada** ao sistema de saúde e ser ofertada **integral e gratuitamente a todas as pessoas**, de acordo com suas necessidades e demandas do território, considerando os determinantes e condicionantes de saúde.



É **proibida qualquer exclusão** baseada em idade, gênero, raça/cor, etnia, crença, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, estado de saúde, condição socioeconômica, escolaridade, limitação física, intelectual, funcional e outras.

- Idade
- Gênero
- Raça/cor e etnia
- Crença
- Nacionalidade
- Orientação sexual
- Identidade de gênero
- Estado de saúde
- Condição socioeconômica
- Escolaridade
- Limitação física, intelectual, funcional e outras

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

Acolhimento e cuidado das pessoas em situação de vulnerabilidade

O acolhimento e as orientações devem considerar as necessidades das pessoas em situação de vulnerabilidade, promovendo um **cuidado humanizado, sem julgamento e com respeito,** para garantir o direito à **atenção integral à saúde com equidade.**

Principais grupos em situação de vulnerabilidade



Pessoas em situação de rua



Pessoas em uso de álcool, tabaco e outras drogas



Pessoas privadas de liberdade



Pessoas vivendo com HIV



Povos indígenas

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

Orientações para o cuidado



Estabelecimento de vínculo

Construir relações de confiança para possibilitar um cuidado humanizado, compreendendo a pessoa sem julgamento e com respeito.



Atenção integral e equidade

Garantir o direito à atenção integral à saúde para todas as pessoas, considerando suas especificidades e necessidades.



Acolhimento e orientações

Oferecer escuta qualificada, orientações e acompanhamento adequados às diferentes situações de vulnerabilidade.



Estratégias articuladas de cuidado

Utilizar estratégias para articulação e trabalho conjunto, dentro e fora da unidade de saúde, de forma intra e intersetorial.

Articulação intersetorial

É fundamental a participação de diversos setores para enfrentar as determinações sociais dos agravos e doenças e qualificar o cuidado.


Saúde

Assistência social


Sociedade civil


Habitação


Saneamento


Educação


Trabalho

Fonte: BRASIL, 2012.

Importância do registro correto das informações no e-SUS AB

Se as informações coletadas pelos ACS não forem registradas corretamente no e-SUS AB...



O registro correto garante o monitoramento das ações e o alcance das metas da Atenção Primária à Saúde.

Consequências da falta de registro ou registro incorreto no e-SUS AB

Metas não atingidas
Os indicadores ficam abaixo do esperado.

Impacto no financiamento
Pode haver redução dos recursos para a Atenção Primária.

Dificuldade no planejamento das ações
Informações incompletas prejudicam a identificação das necessidades da população.

Perda da qualidade da informação
Dados inconsistentes comprometem o monitoramento e a avaliação das ações.

Não alcance das metas pactuadas
Prejudica o desempenho da equipe e do município.

Sem o registro correto das informações coletadas pelos ACS no e-SUS AB, não será possível atingir as metas da Atenção Primária à Saúde.

Referências

Brasil. Ministério da Saúde. Mapeamento de Riscos e Vulnerabilidades do Território. Brasília – DF 2022. Ministério da Saúde Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Texto Complementar. https://conasems-ava-prod.s3.sa-east-1.amazonaws.com/ava/aulas/3-texto-complementar-territorio-1664280184.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigilancia-ambiental/diretriz-nacional-para-atuacao-dos-ace-e-acs-no-territorio.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 (Política Nacional de Atenção Básica)

Brasil. Ministério da Saúde. Diretriz Nacional para Atuação Integrada dos ACE e ACS no Território. Brasília, 2025.

Brasil. Ministério da Saúde. Diretriz Nacional para atuação Integrada dos Agentes de Combate às Endemias e Agentes Comunitários de Saúde no Território. Brasilia – DF. 2025. https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigilancia-ambiental/diretriz-nacional-para-atuacao-dos-ace-e-acs-no-territorio.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia Política Nacional de Atenção Básica: módulo 1 — integração Atenção Básica e Vigilância em Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. 68 p. ISBN 978-85-334-2653-5. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pnab_modulo1_integracao_atencao.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União: Brasília, DF, 22 set. 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia Política Nacional de Atenção Básica: módulo 1 — integração Atenção Básica e Vigilância em Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde). ISBN 978-85-334-1939-1. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica.pdf

SAVASSI, L. C. M; LAGE, J. L; COELHO, F. L. G. Sistematização de instrumento de estratificação de risco familiar: a Escala de Risco Familiar de Coelho-Savassi, Journal of Management & Primary Health Care, v. 3, n. 2, p. 179-185, 2012.

MATUO, D. M. C.; SILVA, J. A. O. P.; RIBEIRO, M. C. A implantação da equipe de saúde bucal e o papel do cirurgião dentista na estratégia saúde da família (ESF). Brazilian Journal of Health Review, v. 7, n. 5, p. e73129, 2024.

COELHO, Flávio Lúcio G.; SAVASSI, Leonardo Cançado Monteiro. Aplicação de escala de risco familiar como instrumento de priorização das visitas domiciliares. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 19–26, 2004. DOI: https://doi.org/10.5712/rbmfc1(2)104.

SANTOS, Milton; SILVEIRA, Maria Laura. O Brasil: território e sociedade no início do século XXI. 5. ed. Rio de Janeiro: Record, 2003.

PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). Ciência & Saúde Coletiva, v. 23, p. 1903-1914, 2018.

DETERMINANTES SOCIAIS NA SAÚDE, NA DOENÇA E NA INTERVENÇÃO

FUNDAÇÃO FAFIPA

Profª Drª Daniela Aparecida de Souza Nunes – Outubro de 2026

A BUSCA PELA SAÚDE
- Da história antiga à Agenda Pública Global-

- Desde tempos imemoriais, a humanidade busca compreender e intervir sobre a dor, o sofrimento, a incapacidade e a morte.
- Essa busca envolve tanto explicações racionais quanto percepções emocionais e espirituais.

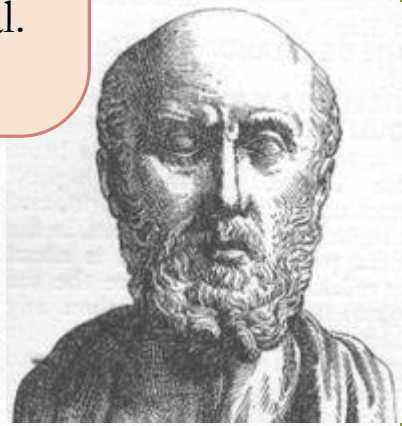
1) Saúde como preocupação milenar
2) Luta contra dor e morte
3) Mistura de explicações **objetivas** e **subjetivas**
4) Intervenção no mundo físico e no metafísico



A BUSCA PELA SAÚDE
- Da história antiga à Agenda Pública Global-

1)Transformações históricas no conceito de saúde
2)Avanços científicos e técnicos
3)Do conhecimento empírico à sistematização científica

**A luta contra a doença deixou de ser um assunto privado e passou a mobilizar saberes refinados, articulando ciência, tecnologia e políticas de saúde em escala global.



- Ao longo da história, diferentes marcos explicativos sobre saúde e doença surgiram, moldados pelos limites do conhecimento humano e pelas possibilidades de ação prática

A BUSCA PELA SAÚDE
- Da história antiga à Agenda Pública Global-

1) Saúde como questão coletiva
3) Produção e distribuição de conhecimentos
3)Interação entre biologia e contexto social

- ❑ Saúde como produção social
- ❑ Influência de **determinantes sociais**
- ❑ Decisões políticas impactando o bem-estar humano

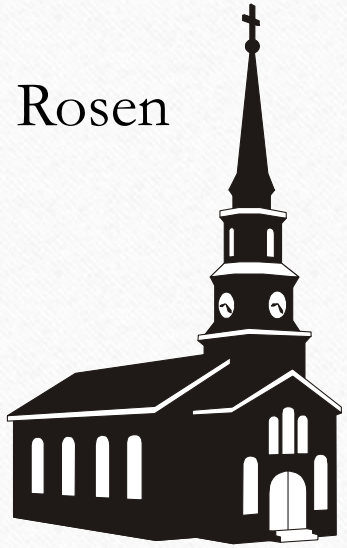
❖ Na atualidade, a saúde ocupa posição central na agenda pública mundial, sendo entendida como uma produção social complexa.

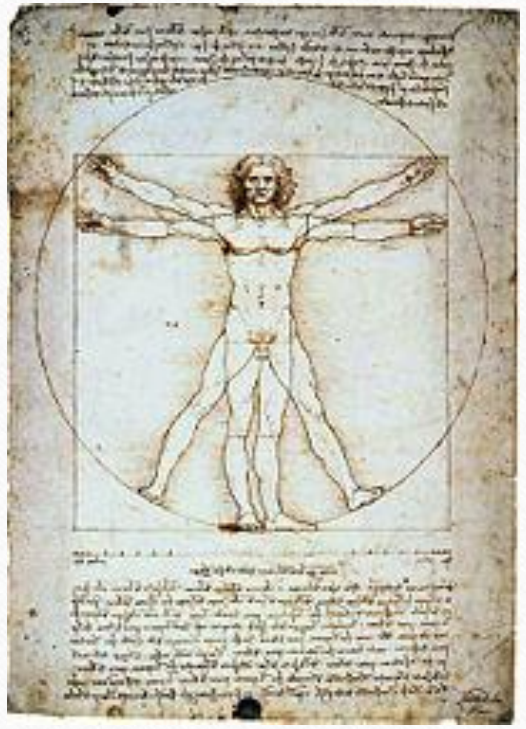
DETERMINANTES EM SAÚDE
- Antecedentes remotos -

A doença é mais antiga que o homem, é tão antiga como a vida, porque é um atributo da própria vida.

George Rosen









DETERMINANTES EM SAÚDE
- História do Processo Saúde-Doença -

- O entendimento da saúde e da doença sempre foi influenciado por múltiplos fatores: físicos, metafísicos, naturais, sociais, individuais e coletivos

- Diversos fatores determinantes
- Visão ontológica: doença como entidade
- Visão funcionalista: desequilíbrio interno ou externo
- Combinação de conceitos conforme época e sociedade

- O desenvolvimento das práticas e conhecimentos em saúde não seguiu linha reta: houve progressos, mas também períodos de estagnação ou retrocesso

  - Conhecimento não linear
  - Influência de crenças e modelos dominantes
  - Idas e vindas conforme contexto histórico

PROCESSO SAÚDE-DOENÇA
- Antiguidade Clássica – Explicação metafísica -

- A doença era atribuída à vontade dos deuses. As terapias eram mágicas, ritualísticas e espirituais, com foco em paz e equilíbrio

- Oferendas, poções e sacrifícios
- Templos como hospitais do espírito
- Busca da integração corpo-natureza

Teoria ou Concepção Mágico-Religiosa

PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

- Hipócrates e o pensamento científico -

- Na Idade Clássica, Hipócrates introduziu a observação clínica e da natureza, fundando a medicina ocidental.

- Abandono parcial do misticismo
- Método baseado em observação
- Início da tradição científica na medicina



PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

- Baixa Idade Média – Retrocesso e religiosidade punitiva -



- Com o cristianismo monoteísta, doenças eram vistas como punições divinas

- Males como castigo por pecados
- Terapêuticas: penitência, castigos, fogueira
- Epidemias associadas a "bodes expiatórios"
- Estagnação do conhecimento sanitário

PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

- Teoria dos miasmas e primeiras políticas de saúde -

- Atribuía-se a origem das epidemias à insalubridade ambiental, o que estimulou medidas coletivas de proteção.

✓Doença era atribuída a presença de miasmas – maus-ares (meio ambiente) - Poluição

- Ambientes insalubres como foco de contágio
- Defesa contra miasmas
- Base para políticas sanitárias iniciais

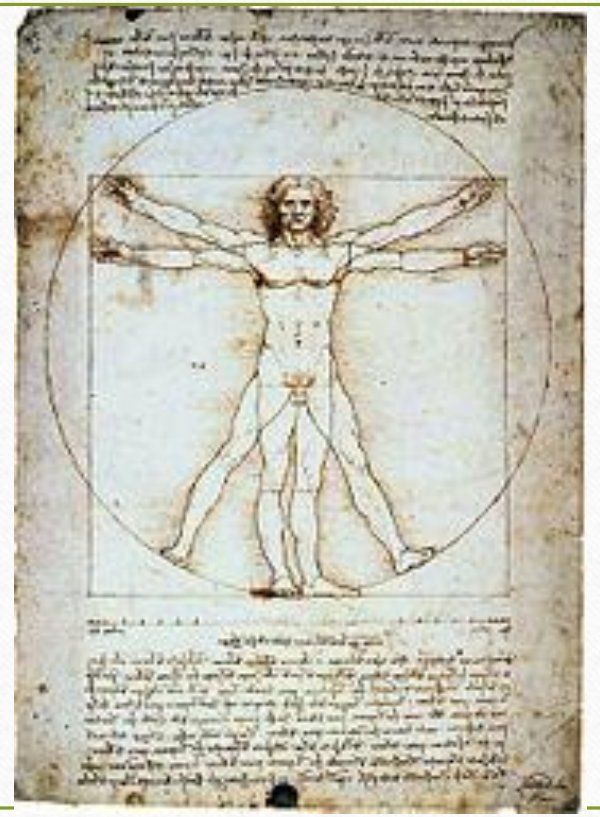
Teoria dos Miasmas

PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

- Renascimento e mudança de visão -

- O pensamento racional e a observação sistemática começaram a questionar explicações puramente religiosas para as doenças.

- Avanço da observação sobre fatores externos
- Primeiras teorias sobre contágio
- Centralidade nas epidemias

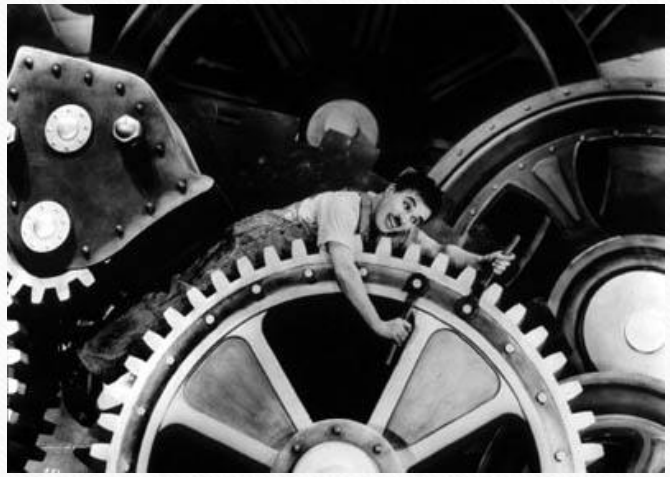


PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

- Modernidades e políticas públicas -

- Com a formação dos Estados Nacionais e avanços no pensamento científico, surgiram ações regulatórias do Estado em prol da saúde coletiva.

- Desnaturalização do mundo
- Transformações econômicas e sociais
- Intervenção estatal regulatória
- Saúde como bem comum



PROCESSO SAÚDE-DOENÇA
- SÉCULO XIX -



Teoria do Contato ou Contágio



Teoria Bacteriológica

MODELO UNICAUSAL →

- ✓Teoria Mágico-religiosa
- ✓Teoria dos Miasmas
- ✓Teoria do contato ou contágio
- ✓Teoria dos germes ou Bacteriológica

↓

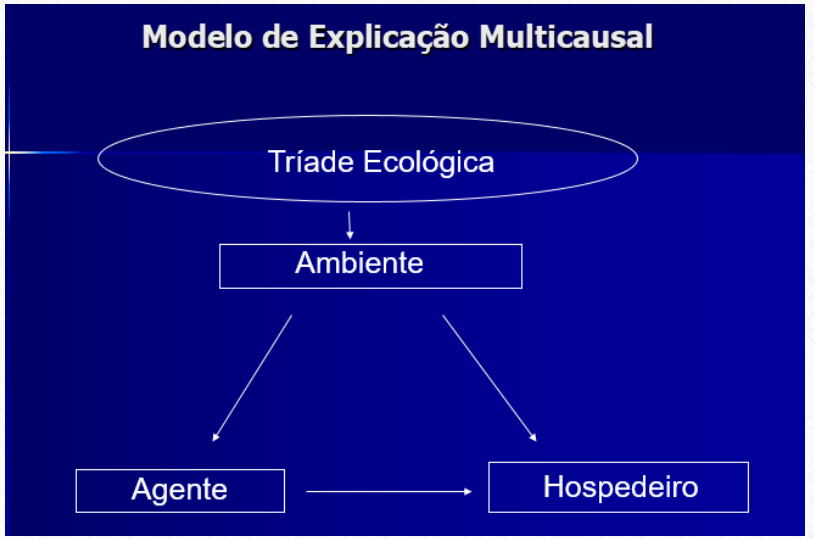
Uma causa – um efeito

PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

- A evolução do pensamento em saúde -

- A história revela que o entendimento do processo saúde-doença é fruto de uma interação complexa entre ciência, sociedade, cultura e política, marcada por avanços e retrocessos.

- Influência de fatores múltiplos
- Alternância entre misticismo e ciência
- Consolidação das políticas públicas



MODELOS DE CAUSALIDADE E MODELOS DE INTERVENÇÃO

- Medicina Social

- A saúde e a doença não podem ser entendidas apenas como questões biológicas; elas também refletem condições sociais, econômicas e culturais.



- Determinações sociais do processo saúde-doença
- Influência do modo de produção e das condições de vida
- Perfis de saúde variam entre grupos sociais

MODELOS DE CAUSALIDADE E MODELOS DE INTERVENÇÃO

- Modelo da história natural da doença -

- **O modelo de Leavell e Clark (1976)**
  Sistematiza a intervenção humana sobre o processo saúde-doença em quatro dimensões: promoção, prevenção, cura e reabilitação, organizadas dentro do conceito de "História Natural da Doença"..

- ✓ Modelo mais conhecido e abrangente
- ✓ Base para políticas e ações de saúde
- ✓ Composto por dois períodos: pré-patogênico e patogênico

- **Período de Pré-patogênese**
  - A doença ainda não se manifestou, mas as condições para seu aparecimento já existem no ambiente ou no patrimônio biológico do indivíduo.

- **Período de Patogênese**
  - A doença já pode ser reconhecida clinicamente e receber intervenções para frear ou modificar seu curso.

PROCESSO SAÚDE-DOENÇA-





Necessidade de um conceito ampliado de saúde

Não é apenas ausência de doença

A saúde envolve bem-estar físico, mental e social e condições para viver com dignidade.

Condições de vida

Alimentação, moradia, educação, transporte, lazer, segurança, trabalho e renda influenciam a saúde.

Resposta coletiva

Políticas públicas e participação social são necessárias para enfrentar problemas que ultrapassam o cuidado individual.

Ideia-chave: os modos de adoecer e viver são influenciados por fatores sociais, econômicos, ambientais e culturais.

HISTÓRIA SOCIAL DA DOENÇA

- Modelo do Campo da Saúde -

Inspirado na reforma canadense dos anos 1970, propõe **Quatro determinantes principais da saúde.

1. Patrimônio biológico
2. Condições sociais, econômicas e ambientais
3. Estilo de vida
4. Intervenções médico-sanitárias

Campo da saúde: múltiplos determinantes

Biologia humana

Herança, maturidade e envelhecimento

Estilos de vida

Padrões de consumo, lazer e hábitos

Ambiente

Condições físicas, sociais e mentais

Serviços de saúde

Organização, acesso, prevenção e recuperação

A saúde resulta da interação entre fatores; respostas isoladas nem sempre enfrentam a complexidade dos problemas.

DETERMINANTES E DESIGUALDADES SOCIAIS
- Acesso e utilização de Serviços de Saúde -

**A equidade no acesso à saúde é princípio fundamental dos sistemas de saúde, especialmente no Brasil, com o SUS. Compreender os determinantes sociais é essencial para analisar desigualdades no uso de serviços

- ❑ **Princípio da equidade na saúde**
- ❑ **SUS: universalidade e igualdade**
- ❑ **Determinantes sociais e acesso**
- ❑ **Importância para políticas públicas**

Conceitos Básicos

Equidade difere de igualdade. Representa tratar de forma justa pessoas em situações distintas. Acesso e utilização de serviços expressam a relação entre necessidades de saúde e organização do sistema.

DETERMINANTES E DESIGUALDADES SOCIAIS
- Desigualdades no Brasil -

**No Brasil, as desigualdades sociais afetam condições de saúde e acesso aos serviços. O SUS contribui para reduzir iniquidades, mas desafios persistem.

- Desigualdades de renda, gênero, território
- Pior acesso dos grupos socialmente vulneráveis
- Papel da atenção primária na redução das desigualdades
- Exemplo: Programa Nacional de DST/Aids

****Perspectiva Global e Políticas**

A OMS destaca os determinantes sociais como centrais para a justiça em saúde. O Brasil participou ativamente da construção de políticas globais nessa área.

•Comissão de Determinantes Sociais da Saúde (OMS, 2005)
•Relatório brasileiro "As Causas Sociais das Iniquidades em Saúde" (2008)
•Declaração Política do Rio (2011)
•Papel dos sistemas de saúde na redução das desigualdades

DETERMINANTES E DESIGUALDADES SOCIAIS
- Desigualdades no Brasil -

A redução das desigualdades sociais no acesso à saúde exige políticas públicas que unam justiça social, fortalecimento do SUS e atenção integral às necessidades dos grupos mais vulneráveis.

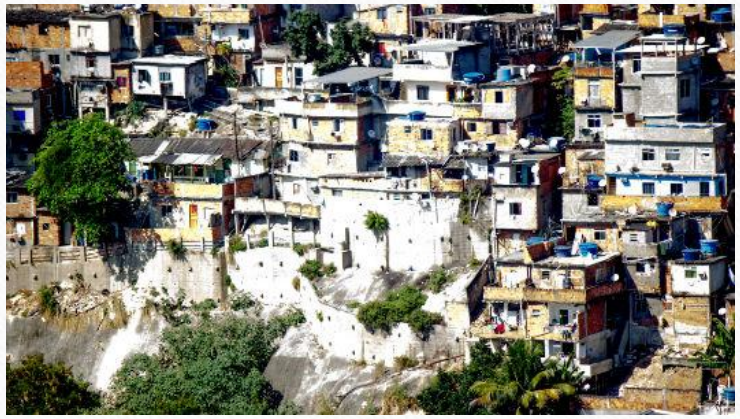
- ❑ Desigualdades refletem injustiças sociais
- ❑ Sistemas de saúde podem reduzir iniquidades
- ❑ Fortalecimento da equidade horizontal e vertical
- ❑ SUS como instrumento de inclusão social



DETERMINANTES E DESIGUALDADES SOCIAIS
- Desigualdades no Brasil -

Para refletir

Qual a importância do SUS na melhoria das desigualdades sociais nas condições de saúde da população brasileira?







DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE

O modelo de Dahlgren e Whitehead

Compreender como as condições de vida, trabalho e organização social influenciam a saúde



O modelo em camadas

O modelo organiza os determinantes do nível mais próximo da pessoa ao contexto estrutural da sociedade.

- **Centro** — idade, sexo e fatores hereditários
- **Camada individual** — estilos de vida e comportamentos
- **Relações sociais** — redes comunitárias e apoio social
- **Condições de vida e trabalho** — educação, emprego, renda, habitação, alimentação e serviços
- **Contexto amplo** — condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais

Como ler as camadas do modelo

As camadas se influenciam mutuamente; nenhuma atua forma isolada.



Fatores individuais e estilos de vida

Fatores individuais
— idade, características biológicas e predisposições hereditárias;

Comportamentos
— alimentação, atividade física, sono, uso de tabaco e álcool;

Atenção importante
— comportamentos são condicionados por renda, tempo, segurança, cultura e acesso a recursos

Aplicação
— evitar culpabilizar indivíduos; identificar barreiras e criar condições reais para escolhas saudáveis

Redes sociais e comunitárias

Apoio social
— família, amigos, vizinhos, associações e grupos comunitários

Participação
— vínculos, confiança, solidariedade e capacidade de ação coletiva

Proteção
— apoio emocional e material pode reduzir isolamento e facilitar o cuidado.

**Exemplo no território — grupos comunitários, lideranças locais, escolas, organizações sociais e conselhos de saúde

Condições de vida e trabalho

Educação
— escolaridade, alfabetização em saúde e oportunidades de formação;

Trabalho e renda
— estabilidade, remuneração, jornada, riscos ocupacionais e proteção social;

Moradia e ambiente
— saneamento, água potável, transporte, segurança e qualidade ambiental;

Serviços essenciais
— acesso oportuno à saúde, assistência social, alimentação e cultura;

**Efeito na saúde — a exposição desigual a riscos e recursos produz padrões diferentes de adoecimento

Determinantes estruturais e desigualdades

Contexto político e econômico
— políticas públicas, mercado de trabalho, distribuição de renda e proteção social;

Posição social
— classe social, escolaridade, ocupação, gênero e outros eixos de desigualdade;

Distribuição de oportunidades
— influencia quem fica mais exposto a riscos e quem consegue acessar proteção;

Consequência
— desigualdades sociais podem transformar-se em desigualdades de saúde;

Resposta — políticas intersetoriais orientadas à equidade, direitos e participação social

Aplicação prática do modelo dos DSS

- **Vigilância em Saúde**

Territorialização — mapear condições de moradia, trabalho, renda, ambiente e acesso aos serviços

Diagnóstico participativo — escutar moradores, trabalhadores, lideranças e grupos historicamente vulnerabilizados

Planejamento intersetorial — articular saúde, educação, assistência social, saneamento, habitação e trabalho

Ações da APS — promoção da saúde, prevenção, cuidado longitudinal, busca ativa e coordenação da rede

Avaliação — acompanhar indicadores desagregados por território e grupos sociais para identificar desigualdades

Assim...

- ✓ O entendimento sobre o processo Saúde Doença no Brasil e no mundo passou por várias transformações e tentativas de explicação ao longo da história.

- Vários modelos, apesar de limitados, tiveram uma participação na evolução do conceito de saúde doença de uma população

•Hoje, considerando a complexidade dos fenômenos que envolvem o processo saúde doença, busca-se um entendimento mais ampliado
•Os Determinantes Sociais são importantes pois podem evidenciar grupos vulneráveis da população, orientar as políticas e dessa forma reduzir as iniquidades em saúde.

REFERÊNCIA

• TEIXEIRA, Carmen Fontes. O SUS e a Vigilância em Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz/EPSJV/PROFORMAR, 2004. Unidade de Aprendizagem I, Módulo 1.

• TEIXEIRA, Carmen Fontes; PINTO, Lorene Louise; VILASBÔAS, Ana Luiza. O processo de trabalho da Vigilância em Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz/EPSJV/PROFORMAR, 2004. Unidade de Aprendizagem I, Módulo 2.

• BARCELLOS, Christovam; ROJAS, Luisa Iñiguez. O território e a Vigilância em Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz/EPSJV/PROFORMAR, 2004. Unidade de Aprendizagem I, Módulo 3.

GIOVANELLA, L., ESCOREL, S., LOBATO, L. V. C., NORONHA, J. C., and CARVALHO, A. I., eds. *Políticas e sistemas de saúde no Brasil* [online]. 2nd ed. rev. and enl. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012, 1097 p. ISBN: 978-85-7541-349-4. https://doi.org/10.7476/9788575413494.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS): uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.

ROUQUAYROL, M. Z.; GURGEL, M. *Epidemiologia & saúde*. 8. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2018.

PAIM, J. S. *O que é o SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.

BARATA, R. B. *Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

VIGILÂNCIA EM SAÚDE

na Atenção Primária à Saúde (APS)

Integração, prevenção e cuidado integral no SUS

Foz do Iguaçu - PR

Material elaborado a partir do texto-base e de informações complementares

VISÃO GERAL

Uma perspectiva integrada

• Vigilância em Saúde e APS

Direito à saúde, princípios do SUS, modelos de atenção e promoção da saúde.

• Processo de trabalho

Integração das práticas, organização do trabalho e atuação dos agentes locais.

• Território

Lugares, população, condições de vida, situação de saúde e mapas.

Eixo comum: compreender a realidade para planejar ações de saúde adequadas às necessidades locais.

Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS)

Resolução CNS nº 588/2018

22 de outubro de 2026



O que é a PNVS?

Política pública de Estado e função essencial do SUS.

Atuação universal, transversal e orientadora do modelo de atenção nos territórios.

Processo contínuo de coleta, análise e disseminação de dados.

Base para decisões e ações que protegem e promovem a saúde da população.



Princípios Fundamentais da PNVS

- Conhecimento do território
- Integralidade da atenção
- Descentralização político-administrativa e regionalização
- Equidade e universalidade no acesso
- Participação comunitária e cooperação intra e intersetorial
- Direito à informação e organização eficiente dos serviços



Diretrizes e Estratégias da PNVS

- Integração das vigilâncias para ação coordenada
- Articulação com a Atenção Primária e a Rede de Atenção à Saúde
- Gestão de riscos e resposta oportuna a emergências
- Produção de evidências e avaliação de tecnologias em saúde
- Participação social e educação permanente dos profissionais
- Sistemas de informação integrados e comunicação de riscos
- Planejamento, monitoramento e avaliação contínua



Responsabilidades das Três Esferas de Gestão do SUS

UNIÃO	Coordenação nacional, normatização, financiamento, apoio técnico e gestão dos sistemas nacionais.
ESTADOS	Coordenação regional, apoio aos municípios e organização das ações nas regiões de saúde.
MUNICÍPIOS	Execução e coordenação das ações locais, alimentação dos sistemas, planejamento e controle social.
DISTRITO FEDERAL	Acumula competências estaduais e municipais.



Monitoramento e Financiamento da PNVS

METAS E INDICADORES
Integrados aos Planos de Saúde, Programações Anuais e Relatórios Anuais de Gestão.

CONTROLE SOCIAL
Protagonismo dos Conselhos de Saúde na fiscalização e avaliação da política.

FINANCIAMENTO ADEQUADO
Financiamento tripartite, específico, permanente, crescente e suficiente para assegurar a PNVS.



INVESTIMENTO EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE | **é investimento na proteção da vida, da equidade e do SUS.**

Vigilância em Saúde

Fundamentos, princípios, modelos de atenção e práticas de vigilância

SAÚDE COLETIVA

TERRITÓRIO
• POPULAÇÃO
• AÇÃO

Baseado no módulo de Carmem Fontes Teixeira • Fiocruz/EPSJV/PROFORMAR • 2004

Marco histórico: 8ª Conferência Nacional de Saúde

Princípios

- Realizada em 1986, foi um marco da Reforma Sanitária brasileira.
- Defendeu um sistema de saúde mais justo, universal e participativo.

Aplicação à vigilância

- Suas propostas contribuíram para os fundamentos incorporados à Constituição de 1988.
- Fortaleceu a compreensão da saúde como direito e responsabilidade pública.

Da Reforma Sanitária à PNVS

Uma trajetória construída coletivamente que consolidou o SUS e fundamenta a Política Nacional de Vigilância em Saúde.

O que é Vigilância em Saúde?

- Analisar continuamente a situação de saúde para orientar decisões e práticas.
- Articular ações voltadas a riscos, danos, condições de vida e necessidades dos grupos populacionais.
- Considerar saúde humana, ambiente e formas de organização da vida cotidiana.
- Atuar no território, aproximando serviços, trabalhadores e comunidade.



Trabalho em saúde e participação social

Trabalhadores

Compartilham conhecimento técnico, observam problemas no cotidiano e contribuem para planejar respostas coerentes com o território.

População

Traz experiências, necessidades, saberes locais e participação no controle social das políticas e serviços.

Gestão e equipes

Devem organizar informações, pactuar prioridades, articular setores e avaliar ações de forma contínua.

Vigilância em Saúde é uma prática social: requer compromisso coletivo e transformação das formas de pensar e agir.

Vigilância em Saúde: da informação à ação no território

1. Conhecer	Observar território, população, condições de vida e trabalho.
2. Analisar	Identificar problemas, riscos, danos, necessidades e determinantes.
3. Planejar	Definir prioridades e ações adequadas à realidade local.
4. Agir	Articular promoção, prevenção, assistência e proteção.
5. Avaliar	Acompanhar resultados, aprender e reorientar as práticas.

Os componentes da Vigilância em Saúde

Vigilância epidemiológica

- Vigilância epidemiológica
- Vigilância da situação de saúde
- Vigilância ambiental em saúde

Vigilância da situação de saúde

- Vigilância em saúde do trabalhador
- Vigilância sanitária e ações de promoção da saúde

Vigilância epidemiológica

O que observa

- Coleta, analisa e interpreta dados sobre doenças e agravos.
- Investiga casos, contatos, surtos e mudanças no padrão de ocorrência.

Como contribui

- Orienta medidas de prevenção e controle, como vacinação e busca ativa.
- Exemplo: perceber aumento de casos de dengue e apoiar uma resposta rápida.

Informação em saúde: do dado à decisão

- Coletar dados com qualidade e registrar de forma oportuna.
- Analisar padrões, tendências, diferenças territoriais e grupos mais afetados.
- Compartilhar resultados com gestores, equipes e comunidade de forma adequada.
- Planejar ações, acompanhar indicadores e avaliar se as medidas funcionaram.



Vigilância da situação de saúde

Fatores monitorados

- Acompanha indicadores de saúde em níveis local, regional, estadual e nacional.
- Observa tendências, desigualdades e necessidades prioritárias.

Aplicações

- Subsidia o planejamento, a definição de metas e a avaliação das ações.
- Exemplo: analisar a cobertura vacinal ou a mortalidade infantil de um município.

Vigilância ambiental em saúde

Prevenção e proteção

- Observa fatores ambientais que podem afetar a saúde humana.
- Inclui qualidade da água, do ar e do solo, contaminantes e desastres.

Ações e exemplos

- Identifica exposições e recomenda ações para reduzir riscos.
- Exemplo: monitorar água após enchentes ou investigar exposição a produtos químicos.

Vigilância em saúde do trabalhador

Produtos e bens

- Prevenir doenças e agravos relacionados às condições e aos processos de trabalho.
- Identificar riscos ocupacionais e apoiar ambientes de trabalho mais seguros.

Serviços e exemplos

- Contribuir para a recuperação e a reabilitação dos trabalhadores.
- Exemplo: investigar acidentes de trabalho e exposição a agentes nocivos.

Vigilância sanitária

- Previne, reduz ou elimina riscos relacionados a produtos, bens e serviços.
- Atua em etapas como produção, armazenamento, distribuição e consumo.
- Fiscaliza e regula serviços que podem impactar a saúde coletiva.
- Exemplos: inspeção de alimentos, medicamentos, clínicas e serviços de interesse à saúde.



O ciclo da Vigilância em Saúde

1

OBSERVAR

Reconhecer sinais e riscos

→

2

REGISTRAR

Produzir dados confiáveis

→

3

ANALISAR

Identificar padrões e prioridades

→

4

AGIR

Prevenir, controlar e cuidar

→

5

AVALIAR

Medir resultados e ajustar

A vigilância não termina na coleta de dados: ela se completa quando a informação orienta uma ação e seus resultados são avaliados.

A integralidade exige práticas articuladas

As ações não devem funcionar como partes isoladas.

PROMOÇÃO
Fortalecer condições favoráveis à saúde

↔

PREVENÇÃO
Reduzir riscos e evitar agravos

↔

ASSISTÊNCIA
Responder às necessidades de cuidado

↔

RECUPERAÇÃO
Reabilitar e apoiar a continuidade do cuidado

A integração depende de comunicação, planejamento conjunto e acompanhamento dos resultados.

Vigilância + assistência em saúde: por que integrar?

- A vigilância identifica riscos e padrões coletivos; a assistência acolhe e cuida das pessoas.
- Quando compartilham informações, as equipes conseguem agir mais cedo e com maior precisão.
- A integração reduz a fragmentação dos serviços e melhora a continuidade do cuidado.
- Ambas contribuem para uma atenção integral, coordenada e resolutiva.

A Rede de Atenção à Saúde (RAS)

- Organiza os serviços e ações de saúde em diferentes pontos de atenção.
- Conecta Atenção Primária, serviços especializados, hospitais, urgência e reabilitação.
- Busca garantir acesso, continuidade e coordenação do cuidado.
- A Vigilância em Saúde atravessa toda a rede, e não deve ficar isolada em um setor.

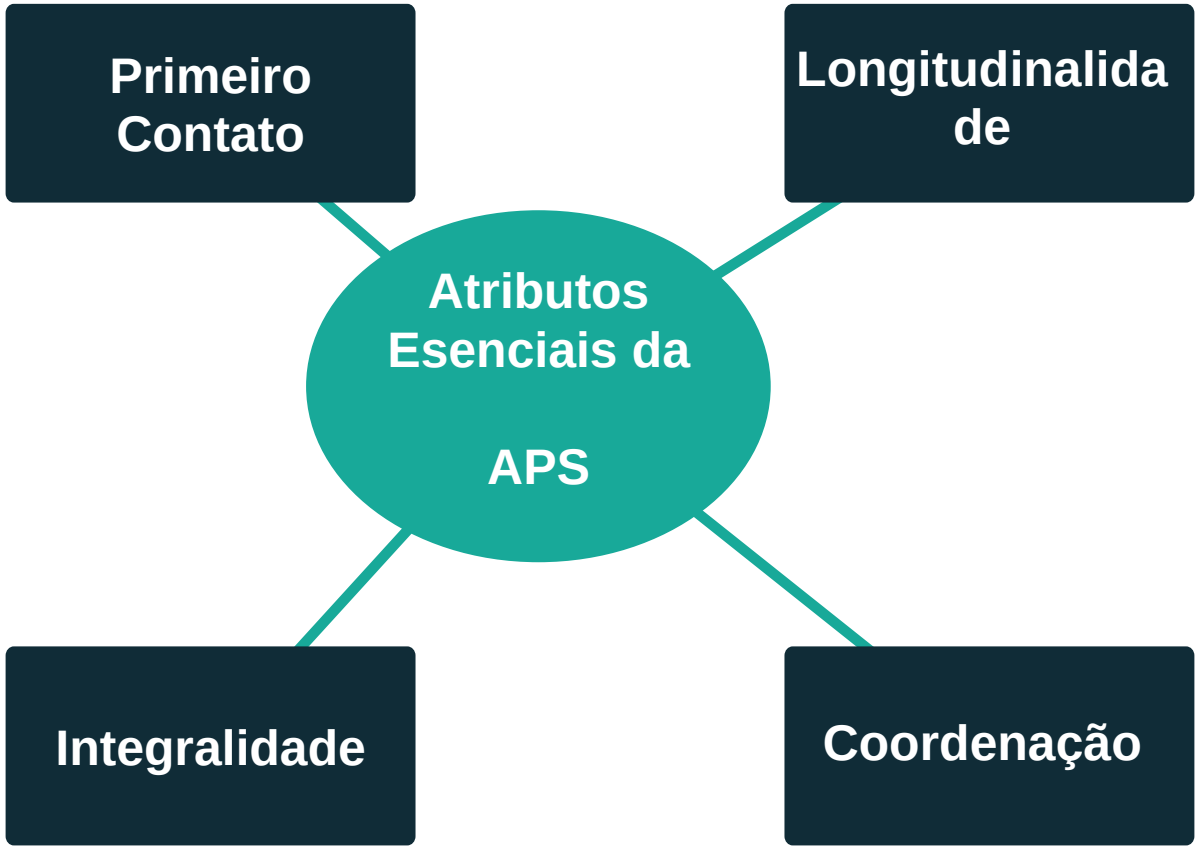
Como a vigilância circula na RAS



O papel da APS na RAS

Atenção Primária à Saúde

Porta de entrada, território, articulação e vínculo



O papel dos agentes comunitários de saúde

- Estão próximos das famílias e ajudam a reconhecer necessidades locais.
- Compartilham orientações de prevenção e identificam barreiras de acesso.
- Contribuem para busca ativa, acompanhamento e comunicação com a equipe.
- Seu conhecimento do território complementa os dados dos sistemas de informação.



APLICAÇÃO PRÁTICA

Situação-problema

Em um bairro, a equipe observa aumento de casos de diarreia, descarte irregular de resíduos e dificuldade de acesso à unidade de saúde.

Investigar

Onde ocorrem os casos? Há problemas de água, esgoto ou armazenamento de resíduos? Quem é mais afetado?

Articular

Vigilância, atenção à saúde, saneamento, limpeza urbana, escolas e lideranças comunitárias.

Acompanhar

Definir ações, responsáveis e indicadores; verificar se os casos diminuem e se o acesso melhora.

Pergunta norteadora: que dados precisamos antes de definir a prioridade e a resposta?

População, condições de vida e saúde

- Investigar quem vive no território e como as pessoas circulam, trabalham, estudam e utilizam os serviços.
- Observar moradia, saneamento, água, resíduos, transporte, áreas de lazer e condições ambientais.
- Reconhecer diferenças entre áreas e grupos populacionais, evitando tratar o território como homogêneo.
- Relacionar as condições de vida à ocorrência de riscos, agravos e necessidades de cuidado.

Determinantes Sociais da Saúde

Vigilância ajuda a identificar como esses fatores se distribuem no território

Promoção da saúde e ação intersetorial

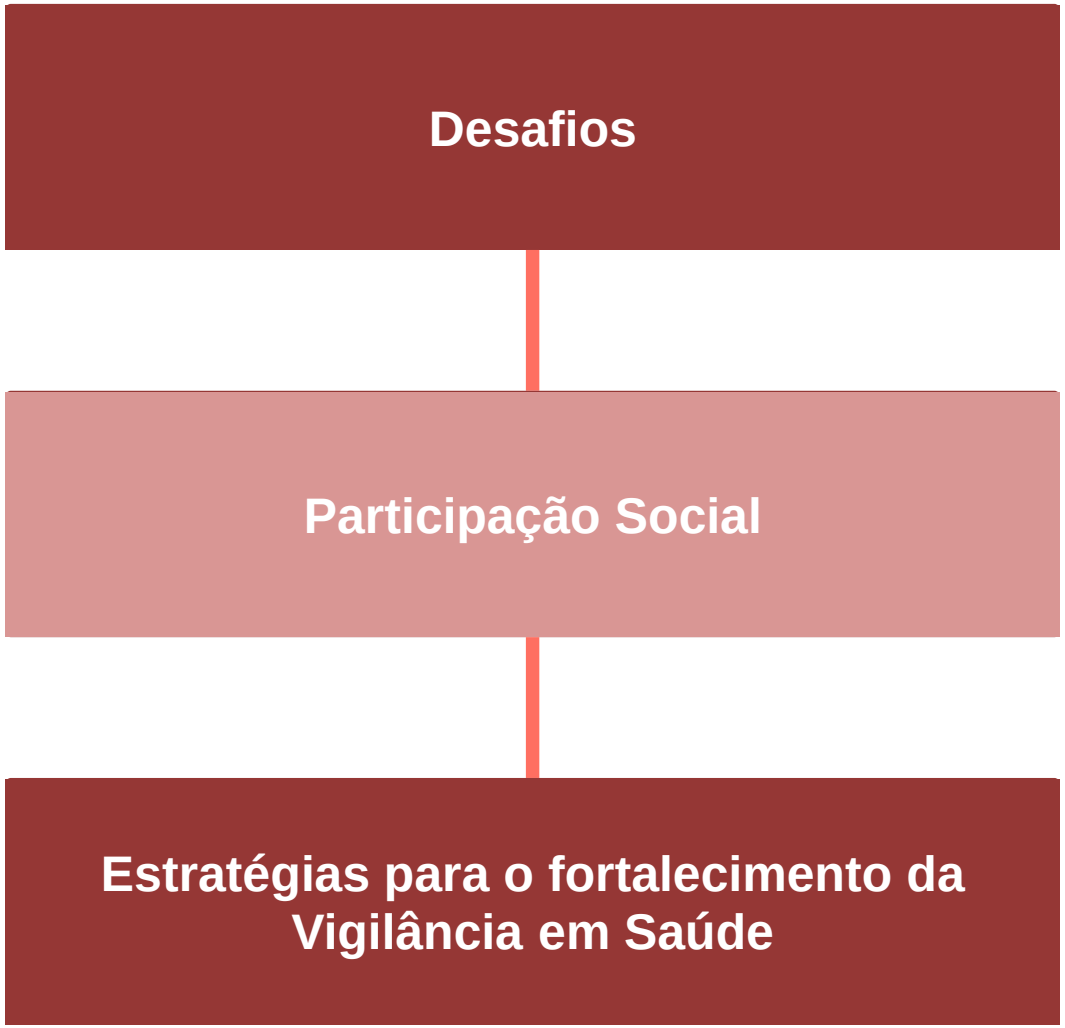
- A melhoria da saúde depende também de políticas de habitação, saneamento, educação, emprego, renda, transporte, segurança e lazer.
- Ações intersetoriais conectam diferentes setores em torno de problemas comuns.
- Participação comunitária fortalece o reconhecimento de prioridades e a construção de soluções locais.
- Ambientes saudáveis não significam apenas ausência de riscos: incluem espaços e relações que favorecem bem-estar e qualidade de vida.
- O planejamento deve considerar recursos, potencialidades e redes existentes no território.

Amplia a autonomia das pessoas e fortalece ambientes saudáveis

- ❑ Amplia a autonomia das pessoas e fortalece ambientes saudáveis;
- ❑ Considera determinantes sociais, econômicos, culturais e ambientais;
- ❑ Pode envolver alimentação saudável, atividade física e prevenção do tabagismo;
- ❑ Também inclui prevenção da violência, redução de danos e desenvolvimento sustentável.

Integração entre Vigilância e Assistência

Superação do modelo biologicista
— Produção de informações de saúde capazes de orientar as tomadas de decisões .



Conclusão

- A Vigilância em Saúde é eixo estratégico para proteger e promover a saúde coletiva.
- Integrada à RAS, amplia a capacidade de antecipar riscos e responder aos agravos.
- Seu fortalecimento depende de financiamento, qualificação, informação e cooperação.
- Mais do que observar doenças, significa compreender territórios e organizar respostas para as pessoas.

Materiais-base

• TEIXEIRA, Carmen Fontes. O SUS e a Vigilância em Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz/EPSJV/PROFORMAR, 2004. Unidade de Aprendizagem I, Módulo 1.

• TEIXEIRA, Carmen Fontes; PINTO, Lorene Louise; VILASBÔAS, Ana Luiza. O processo de trabalho da Vigilância em Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz/EPSJV/PROFORMAR, 2004. Unidade de Aprendizagem I, Módulo 2.

• BARCELLOS, Christovam; ROJAS, Luisa Iñiguez. O território e a Vigilância em Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz/EPSJV/PROFORMAR, 2004. Unidade de Aprendizagem I, Módulo 3.

GIOVANELLA, L., ESCOREL, S., LOBATO, L. V. C., NORONHA, J. C., and CARVALHO, A. I., eds. *Políticas e sistemas de saúde no Brasil* [online]. 2nd ed. rev. and enl. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012, 1097 p. ISBN: 978-85-7541-349-4. https://doi.org/10.7476/9788575413494.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS): uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.

ROUQUAYROL, M. Z.; GURGEL, M. *Epidemiologia & saúde*. 8. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2018.

PAIM, J. S. *O que é o SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.

BARATA, R. B. *Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

VIGILÂNCIA EM SAÚDE

na Atenção Primária à Saúde (APS)

Integração, prevenção e cuidado integral no SUS

Foz do Iguaçu - PR

Material elaborado a partir do texto-base e de informações complementares

VISÃO GERAL

Uma perspectiva integrada

• Vigilância em Saúde e APS

Direito à saúde, princípios do SUS, modelos de atenção e promoção da saúde.

• Processo de trabalho

Integração das práticas, organização do trabalho e atuação dos agentes locais.

• Território

Lugares, população, condições de vida, situação de saúde e mapas.

Eixo comum: compreender a realidade para planejar ações de saúde adequadas às necessidades locais.

Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS)

Resolução CNS nº 588/2018

22 de outubro de 2026



O que é a PNVS?

Política pública de Estado e função essencial do SUS.

Atuação universal, transversal e orientadora do modelo de atenção nos territórios.

Processo contínuo de coleta, análise e disseminação de dados.

Base para decisões e ações que protegem e promovem a saúde da população.



Princípios Fundamentais da PNVS

- Conhecimento do território
- Integralidade da atenção
- Descentralização político-administrativa e regionalização
- Equidade e universalidade no acesso
- Participação comunitária e cooperação intra e intersetorial
- Direito à informação e organização eficiente dos serviços



Diretrizes e Estratégias da PNVS

- Integração das vigilâncias para ação coordenada
- Articulação com a Atenção Primária e a Rede de Atenção à Saúde
- Gestão de riscos e resposta oportuna a emergências
- Produção de evidências e avaliação de tecnologias em saúde
- Participação social e educação permanente dos profissionais
- Sistemas de informação integrados e comunicação de riscos
- Planejamento, monitoramento e avaliação contínua



Responsabilidades das Três Esferas de Gestão do SUS

UNIÃO	Coordenação nacional, normatização, financiamento, apoio técnico e gestão dos sistemas nacionais.
ESTADOS	Coordenação regional, apoio aos municípios e organização das ações nas regiões de saúde.
MUNICÍPIOS	Execução e coordenação das ações locais, alimentação dos sistemas, planejamento e controle social.
DISTRITO FEDERAL	Acumula competências estaduais e municipais.



Monitoramento e Financiamento da PNVS

METAS E INDICADORES
Integrados aos Planos de Saúde, Programações Anuais e Relatórios Anuais de Gestão.

CONTROLE SOCIAL
Protagonismo dos Conselhos de Saúde na fiscalização e avaliação da política.

FINANCIAMENTO ADEQUADO
Financiamento tripartite, específico, permanente, crescente e suficiente para assegurar a PNVS.



INVESTIMENTO EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE | **é investimento na proteção da vida, da equidade e do SUS.**

Vigilância em Saúde

Fundamentos, princípios, modelos de atenção e práticas de vigilância

SAÚDE COLETIVA

TERRITÓRIO
• POPULAÇÃO
• AÇÃO

Baseado no módulo de Carmem Fontes Teixeira • Fiocruz/EPSJV/PROFORMAR • 2004

Marco histórico: 8ª Conferência Nacional de Saúde

Princípios

- Realizada em 1986, foi um marco da Reforma Sanitária brasileira.
- Defendeu um sistema de saúde mais justo, universal e participativo.

Aplicação à vigilância

- Suas propostas contribuíram para os fundamentos incorporados à Constituição de 1988.
- Fortaleceu a compreensão da saúde como direito e responsabilidade pública.

Da Reforma Sanitária à PNVS

Uma trajetória construída coletivamente que consolidou o SUS e fundamenta a Política Nacional de Vigilância em Saúde.

O que é Vigilância em Saúde?

- Analisar continuamente a situação de saúde para orientar decisões e práticas.
- Articular ações voltadas a riscos, danos, condições de vida e necessidades dos grupos populacionais.
- Considerar saúde humana, ambiente e formas de organização da vida cotidiana.
- Atuar no território, aproximando serviços, trabalhadores e comunidade.



Trabalho em saúde e participação social

Trabalhadores

Compartilham conhecimento técnico, observam problemas no cotidiano e contribuem para planejar respostas coerentes com o território.

População

Traz experiências, necessidades, saberes locais e participação no controle social das políticas e serviços.

Gestão e equipes

Devem organizar informações, pactuar prioridades, articular setores e avaliar ações de forma contínua.

Vigilância em Saúde é uma prática social: requer compromisso coletivo e transformação das formas de pensar e agir.

Vigilância em Saúde: da informação à ação no território

1. Conhecer	Observar território, população, condições de vida e trabalho.
2. Analisar	Identificar problemas, riscos, danos, necessidades e determinantes.
3. Planejar	Definir prioridades e ações adequadas à realidade local.
4. Agir	Articular promoção, prevenção, assistência e proteção.
5. Avaliar	Acompanhar resultados, aprender e reorientar as práticas.

Os componentes da Vigilância em Saúde

Vigilância epidemiológica

- Vigilância epidemiológica
- Vigilância da situação de saúde
- Vigilância ambiental em saúde

Vigilância da situação de saúde

- Vigilância em saúde do trabalhador
- Vigilância sanitária e ações de promoção da saúde

Vigilância epidemiológica

O que observa

- Coleta, analisa e interpreta dados sobre doenças e agravos.
- Investiga casos, contatos, surtos e mudanças no padrão de ocorrência.

Como contribui

- Orienta medidas de prevenção e controle, como vacinação e busca ativa.
- Exemplo: perceber aumento de casos de dengue e apoiar uma resposta rápida.

Informação em saúde: do dado à decisão

- Coletar dados com qualidade e registrar de forma oportuna.
- Analisar padrões, tendências, diferenças territoriais e grupos mais afetados.
- Compartilhar resultados com gestores, equipes e comunidade de forma adequada.
- Planejar ações, acompanhar indicadores e avaliar se as medidas funcionaram.



Vigilância da situação de saúde

Fatores monitorados

- Acompanha indicadores de saúde em níveis local, regional, estadual e nacional.
- Observa tendências, desigualdades e necessidades prioritárias.

Aplicações

- Subsidia o planejamento, a definição de metas e a avaliação das ações.
- Exemplo: analisar a cobertura vacinal ou a mortalidade infantil de um município.

Vigilância ambiental em saúde

Prevenção e proteção

- Observa fatores ambientais que podem afetar a saúde humana.
- Inclui qualidade da água, do ar e do solo, contaminantes e desastres.

Ações e exemplos

- Identifica exposições e recomenda ações para reduzir riscos.
- Exemplo: monitorar água após enchentes ou investigar exposição a produtos químicos.

Vigilância em saúde do trabalhador

Produtos e bens

- Prevenir doenças e agravos relacionados às condições e aos processos de trabalho.
- Identificar riscos ocupacionais e apoiar ambientes de trabalho mais seguros.

Serviços e exemplos

- Contribuir para a recuperação e a reabilitação dos trabalhadores.
- Exemplo: investigar acidentes de trabalho e exposição a agentes nocivos.

Vigilância sanitária

- Previne, reduz ou elimina riscos relacionados a produtos, bens e serviços.
- Atua em etapas como produção, armazenamento, distribuição e consumo.
- Fiscaliza e regula serviços que podem impactar a saúde coletiva.
- Exemplos: inspeção de alimentos, medicamentos, clínicas e serviços de interesse à saúde.



O ciclo da Vigilância em Saúde

1

OBSERVAR

Reconhecer sinais e riscos

→

2

REGISTRAR

Produzir dados confiáveis

→

3

ANALISAR

Identificar padrões e prioridades

→

4

AGIR

Prevenir, controlar e cuidar

→

5

AVALIAR

Medir resultados e ajustar

A vigilância não termina na coleta de dados: ela se completa quando a informação orienta uma ação e seus resultados são avaliados.

A integralidade exige práticas articuladas

As ações não devem funcionar como partes isoladas.

PROMOÇÃO
Fortalecer condições favoráveis à saúde

↔

PREVENÇÃO
Reduzir riscos e evitar agravos

↔

ASSISTÊNCIA
Responder às necessidades de cuidado

↔

RECUPERAÇÃO
Reabilitar e apoiar a continuidade do cuidado

A integração depende de comunicação, planejamento conjunto e acompanhamento dos resultados.

Vigilância + assistência em saúde: por que integrar?

- A vigilância identifica riscos e padrões coletivos; a assistência acolhe e cuida das pessoas.
- Quando compartilham informações, as equipes conseguem agir mais cedo e com maior precisão.
- A integração reduz a fragmentação dos serviços e melhora a continuidade do cuidado.
- Ambas contribuem para uma atenção integral, coordenada e resolutiva.

A Rede de Atenção à Saúde (RAS)

- Organiza os serviços e ações de saúde em diferentes pontos de atenção.
- Conecta Atenção Primária, serviços especializados, hospitais, urgência e reabilitação.
- Busca garantir acesso, continuidade e coordenação do cuidado.
- A Vigilância em Saúde atravessa toda a rede, e não deve ficar isolada em um setor.

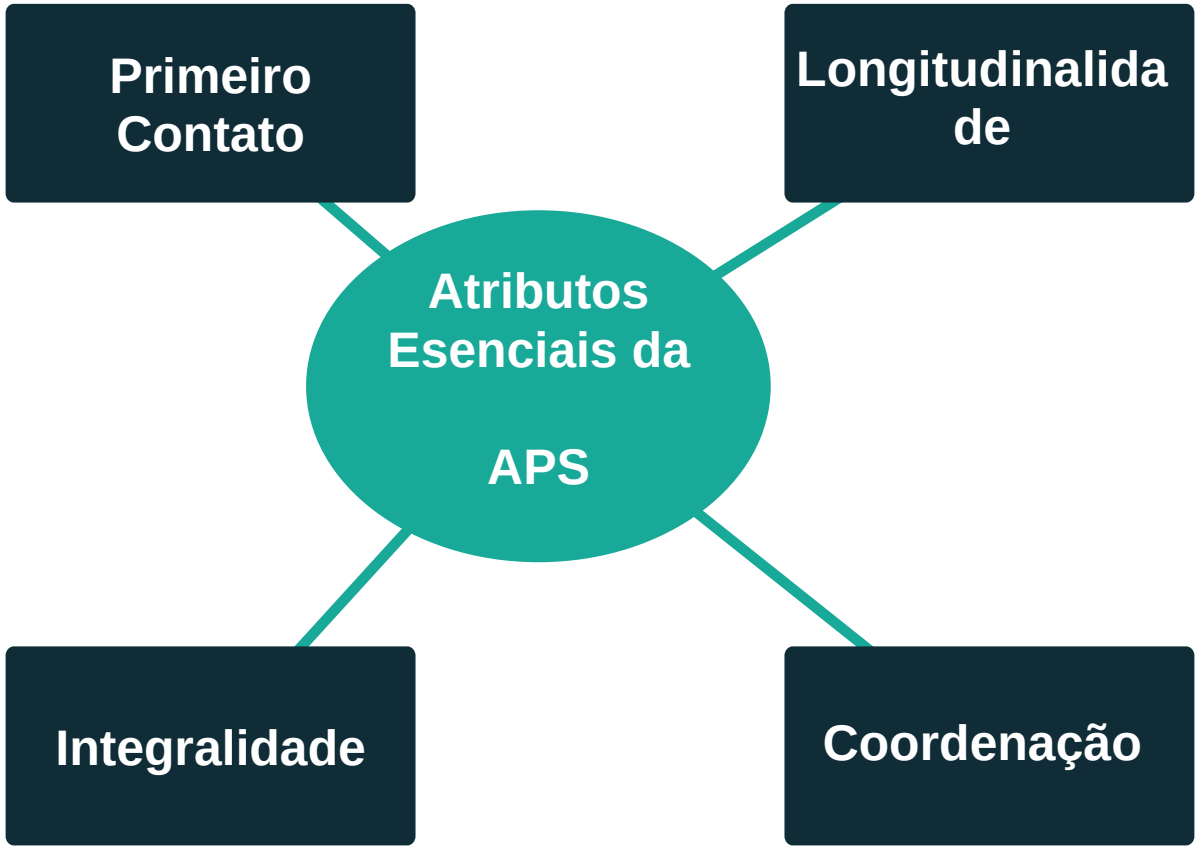
Como a vigilância circula na RAS



O papel da APS na RAS

Atenção Primária à Saúde

Porta de entrada, território, articulação e vínculo



O papel dos agentes comunitários de saúde

- Estão próximos das famílias e ajudam a reconhecer necessidades locais.
- Compartilham orientações de prevenção e identificam barreiras de acesso.
- Contribuem para busca ativa, acompanhamento e comunicação com a equipe.
- Seu conhecimento do território complementa os dados dos sistemas de informação.



APLICAÇÃO PRÁTICA

Situação-problema

Em um bairro, a equipe observa aumento de casos de diarreia, descarte irregular de resíduos e dificuldade de acesso à unidade de saúde.

Investigar

Onde ocorrem os casos? Há problemas de água, esgoto ou armazenamento de resíduos? Quem é mais afetado?

Articular

Vigilância, atenção à saúde, saneamento, limpeza urbana, escolas e lideranças comunitárias.

Acompanhar

Definir ações, responsáveis e indicadores; verificar se os casos diminuem e se o acesso melhora.

Pergunta norteadora: que dados precisamos antes de definir a prioridade e a resposta?

População, condições de vida e saúde

- Investigar quem vive no território e como as pessoas circulam, trabalham, estudam e utilizam os serviços.
- Observar moradia, saneamento, água, resíduos, transporte, áreas de lazer e condições ambientais.
- Reconhecer diferenças entre áreas e grupos populacionais, evitando tratar o território como homogêneo.
- Relacionar as condições de vida à ocorrência de riscos, agravos e necessidades de cuidado.

Determinantes Sociais da Saúde

Vigilância ajuda a identificar como esses fatores se distribuem no território

Promoção da saúde e ação intersetorial

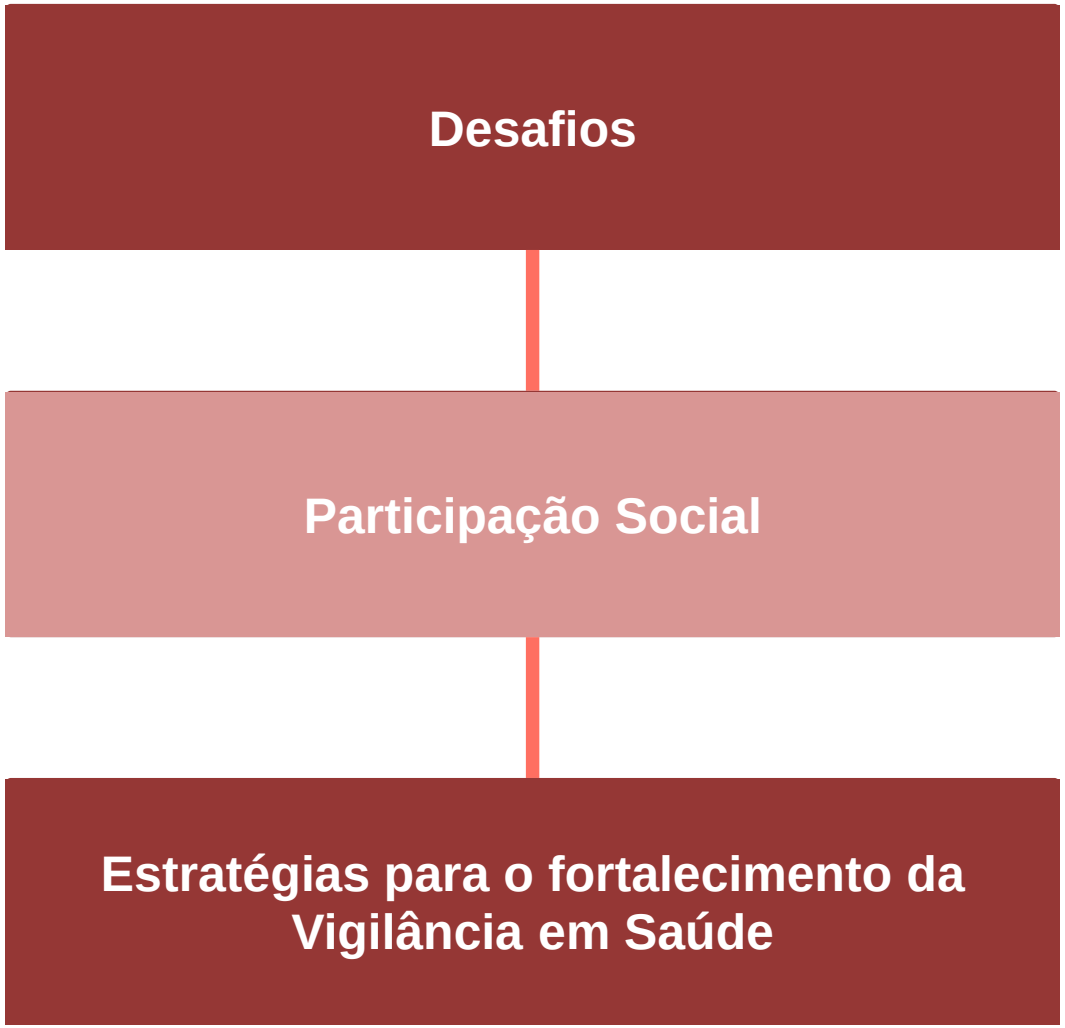
- A melhoria da saúde depende também de políticas de habitação, saneamento, educação, emprego, renda, transporte, segurança e lazer.
- Ações intersetoriais conectam diferentes setores em torno de problemas comuns.
- Participação comunitária fortalece o reconhecimento de prioridades e a construção de soluções locais.
- Ambientes saudáveis não significam apenas ausência de riscos: incluem espaços e relações que favorecem bem-estar e qualidade de vida.
- O planejamento deve considerar recursos, potencialidades e redes existentes no território.

Amplia a autonomia das pessoas e fortalece ambientes saudáveis

- ❑ Amplia a autonomia das pessoas e fortalece ambientes saudáveis;
- ❑ Considera determinantes sociais, econômicos, culturais e ambientais;
- ❑ Pode envolver alimentação saudável, atividade física e prevenção do tabagismo;
- ❑ Também inclui prevenção da violência, redução de danos e desenvolvimento sustentável.

Integração entre Vigilância e Assistência

Superação do modelo biologicista
— Produção de informações de saúde capazes de orientar as tomadas de decisões .



Conclusão

- A Vigilância em Saúde é eixo estratégico para proteger e promover a saúde coletiva.
- Integrada à RAS, amplia a capacidade de antecipar riscos e responder aos agravos.
- Seu fortalecimento depende de financiamento, qualificação, informação e cooperação.
- Mais do que observar doenças, significa compreender territórios e organizar respostas para as pessoas.

Materiais-base

• TEIXEIRA, Carmen Fontes. O SUS e a Vigilância em Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz/EPSJV/PROFORMAR, 2004. Unidade de Aprendizagem I, Módulo 1.

• TEIXEIRA, Carmen Fontes; PINTO, Lorene Louise; VILASBÔAS, Ana Luiza. O processo de trabalho da Vigilância em Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz/EPSJV/PROFORMAR, 2004. Unidade de Aprendizagem I, Módulo 2.

• BARCELLOS, Christovam; ROJAS, Luisa Iñiguez. O território e a Vigilância em Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz/EPSJV/PROFORMAR, 2004. Unidade de Aprendizagem I, Módulo 3.

GIOVANELLA, L., ESCOREL, S., LOBATO, L. V. C., NORONHA, J. C., and CARVALHO, A. I., eds. *Políticas e sistemas de saúde no Brasil* [online]. 2nd ed. rev. and enl. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012, 1097 p. ISBN: 978-85-7541-349-4. https://doi.org/10.7476/9788575413494.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS): uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.

ROUQUAYROL, M. Z.; GURGEL, M. *Epidemiologia & saúde*. 8. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2018.

PAIM, J. S. *O que é o SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.

BARATA, R. B. *Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

FUNDAÇÃO FAFIPA

CURSO DE FORMAÇÃO INICIAL PARA AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE E AGENTES DE COMBATE ÁS ENDEMIAS * EDUCADOR SOCIAL

Concurso Público nº 001/2026 – Prefeitura do Município de Foz do Iguaçu

Identificação de riscos no território

Domicílio, comunidade, condições ambientais, sanitárias e vulnerabilidades

Profª. Dra. Kely Paviani Stevanato

Foz do Iguaçu
2026

Como compreender um risco?

A observação do território precisa ser organizada e contextualizada.

Perigo

Fonte ou condição com potencial para causar dano.

Ex.: esgoto exposto.

Exposição

Contato de uma pessoa ou população com o perigo.

Ex.: moradores em contato com água contaminada.

Risco à saúde

Possibilidade de ocorrer dano, considerando exposição e consequências potenciais.

Vulnerabilidade

Condições que dificultam prevenir, evitar ou superar os efeitos de um risco.

O mesmo perigo pode produzir consequências diferentes conforme a exposição, as condições de vida e a capacidade de proteção.

Riscos estruturais e físicos

A moradia pode proteger a saúde — ou criar condições para acidentes e adoecimento.



Condições ambientais

- Umidade e mofo
- Pouca ventilação
- Iluminação insuficiente

Segurança física

- Instalação elétrica precária
- Escadas sem corrimão
- Pisos escorregadios

Possíveis consequências

Problemas respiratórios, quedas, queimaduras e outros acidentes domésticos. Avaliar também barreiras arquitetônicas e acessibilidade.

O risco depende de quem vive no domicílio e das condições de exposição.



- *O que observo?*
- *Por que isso importa*
- *O que fazer?*

O mesmo ambiente pode representar riscos diferentes para uma criança, uma pessoa idosa, alguém com deficiência ou uma pessoa acamada.

Riscos sanitários e ambientais

Observe práticas e condições que podem favorecer a transmissão de doenças.





Água e alimentos

- Armazenamento inadequado de água
- Conservação imprópria de alimentos

Resíduos e animais

- Lixo e esgoto inadequados
- Vetores e roedores

Possíveis consequências

Arboviroses, doenças de transmissão hídrica e alimentar e outras infecções, conforme a exposição.

A orientação deve ser acompanhada de medidas possíveis e comunicação à equipe, conforme o fluxo local.







"Água parada é uma condição favorável à proliferação de mosquitos. A identificação deve levar à orientação, à eliminação do criadouro quando possível e à comunicação à equipe conforme o fluxo local."

Riscos relacionados aos moradores

A avaliação deve considerar necessidades, autonomia, mobilidade e apoio disponível.



Pessoas que exigem atenção

- Idosos com histórico de quedas
- Pessoas acamadas ou dependentes
- Crianças em ambientes inseguros

Outros fatores

- Medicamentos armazenados sem segurança
- Doenças crônicas sem acompanhamento

Como interpretar

Uma escada sem corrimão pode representar risco maior para uma pessoa com mobilidade reduzida do que para alguém sem limitações funcionais.

Não basta identificar a condição: é preciso compreender quem está exposto e como reduzir o dano.

Pessoas que exigem atenção



Idosos com histórico de quedas



Pessoas acamadas ou dependentes



Crianças em ambientes inseguros



Medicamentos armazenados sem segurança



Doenças crônicas sem acompanhamento

Saneamento básico e resíduos

As condições coletivas do território influenciam a saúde de toda a população.



O que observar

- Abastecimento de água
- Esgotamento sanitário
- Coleta de resíduos

Outros sinais

- Alagamentos
- Descarte irregular de lixo
- Drenagem deficiente

Impactos possíveis

Maior exposição a agentes contaminantes, condições favoráveis à transmissão de doenças e comprometimento da qualidade de vida.

Registre a situação, avalie sua extensão e articule com os setores responsáveis.



A favela de Rio das Pedras, no Rio de Janeiro, é uma das muitas comunidades no país sem serviços de saneamento.

ATLAS ESGOTOS

Despoluição das Bacias Hidrográficas

Situação atual

No Brasil, 43% da população possui esgoto coletado e tratado e 12% utilizam-se de fossa séptica (solução individual), ou seja, 55% possuem tratamento considerado adequado; 18% têm seu esgoto coletado e não tratado, o que pode ser considerado como um atendimento precário; e 27% não possuem coleta nem tratamento, isto é, sem atendimento por serviço de coleta sanitário.



9,1 Toneladas

de esgotos são geradas por dia.



45%

da população não possui tratamento de esgotos.



55%

da população possui esgotamento sanitário adequado.

Acesse os dados por municípios

Vetores e animais transmissores

A identificação precoce de condições favoráveis permite orientar ações preventivas.

Condições favoráveis

- Água parada
- Pneus e recipientes descartados
- Materiais acumulados

Exemplos

- Aedes aegypti
- Condições que favorecem roedores

Conduta inicial

Orientar, eliminar criadouros quando possível, registrar e comunicar a equipe conforme o fluxo local, integrando as ações de vigilância e controle vetorial.

O Aedes aegypti é vetor da dengue, chikungunya e Zika.



Infraestrutura, mobilidade e desastres

A organização do espaço influencia segurança, circulação e acesso aos serviços.



Condições a observar

- Falta de calçadas e iluminação
- Acesso difícil à unidade
- Barreiras de acessibilidade

Riscos ambientais

- Enchentes
- Deslizamentos
- Interrupção de rotas e serviços

Consequências possíveis

Acidentes, isolamento, exposição a contaminantes, interrupção de tratamentos e dificuldade de acesso oportuno ao cuidado.





Poluição e condições ambientais

Observar sinais é o início da avaliação — não substitui investigação técnica.



Possíveis fontes

- Tráfego intenso
- Queima de resíduos
- Atividades industriais

Exposições

- Fumaça e poeira
- Ruído
- Substâncias potencialmente nocivas

Como proceder

Investigar as fontes, registrar as condições observadas e considerar os grupos potencialmente afetados. A aparência do local não comprova, isoladamente, a presença de contaminantes específicos.

Vulnerabilidade social

As condições sociais influenciam a possibilidade de prevenir riscos e acessar recursos.

Fatores que podem aumentar a vulnerabilidade

Baixa renda ▪ insegurança alimentar ▪ desemprego ▪ isolamento social ▪ baixa escolaridade ▪ dificuldade de acesso a direitos

Como isso interfere na saúde

Pode limitar a prevenção, o acesso ao cuidado, a adesão ao tratamento e a recuperação após eventos adversos.

Vulnerabilidade não é sinônimo apenas de pobreza nem deve ser tratada como uma característica fixa da pessoa.

Vulnerabilidade individual ou clínica

Considere as necessidades concretas e a capacidade de proteção de cada pessoa.

Condições relevantes

- Dependência funcional
- Doenças crônicas
- Limitações cognitivas

Necessidades de cuidado

- Apoio para atividades diárias
- Acompanhamento contínuo
- Rede de apoio disponível

Atenção à avaliação

Idade ou diagnóstico, isoladamente, não definem vulnerabilidade. Avalie a funcionalidade, a exposição, o contexto e os recursos disponíveis.

Ambiente e acesso aos serviços

A vulnerabilidade pode resultar da combinação de diferentes barreiras.

Vulnerabilidade ambiental e habitacional

- Moradia precária
- Saneamento insuficiente
- Poluição e áreas de risco
- Ausência de infraestrutura

Vulnerabilidade no acesso

- Distância e transporte
- Barreiras físicas ou comunicacionais
- Dificuldade para obter medicamentos
- Descontinuidade do cuidado

O mesmo perigo pode afetar pessoas de formas diferentes, conforme suas condições de vida, exposição e capacidade de proteção.

Exposição semelhante, consequências diferentes

A análise do risco deve considerar as condições de proteção e recuperação.

ENCHENTE



Pessoa com recursos

- Transporte próprio
- Rede de apoio
- Moradia alternativa

Pessoa mais vulnerável

- Idosa que vive sozinha
- Mobilidade reduzida
- Medicamentos contínuos
- Sem moradia alternativa

Implicação para o cuidado

A segunda pessoa pode ter maior dificuldade para sair da área, manter o tratamento e se recuperar. A equipe deve considerar essas necessidades na priorização e no planejamento.



A Política Nacional de Vigilância em Saúde orienta que ***os riscos e as vulnerabilidades*** sejam analisados considerando ***as características do território e o diálogo com a comunidade***, com prioridade para quem enfrenta maior risco.

Cinco etapas para identificar riscos

Uma sequência simples organiza a observação e a resposta.

1 → 2 → 3 → 4 → 5

Observar

Descrever objetivamente a condição encontrada.

Identificar

Reconhecer quem está exposto e suas vulnerabilidades.

Avaliar

Considerar gravidade, exposição e dano possível.

Registrar

Documentar os achados e priorizar a resposta.

Agir

Comunicar, encaminhar e acompanhar.

A prioridade depende da gravidade potencial, da exposição atual, da urgência e da capacidade de proteção.

Do achado à ação

O registro deve ser objetivo, útil e orientar a resposta.

Situação observada	Possível risco	Ação inicial
Água parada em recipientes	Proliferação de mosquitos	Orientar, eliminar criadouros quando possível e comunicar conforme o fluxo local.
Idosa com quedas recentes	Queda e lesões	Avaliar necessidades e medidas de prevenção; comunicar à equipe.
Esgoto exposto	Exposição a contaminantes	Registrar e articular com equipe e setor de saneamento.
Pessoa acamada sem cuidador	Descontinuidade do cuidado	Solicitar avaliação prioritária das necessidades assistenciais.

Identificar um risco não significa resolvê-lo isoladamente: muitas situações exigem articulação intersetorial.

Quem pode atuar diante dos riscos?

A resposta deve corresponder à natureza do problema e aos fluxos locais.

Atenção Primária à Saúde

Acolhimento, avaliação, orientação, acompanhamento e coordenação do cuidado.

Vigilância em Saúde

Investigação, monitoramento, prevenção e controle de riscos e agravos.

Outros setores

Saneamento, assistência social, Defesa Civil e serviços públicos pertinentes.

Integração intersetorial: compartilhar informações necessárias, definir responsabilidades e acompanhar as medidas adotadas.

Seguir protocolos institucionais, fluxos municipais e critérios de urgência.

Observar.

Identificar.

Avaliar.

Registrar.

Priorizar.

Agir.

“Reconhecer os riscos no território é compreender como as pessoas vivem, quais condições ameaçam sua saúde e quais ações podem transformar essa realidade.”

Obrigada!

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS nº 588, de 12 de julho de 2018. Política Nacional de Vigilância em Saúde.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Guia de Vigilância em Saúde. Consultar a edição e os capítulos vigentes.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436/2017. Política Nacional de Atenção Básica.
- Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde — materiais técnicos sobre saúde ambiental, vigilância e promoção da saúde.

Links de consulta:

gov.br/saude ▪ bvsms.saude.gov.br ▪ gov.br/conselho-nacional-de-saude

AULAS TEÓRICAS - ONLINE

28/10 – 19:30 às 22:00 - Legislação, competências, atribuições e responsabilidades do Agente Comunitário de Saúde. Cadastramento e visita domiciliar.

29/10 – 19:30 às 22:00 – Legislação, competências, atribuições e responsabilidades do Agente de Combate de Endemias – Educador Social. Promoção à saúde e prevenção de agravos.

30/10 – 19:30 às 22:00 – Educação em saúde, conceito e aplicação, comunicação em saúde, abordagem individual, familiar e comunitária. Planejamento de ações educativas: público-alvo, objetivos, metodologia, recursos, abordagem e avaliação.

ATIVIDADE DE CAMPO – ROTEIRO
PERÍODO – 30/10 a 06/11

Agente Comunitário de Saúde (ACS) – Realizar o cadastramento de 2 domicílios com a aplicação da ESCALA DE COELHO, e o cadastro individual dos respectivos membros familiares, utilizando as fichas disponíveis no site da fundação Fafipa. A visita poderá ser realizada em seu bairro de residência.

Agente de combate às endemias (ACE)– Realizar a visita em 2 residências em seu bairro e preencher a ficha de registro diário do serviço antivetorial do Programa Nacional de Controle da Dengue, disponível no site da fundação Fafipa.

Agente de combate às endemias Educador em Saúde – Realizar a visita em 2 residências em seu bairro e preencher a ficha de registro diário do serviço antivetorial do Programa Nacional de Controle da Dengue. Faça o diagnóstico da área e formule uma atividade educativa, conforme modelo disponível no site da fundação Fafipa.

ENCONTRO PRESENCIAL

07/11 – SÁBADO – PERÍODO DA MANHÃ
- Integração entre as equipes de ACS/ACE, atenção primária à saúde, vigilância em saúde e demais serviços da rede de atenção à saúde.
- Ética e humanização
- Apresentação da atividade de campo. (10 pessoas)

07/11 – SÁBADO – PERÍODO DA TARDE
- Avaliação final

ESCALA DE RISCO FAMILIAR DE COELHO-SAVASSI

Sentinelas de risco, definições das sentinelas e escore de risco

Dados da ficha A SIAB (sentinelas de risco)	Definições das sentinelas de risco	Escore de risco
Acamado	Toda pessoa restrita ao seu domicílio, por falta de habilidade e/ou incapacidade de locomoção por si só a qualquer unidade de saúde.	3
Deficiência física	Defeito ou condição física de longa duração ou permanente, que dificulta ou impede a realização de determinadas atividades cotidianas, escolares, de trabalho ou de lazer.	3
Deficiência mental	Defeito ou condição mental de longa duração ou permanente, que dificulta ou impede a realização de determinadas atividades cotidianas, escolares, de trabalho ou de lazer.	3
Baixas condições de saneamento	Saneamento implica no controle dos fatores do meio físico do homem, que podem exercer efeitos prejudiciais à sua saúde.	3
Desnutrição grave	Percentil menor que 0,1 e peso muito baixo para a idade.	3
Drogadição	Utilização compulsiva de drogas lícitas ou ilícitas, que apresentem potencial para causar dependência química (álcool, tabaco, benzodiazepínicos, barbitúricos e drogas ilícitas).	2
Desemprego	Situação na qual a pessoa não esteja exercendo nenhuma ocupação (não incluir na avaliação férias, licenças ou afastamentos temporários). A realização de tarefas domésticas é considerada ocupação (trabalho doméstico), mesmo que não seja remunerado.	2
Analfabetismo	Pessoa que, a partir da idade escolar, não sabe ler nem escrever no mínimo um bilhete, e/ou que sabe apenas assinar o nome.	1
Menor de 6 meses	Lactente com idade até 5 meses e 29 dias.	1
Maior 70 anos	Toda pessoa com mais de 70 anos completos.	1
Hipertensão arterial sistêmica	Pressão arterial sistólica maior ou igual a 140mmHg e pressão arterial diastólica maior ou igual a 90mmHg, em indivíduos que não usam medicação anti-hipertensiva.	1
Diabetes *Mellitus*	Grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia e associadas a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos.	1
Relação morador/cômodo	Número de moradores no domicílio dividido pelo número de cômodos na residência. São considerados cômodos todos os compartimentos integrantes do domicílio, inclusive banheiro e cozinha, separados por paredes, e os existentes na parte externa do prédio, desde que constituam parte integrante do domicílio, com exceção de corredores, alpendres, varandas abertas, garagens, depósitos.	>1: 3 pontos Igual a 1: 2 pontos <1: 0 ponto

Cálculo do risco familiar

Escore total	Risco familiar
5 ou 6	R1 – Risco menor
7 ou 8	R2 – Risco médio
Acima de 9	R3 – Risco máximo

Referência: SAVASSI, L. C.; LAGE, J. L.; COELHO, F. L. **Sistematização de um instrumento de estratificação de risco familiar: Escala de risco familiar de Coelho-Savassi**. *Journal of Management & Primary Health Care*, 3(2):179-85, 2012.

Digitalizada com CamScanner