

# DIRETRIZ NACIONAL PARA ATUAÇÃO INTEGRADA DOS AGENTES DE COMBATE ÀS ENDEMIAS E AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NO TERRITÓRIO

---



# DIRETRIZ NACIONAL PARA ATUAÇÃO INTEGRADA DOS AGENTES DE COMBATE ÀS ENDEMIAS E AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NO TERRITÓRIO

---



2025 Ministério da Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: [bvsmms.saude.gov.br](http://bvsmms.saude.gov.br).

1ª edição – 2025 – versão eletrônica

*Elaboração, distribuição e informações:*

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente

Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e

Saúde do Trabalhador

Coordenação-Geral de Vigilância em Saúde Ambiental

SRTV, quadra 702, via W5 Norte, Edifício PO 700, 6º andar

CEP: 70719-040 – Brasília/DF

Site: [www.saude.gov.br/svs](http://www.saude.gov.br/svs)

E-mail: [cgvam@saude.gov.br](mailto:cgvam@saude.gov.br)

Secretaria de Atenção Primária à Saúde

Departamento de Estratégias e Políticas

de Saúde Comunitária

Esplanada dos Ministérios, Bloco O, 8º andar

CEP: 70050-000 – Brasília/DF

E-mail: [gabinete.saps@saude.gov.br](mailto:gabinete.saps@saude.gov.br)

*Ministro de Estado da Saúde:*

Alexandre Rocha Santos Padilha

*Secretária de Vigilância em Saúde e Ambiente:*

Mariângela Batista Galvão Simão

*Secretária de Atenção Primária à Saúde:*

Ana Luiza Ferreira Rodrigues Caldas

*Edição-geral:*

Agnes Soares da Silva – DVSAT/SVSA/MS

Alessandro Aldrin Pinheiro Chagas – Conasems

Antonia Maria Rosa – Universidade do Estado de Mato

Grosso – Unemat

Darwin Renne Florencio Cardoso – DVSAT/SVSA/MS

Eliane Ignotti – CGVAM/DVSAT/SVSA/MS

Ethel Leonor Noia Maciel – Universidade Federal

do Espírito Santo – Ufes

Fernando Campos Avendanho – Conass

Kandice de Melo Falcão – Conasems

Kauara Brito Campos – CGVAM/DVSAT/SVSA/MS

Marcela Alvarenga de Moraes – Conasems

Nereu Henrique Mansano – Conass

Ranieri Flávio Viana de Sousa – CGVAM/DVSAT/SVSA/MS

Rosângela Treichel Saenz Surita – Conasems

Viviane Aparecida Bruno Inácio – Conasems

*Organização:*

Agnes Soares da Silva – DVSAT/SVSA/MS

Antonia Maria Rosa – Universidade do Estado de Mato

Grosso – Unemat

Darwin Renne Florencio Cardoso – DVSAT/SVSA/MS

Eliane Ignotti – CGVAM/DVSAT/SVSA/MS

Kauara Brito Campos – CGVAM/DVSAT/SVSA/MS

Kelma Teles de Lima – CGVAM/DVSAT/SVSA/MS

Ranieri Flávio Viana de Sousa – CGVAM/DVSAT/SVSA/MS

*Editoria técnico-científica:*

Natália Peixoto Lima – CGEVSA/Daevs/SVSA/MS

Paola Barbosa Marchesini – CGEVSA/Daevs/SVSA/MS

Sheyla Maria Araújo Leite – CGEVSA/Daevs/SVSA/MS

Tatiane Fernandes Portal de Lima Alves da Silva –

CGEVSA/Daevs/SVSA/MS

*Capa e ilustração:*

Ademildo Coelho Mendes – GAB/SVSA/MS

*Diagramação:*

Fred Lobo – CGEVSA/Daevs/SVSA/MS

*Revisão:*

Tatiane Souza – CGEVSA/Daevs/SVSA/MS

*Normalização:*

Delano de Aquino Silva – Editora MS/CGDI

#### Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde.

Diretriz Nacional para Atuação Integrada dos Agentes de Combate às Endemias e Agentes Comunitários de Saúde no Território [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2025.

51 p. : il.

Modo de acesso: World Wide Web:

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretriz\\_atuacao\\_integrada\\_agentes\\_combate\\_endemias.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretriz_atuacao_integrada_agentes_combate_endemias.pdf)

ISBN 978-65-5993-788-2

1. Doenças endêmicas. 2. Agente comunitário de saúde. 3. Integração comunitária. 4. Saúde Pública. 5. Sistema Único de Saúde (SUS). I. Título.

CDU 616.036.22

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2025/0216

*Título para indexação:*

National Guideline for the Integrated Action of Endemic Disease Control Agents and Community Health Agents in the Territory

# LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b>	Linha do tempo da trajetória dos agentes de combate às endemias e dos agentes comunitários de saúde	14
<b>Figura 2</b>	Distribuição dos agentes de combate às endemias (ACE) e agentes comunitários de saúde (ACS) no Brasil, 2024	16
<b>Figura 3</b>	Locais cujas visitas pelos agentes de saúde devem ser feitas com maior periodicidade	24
<b>Figura 4</b>	Intervenções oportunas que podem ser desenvolvidas no território pelos ACE e ACS	25
<b>Figura 5</b>	Desafios para integração dos ACE e ACS	29

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

<b>ACE</b>	Agente de combate às endemias
<b>ACS</b>	Agente comunitário de saúde
<b>AFC</b>	Assistência Financeira Complementar
<b>APS</b>	Atenção Primária à Saúde
<b>CBO</b>	Classificação Brasileira de Ocupação
<b>Cerest</b>	Centros de Referência em Saúde do Trabalhador
<b>CGVAM</b>	Coordenação-Geral de Vigilância em Saúde Ambiental
<b>CNS</b>	Conselho Nacional de Saúde
<b>CRAS</b>	Centros de Referência de Assistência Social
<b>Conass</b>	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
<b>Conasems</b>	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
<b>DCN</b>	Diretrizes Curriculares Nacionais
<b>DVSAT</b>	Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador
<b>eAP</b>	Equipe de Atenção Primária
<b>eCR</b>	Equipes de Consultório na Rua
<b>EPC</b>	Equipamento de proteção coletiva
<b>EPI</b>	Equipamento de proteção individual
<b>Esavi</b>	Eventos Supostamente Atribuíveis à Vacinação ou Imunização
<b>eSF</b>	Equipe de Saúde da Família
<b>ESF</b>	Estratégia Saúde da Família
<b>FPSEEA</b>	Força Motriz-Pressão-Situação-Exposição-Efeito-Ação
<b>Funasa</b>	Fundação Nacional de Saúde
<b>GUT</b>	Gravidade, Urgência e Tendência
<b>LGBTQIA+</b>	Lésbicas, gays, bissexuais, transexuais, queer, intersexuais, assexuais e demais orientações sexuais e identidades de gênero
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>NR</b>	Norma Regulamentadora
<b>ODS</b>	Objetivos de Desenvolvimento Sustentáveis
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>ONG</b>	Organização Não Governamental
<b>PA</b>	Ponto de Apoio

<b>Pacs</b>	Programa de agentes comunitários de saúde
<b>PDSA</b>	<i>Plan, Do, Study, Act</i>
<b>Pfea</b>	Planejar, Fazer, Estudar, Agir
<b>Pnab</b>	Política Nacional de Atenção Básica
<b>PNCD</b>	Programa Nacional de Controle de Dengue
<b>Pnacs</b>	Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde
<b>Pneps</b>	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
<b>PNPS</b>	Política Nacional de Promoção da Saúde
<b>PNVS</b>	Política Nacional de Vigilância em Saúde
<b>PNSTT</b>	Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora
<b>PPA</b>	Plano Plurianual
<b>PSF</b>	Programa Saúde da Família
<b>PSR</b>	Pessoas em Situação de Rua
<b>RAS</b>	Rede de Atenção à Saúde
<b>Renast</b>	Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
<b>RET-SUS</b>	Rede de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde
<b>RG</b>	Registro Geográfico
<b>Saes</b>	Secretaria de Atenção Especializada à Saúde
<b>Saps</b>	Secretaria de Atenção Primária à Saúde
<b>SCNES</b>	Sistema Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
<b>Sesp</b>	Serviço Especial de Saúde Pública
<b>SGTES</b>	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
<b>SMS</b>	Secretaria Municipal de Saúde
<b>SUAS</b>	Sistema Único de Assistência Social
<b>Sucam</b>	Superintendência de Campanhas de Saúde Pública
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>SVSA</b>	Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente
<b>UBS</b>	Unidades Básicas de Saúde
<b>UFRGS</b>	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
<b>Visat</b>	Vigilância em Saúde do Trabalhador
<b>VS</b>	Vigilância em Saúde

# SUMÁRIO



<b>APRESENTAÇÃO</b>	<b>9</b>
<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>10</b>
1.1 Contexto histórico e evolução profissional dos agentes de saúde	10
1.1.1 Agentes de combate às endemias	10
1.1.2 Agentes comunitários de saúde	11
1.1.3 Marcos legislativos e transformações na atuação dos ACE e ACS no Brasil	12
1.2 Distribuição dos ACE e ACS no território brasileiro	15
<b>2 ATUAÇÃO DOS AGENTES DE SAÚDE NA PERSPECTIVA DA INTEGRAÇÃO</b>	<b>17</b>
2.1 Atribuições dos agentes de saúde	19
2.2 Atuação em áreas de risco e de maior vulnerabilidade	24
<b>3 REORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO</b>	<b>26</b>
3.1 Desafios para integração dos ACE e ACS	28
<b>4 DEFESA DO TRABALHO SEGURO DOS ACE E ACS – SAÚDE DO TRABALHADOR</b>	<b>31</b>
4.1 Atenção integral à saúde e segurança da trabalhadora e do trabalhador ACE e ACS	31
4.2 Medidas a serem adotadas para a proteção da saúde dos agentes de saúde	32
<b>5 FORMAÇÃO TÉCNICA DOS ACE E ACS</b>	<b>34</b>
5.1 Programa de formação dos agentes de saúde	34
5.1.1 Treinamento especial	34
5.1.2 Programa de Formação/ Qualificação profissional	34
5.2 Programa de educação permanente dos agentes de saúde	35

<b>6 RECOMENDAÇÕES GERAIS</b>	<b>36</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>37</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>42</b>
Anexo A – Reorganização do processo de trabalho: ciclo PFEA	42
Anexo B – Instrumento de estratificação de risco de Coelho-Savassi	46
Anexo C – Objetivos SMART	47
Anexo D – Matriz GUT ( Gravidade, Urgência e Tendência)	48
Anexo E – Planilha 5W2H	49
<b>EQUIPE TÉCNICA</b>	<b>50</b>



# APRESENTAÇÃO

A integração entre diferentes políticas e ações é fundamental para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS). Em especial, a articulação entre a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), instituída pela Resolução n.º 588, de 12 de julho de 2018, e a Política Nacional de Atenção Básica (Pnab), aprovada pela Portaria n.º 2.436, de 21 de setembro de 2017, é estratégica para melhorar a eficiência da saúde pública brasileira (Brasil, 1988, 1990, 2017a, 2018b).

A atuação conjunta dos agentes de saúde – agentes de combate às endemias (ACE) e os agentes comunitários de saúde (ACS) – fortalecem o SUS ao promover uma abordagem coordenada que une vigilância, prevenção, promoção, proteção da saúde e a atenção integral (individual e coletiva) da população brasileira.

Diversas experiências têm destacado a inter-relação entre a Vigilância em Saúde (VS) e a Atenção Primária à Saúde (APS)<sup>1</sup>, em alinhamento com a Pnab, a PNVS e a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) (Brasil, 2017a, 2018b, 2018c). Essas iniciativas demonstram a integração entre ACE e ACS, evidenciando o potencial dessa articulação na prática (Pereira; Pícole; Cazola, 2020; Damasceno; Lima, 2022; Oliveira; Castro; Figueiredo, 2016; Paraná, 2024).

Entretanto, tais iniciativas ainda se apresentam de forma isolada e carecem de uma orientação que norteie a atuação conjunta dos ACE e ACS sob essa perspectiva integrada. A presente diretriz estabelece orientações que promovam uma atuação conjunta, estruturada e eficaz.

Esta diretriz é fruto de uma ampla colaboração entre diferentes setores da saúde pública e surge para fortalecer práticas integradas e orientações fundamentais ao cuidado e bem-estar da população brasileira. Sua elaboração foi conduzida pelo Ministério da Saúde a partir de um grupo de trabalho coordenado pela Coordenação-Geral de Vigilância em Saúde Ambiental (CGVAM) vinculada à Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVSA), em conjunto com a Secretaria de Atenção Primária à Saúde (Saps), a Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) (Brasil, 2023a).

Seu objetivo é orientar a atuação dos ACE e ACS nos estados, Distrito Federal e municípios, fortalecendo a integração das equipes que atuam na VS e APS, potencializando o papel desses profissionais na promoção da saúde dos indivíduos e das comunidades.

<sup>1</sup>A Política Nacional de Atenção Básica (Pnab) considera os termos Atenção Básica (AB) e Atenção Primária à Saúde (APS) como equivalentes em suas concepções atuais, assegurando que ambos compartilhem os mesmos princípios e diretrizes (Brasil, 2017a).

# 1

## INTRODUÇÃO



### 1.1 Contexto histórico e evolução profissional dos agentes de saúde

#### 1.1.1 Agentes de combate às endemias

A definição da profissão e das competências do ACE remonta ao início do século XX durante as campanhas de controle de endemias rurais no Brasil, especialmente contra a febre amarela, malária e doença de Chagas. Naquela época, os ACE eram denominados como “guardas sanitários” ou “guardas de endemias”. Essa profissão foi instituída com o objetivo de combater as doenças no território, consolidando os programas de prevenção e controle dessas endemias (Evangelista *et al.*, 2018).

Ao longo do tempo, a “guarda sanitária” foi reformulada, para atuar diretamente no combate ao mosquito transmissor da febre amarela, *Aedes aegypti*, adotando inclusive medidas rigorosas para o combate deste vetor, até mesmo multando e intimidando proprietários de imóveis precários a fim de demoli-los ou reformá-los (Barbosa; Gondim; Oliveira, 2016).

Também foram criadas as brigadas sanitárias que eram formadas por diversas categorias profissionais, incluindo os “guardas sanitários” ou “polícia sanitária”, denominados pela população de “mata-mosquitos”. Esses trabalhadores se deslocavam pela cidade limpando calhas e telhados, solicitando medidas para proteger caixas-d’água, colocando petróleo em ralos e bueiros e eliminando os depósitos de larvas de mosquitos (FNS, 2004).

Em 1970, houve uma reformulação interna e o Ministério da Saúde criou a Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (Sucam) e o Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp). Nesse período, as denominações “guarda sanitária” e “polícia sanitária” foram extintas e os profissionais passaram a ser nomeados agentes de saúde pública (Brasil, 1970; FNS, 2004).

Vinte anos depois, com a instituição do SUS, a Sucam e o Sesp passaram a integrar juntos um novo órgão denominado Fundação Nacional de Saúde (Funasa) e, posteriormente, iniciou-se o processo de descentralização das ações e serviços de saúde para os estados, o Distrito Federal e os municípios (Brasil, 1990).

Com a promulgação da Lei n.º 11.350, de 5 de outubro de 2006, passou a ser oficialmente adotado o nome agente de combate às endemias (ACE) em todo o território nacional, substituindo a antiga nomenclatura de agentes de saúde pública e definindo suas atribuições (Brasil, 2006).

A implementação da PNVS em 2018 trouxe um marco significativo para a atuação dos ACE. Essa política fortalece as ações de vigilância em saúde no território, que são parte central das atribuições desses agentes, promovendo a integração entre os componentes da VS e a APS (Brasil, 2018b).

Nesse contexto, os ACE desempenham um papel estratégico na implementação local das ações previstas pela PNVS, especialmente no monitoramento de riscos ambientais e no combate às doenças transmitidas por vetores, fortalecendo as estratégias de promoção e proteção da saúde previstas na política pública.

## 1.1.2 Agentes comunitários de saúde

As primeiras experiências de trabalho e formação informal dos ACS no Brasil remontam às décadas de 1970 e 1980, quando iniciativas lideradas por Organizações Não Governamentais (ONGs) começaram a delinear as bases da atuação desses profissionais em diversos municípios do País (Barros *et al.*, 2010).

Em 1987, ocorreu a primeira iniciativa governamental oficial de implantação dos ACS como estratégia estadual no Ceará. A partir de 1990, o programa foi ampliado gradualmente para outras regiões, culminando, em 1991, na criação do Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (Pnacs) pelo Ministério da Saúde, em parceria com as Secretarias Estaduais e Municipais. Inicialmente, o Pnacs focava no combate à mortalidade materna e infantil, especialmente nas Regiões Norte e Nordeste (Morosini; Corbo; Guimarães, 2007; Brasil, 2016).

Em 1992, com o objetivo de integrar e unificar ações dispersas em diferentes localidades do País, o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (Pnacs), criado em 1991, foi reorganizado e renomeado como Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) (Brasil, 2001a).

Em 1994, foi criado o Programa Saúde da Família (PSF), que reorientou o modelo de cuidado com foco primordial no estabelecimento de vínculos, a criação de laços de compromisso e de corresponsabilidade entre os profissionais de saúde e a população (Brasil, 1997). Como forma de fortalecer esse modelo, em 8 de dezembro de 1997 é publicada a Portaria n.º 1.886, que aprova as normas e diretrizes do Pacs e PSF (Brasil, 1997).

O PSF incorporou as equipes multiprofissionais como estratégia central para a reorganização do modelo de atenção à saúde no Brasil, sendo composta por médico de família ou generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e ACS, com a possibilidade da inclusão de outros profissionais como os ACE (Brasil, 1997, 2001b; Pinto; Giovanella, 2018).

Em 4 de outubro de 1999 foi publicado o Decreto n.º 3.189, que apresentou diretrizes para o exercício da atividade de ACS, porém o reconhecimento formal da profissão ocorreu em 2002, com a promulgação da Lei n.º 10.507, de 10 de julho de 2002, que definiu suas atividades como exclusivas do âmbito do SUS (Brasil, 2002).

O PSF foi se tornando gradualmente a principal estratégia de ampliação do cuidado, de aprimoramento e fortalecimento do SUS norteando a substituição do modelo tradicional de assistência, predominantemente biomédico e focado na cura de doenças, por um modelo centrado na promoção da saúde, na prevenção de doenças e no cuidado integral às famílias (Brasil, 2006b).

Avançando na reorientação da Atenção à Saúde, o PSF passou a ser denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF) em 2006, na primeira Pnab, a qual foi revisada posteriormente em 2011 e 2017 (Pinto; Giovanella, 2018; Matuo, Silva; Ribeiro, 2024).

Essas revisões atualizaram as atribuições dos ACS e buscaram reforçar a ESF e a APS como porta de entrada preferencial do SUS, destacando o cuidado integral e o atendimento às necessidades de saúde da população. Elas também buscaram reconhecer a diversidade de arranjos organizativos da APS em diferentes territórios e reafirmar o papel estratégico dos ACS como agentes de transformação no cuidado em saúde.

Em 2024, foi instituída pela Portaria n.º 3.493, de 10 de abril de 2024, uma nova metodologia de cofinanciamento federal do Piso da Atenção Primária à Saúde no âmbito do SUS, com seis componentes de cofinanciamento, incluindo um componente de vínculo e acompanhamento territorial para as equipes de Saúde da Família (eSF) e equipes de Atenção Primária (eAP). Um dos incentivos desse modelo é a maior valorização e o fortalecimento das atribuições do ACS no território e no acompanhamento da população (Brasil, 2011, 2024a).

### **1.1.3 Marcos legislativos e transformações na atuação dos ACE e ACS no Brasil**

Embora a história dos ACE remonte a meados do século XX e dos ACS mais para o final do mesmo século, foi apenas em 2006 que as atribuições dos ACE foram formalmente regulamentadas pela Lei n.º 11.350/2006. Essa legislação representou um marco, pois revogou a Lei n.º 10.507/2002, que havia criado a profissão de ACS exclusiva no âmbito do SUS, e passou a regulamentar as atividades tanto dos ACE quanto dos ACS.

Em 2014, a Lei Federal n.º 12.994, de 17 de junho, trouxe importantes avanços ao estabelecer o piso salarial e garantir direitos trabalhistas específicos para essas categorias. Anos depois, em 2018, a Lei n.º 13.595 foi revisada, ampliando as funções desses profissionais. Mais recentemente, a Lei n.º 14.536, de 11 de maio de 2023, reconheceu os agentes de saúde como profissionais de saúde, reforçando seu papel estratégico no SUS (Brasil, 2023b).

Ao longo do tempo, a atuação dos ACE e ACS tem evoluído continuamente, refletindo as mudanças no modelo de saúde adotado em diferentes períodos, as demandas da população e as novas compreensões sobre o processo saúde-doença.

Essa transformação é visível em iniciativas como a ESF, desde seu primórdio enquanto PSF, e o Programa Nacional de Controle de Dengue (PNCD), lançado em 2002. Mais adiante, a emergência do Zika vírus em 2016 exigiu ações rápidas de sensibilização comunitária e medidas para mitigar impactos como a microcefalia. Em 2020, esses profissionais estiveram no enfrentamento à pandemia de covid-19 (Brasil, 2002; Fauci; Morens, 2016; Neiva *et al.*, 2020), reforçando a integração como prática necessária para o enfrentamento dos desafios para a vigilância e atenção à saúde.

Desde a Reforma Sanitária, a criação do SUS e a adoção do conceito ampliado de saúde, permanece o desafio de aplicar um modelo de saúde que vá além do foco exclusivo em doenças. Para os ACE e ACS, isso implica expandir seu campo de atuação e alinhar suas atividades com uma visão mais abrangente e integrada da saúde.

A qualificação técnica desses profissionais, por meio de iniciativas como o curso Programa Saúde com Agente, lançado em 2022, e atualmente chamado de “Mais Saúde com Agente”, tem sido essencial para fortalecer a atuação dos ACE e ACS nas comunidades. Essa formação – além de aprimorar as ações de vigilância, promoção da saúde, atenção e prevenção de doenças – promove também o desenvolvimento contínuo dos **agentes de saúde**, preparando-os para oferecer um atendimento mais eficaz, integrado e humanizado à população.

A linha do tempo a seguir (Figura 1) mostra resumidamente a trajetória dos ACE e ACS na saúde pública do País.

FIGURA 1

## Linha do tempo da trajetória dos Agentes de Combate às Endemias e Agentes Comunitários de Saúde

### AGENTES DE COMBATE ÀS ENDEMIAS

- **1950** Primeiros Programas de Controle de Endemias : controle de doenças como a malária e a febre amarela.
- **1970** Agentes de Saúde Pública: criação da Sucam.
- **1990** Agentes de Vigilância em Saúde: o programa de ACE foi progressivamente ampliado em todo o País.
- **2002** Agentes de Controle de Endemias: o Ministério da Saúde implementou o Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD).
- **2006** A Lei n.º 11.350/2006- Profissionalização dos ACE e ACS.
- **2014** Piso salarial profissional nacional e diretrizes para o plano de carreira.
- **2016** Agentes de Combate às Endemias: emergência de Saúde Pública devido ao Zika Vírus.
- **2018** A Lei n.º 13.595/2018 – Reformulação das atribuições profissionais. Política Nacional de Vigilância em Saúde-PNVS.
- **2020** Lançamento do Programa Saúde com Agente- Técnico em Vigilância em Saúde com Ênfase no Combate às Endemias.
- **2022** Emenda Constitucional n.º 120: acrescentou parágrafos ao artigo 198 da Constituição Federal para abordar a responsabilidade financeira da União na remuneração e valorização dos profissionais ACS e ACE.
- **2023** Os Agentes foram reconhecidos como profissionais de saúde. Instituído o Programa Mais Saúde com Agente em Vigilância em Saúde, com Ênfase no Combate às Endemias.
- **2025** Diretrizes Nacionais para Prevenção e Controle das Arboviroses Urbanas: Vigilância Entomológica e Controle Vetorial. Diretriz Nacional para Atuação Integrada dos ACE e ACS no Território.

### AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

- **1987** Primeira iniciativa oficial de implantação de ACS como estratégia de governo, em âmbito estadual, no Ceará.
- **1990** O programa de ACS foi gradualmente expandido em todo o País.
- **1991** Criação do Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS) pelo Ministério da Saúde, com foco no combate à mortalidade materna e infantil nas regiões norte e nordeste.
- **1992** O PNACS é renomeado para Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).
- **1994** Lançado o Programa Saúde da Família (PSF).
- **2002** Criação da profissão de ACS pela Lei n.º 10.507, a ser exercida exclusivamente no âmbito do SUS.
- **2006** Lei n.º 11.350/2006 – Profissionalização dos ACE e ACS. Primeira Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).
- **2011** Primeira revisão da PNAB.
- **2014** Piso salarial profissional nacional e diretrizes para o plano de carreira.
- **2017** Revisão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).
- **2018** Lei n.º 13.595/2018 – Reformulação das atribuições desses profissionais.
- **2020** Instituído o Programa Saúde com Agente-Técnico em Agente Comunitário de Saúde.
- **2022** Emenda Constitucional n.º 120: acrescentou parágrafos ao artigo 198 da Constituição Federal para abordar a responsabilidade financeira da União na remuneração e valorização dos profissionais ACS e ACE.
- **2023** Os Agentes foram reconhecidos como profissionais de saúde. Instituído o Programa Mais Saúde com Agente-Técnico em Agente Comunitário de Saúde.
- **2024** Portaria SAPS/MS n.º 31 inclui CBO 3222-55 de Técnico em Agente Comunitário de Saúde.
- **2025** Diretriz Nacional para Atuação Integrada dos ACE e ACS no Território.

Fonte: CGVAM/DVSAT/SVSA/MS (2024).

## 1.2 Distribuição dos ACE e ACS no território brasileiro

Em dezembro de 2024, o Brasil contava com 104.832 ACE (Figura 2) de acordo com o Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (SCNES). O MS repassa mensalmente, Fundo a Fundo, por meio da Assistência Financeira Complementar (AFC) recursos para cofinanciar essa força de trabalho, conforme critérios estabelecidos (Brasil, 2024b) (Figura 2).

Os gestores municipais do SUS cadastram no SCNES os seus respectivos ACE, utilizando o código definitivo de Classificação Brasileira de Ocupação (CBO) “5151-40 – AGENTE DE COMBATE ÀS ENDEMIAS”, estabelecido pelo Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), em substituição ao código provisório da CBO n.º 5151-F1, conforme descrito na Portaria GM/MS n.º 535, de 30 de março de 2016.

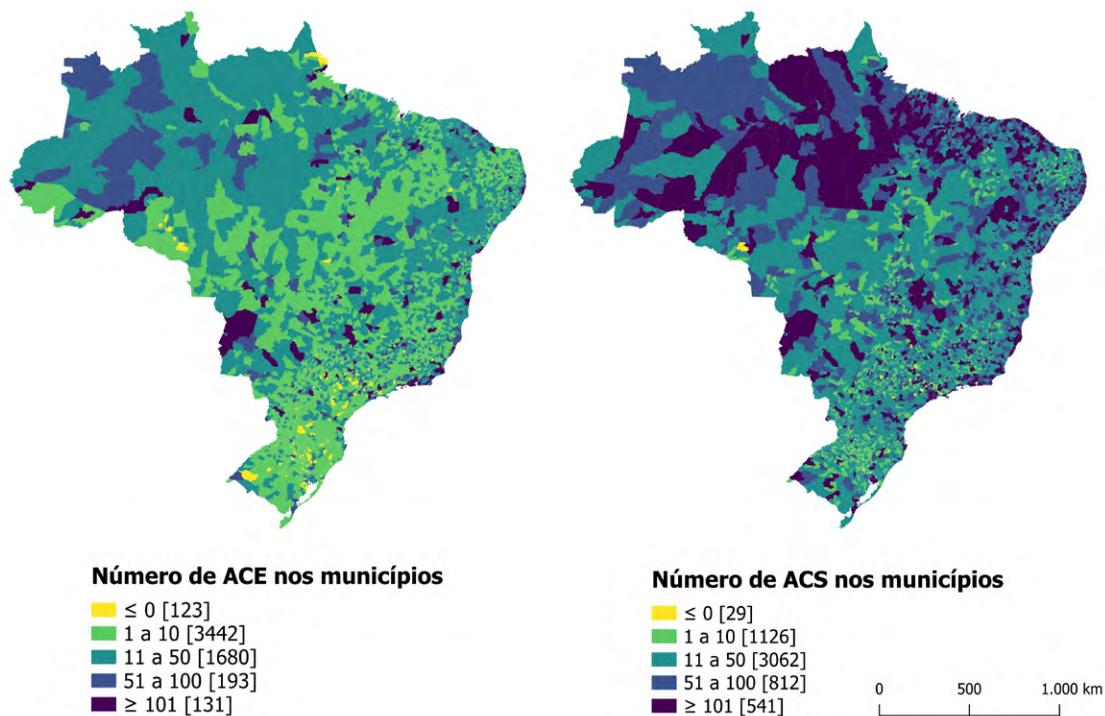
O quantitativo de ACE para contratação por meio da AFC foi construído considerando o perfil epidemiológico dos municípios, a análise demográfica e as endemias mais prevalentes no País à época, e que requeriam mais horas de trabalho dos ACE, tais como: dengue, malária e leishmaniose visceral. Em relação a essas doenças, foram definidos cenários epidemiológicos para cada município e, com base nisso, foi determinado o limite para financiamento com recursos da União de acordo com o Título I, Capítulo I, Seção I da Portaria de Consolidação n.º 6, de 28 de setembro de 2017, art. 420 (Origem: PRT MS/GM 1025/2015, art. 5) (Brasil, 2017b).

Na competência SCNES de dezembro de 2024, o Brasil contava com 281.008 ACS cofinanciados. Atualmente, estão distribuídos entre as categorias de agente comunitário de saúde CBO 5151-05) e técnico em agente comunitário de saúde (CBO 3222-55) (Brasil, 2024b).

O cofinanciamento desses profissionais é estruturado por meio de transferências federais, sendo a União responsável pelo repasse de recursos próprios e exclusivos aos estados e municípios, com o objetivo de cofinanciar o piso salarial dos ACS, em conformidade com a Emenda Constitucional n.º 120/2022.

FIGURA 2

### Distribuição dos Agentes de Combate às Endemias (ACE) e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) no Brasil, 2024



Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (Cnes) e Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab). Dados extraídos em dezembro/2024.

# 2

## ATUAÇÃO DOS AGENTES DE SAÚDE NA PERSPECTIVA DA INTEGRAÇÃO

Os esforços para a formulação de políticas públicas, diretrizes e estratégias que promovam a melhoria da saúde pública têm sido amplamente inspirados por marcos históricos internacionais. Entre eles, destacam-se a Conferência de Estocolmo, realizada em 1972 (Nações Unidas, 1972), e a Declaração de Alma-Ata, aprovada em 1978 (OMS, 1978).

Esses eventos exerceram grande impacto no movimento de reforma sanitária brasileira nas décadas de 70 e 80, que culminou na criação de um sistema público, universal e descentralizado de saúde. Essa transformação modificou profundamente a organização da saúde pública no País, orientando o desenvolvimento da VS e da APS ao longo das últimas décadas. Tais esforços têm contribuído para a construção de um sistema de saúde mais inclusivo, resiliente e alinhado às demandas contemporâneas (Paiva; Teixeira, 2014).

A trajetória da Vigilância em Saúde foi influenciada por eventos como a Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento, realizada no Rio de Janeiro em 1992 (Rio-92), que desempenhou um papel fundamental na incorporação de princípios do desenvolvimento sustentável às políticas de saúde pública. A Rio-92 resultou na elaboração da Agenda 21, um plano de ação global que destacou a importância de integrar questões ambientais e sociais ao planejamento das políticas de saúde (Conferência das Nações Unidas [...], 1992).

Posteriormente, com a Agenda 2030 e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), ampliou-se essa abordagem, promovendo um modelo de desenvolvimento que prioriza o bem-estar humano em harmonia com a preservação ambiental. Esses marcos reforçaram a necessidade de uma Vigilância em Saúde centrada no impacto das atividades humanas sobre o meio ambiente, com vistas a mitigar riscos à saúde coletiva e promover a sustentabilidade para as futuras gerações (ONU, 2015).

No âmbito da APS, destacam-se marcos como a Carta de Ottawa, de 1986 (OMS, 1986), que definiu condições e recursos fundamentais para a promoção da saúde. Essa carta identificou campos prioritários de ação e ressaltou a importância da equidade como princípio norteador. Em continuidade, na Declaração de Astana, de 2018, reafirmou-se o compromisso global com a APS como fundamento para alcançar a cobertura universal de saúde e os ODS (OMS, 2018).

O objetivo principal da VS é planejar e implementar ações de saúde pública que incluem a regulamentação, intervenção e atuação sobre os fatores condicionantes e determinantes da saúde. Essas ações visam à proteção e promoção da saúde da população, bem como prevenir e controlar riscos, agravos e doenças, além de envolver a coleta contínua e sistemática, a consolidação, a análise de dados e a divulgação de informações (Brasil, 2018b).

A APS é imprescindível para organizar a atenção integral e contínua à população, e envolve um conjunto de ações de promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde. Seu objetivo é garantir o acesso universal e equitativo aos serviços de saúde, com ênfase na prevenção de doenças e na promoção de saúde, além de oferecer acompanhamento contínuo ao longo de todo o ciclo de vida (Brasil, 2017a).

A Pnab considera que a integração entre a VS e APS é condição essencial para o alcance de resultados que atendam às necessidades de saúde da população, visando estabelecer processos de trabalho que considerem os determinantes, os riscos e danos à saúde, na perspectiva da intra e intersetorialidade (Brasil, 2017a).

Dentro desse contexto, a integração da VS e da APS se destaca como um elemento para a ampliação do alcance das ações de saúde, a promoção da integralidade do cuidado e o fortalecimento do modelo de atenção.

Tanto as equipes da APS e os profissionais que as compõem quanto os ACE possuem um conhecimento profundo sobre a população e o território em que atuam.

Ambos os agentes de saúde desempenham papéis complementares no diagnóstico territorial, na promoção da saúde e na prevenção de doenças. O ACE atua na identificação de situações de risco relacionadas ao meio ambiente e no reconhecimento das condições das famílias em seu território, enquanto o ACS acompanha, de forma mais direta, as condições socioeconômicas, de saúde e epidemiológicas das famílias no território.

A partir do trabalho integrado, as ações dos ACE e ACS podem gerar dados valiosos que auxiliam na formulação de planos intra e intersetoriais, além de fortalecer a governança local. Os dados coletados contribuem para:

- Planejar e executar práticas no território que reduzam os riscos e agravos à saúde.
- Identificar vulnerabilidades sociais, culturais e ambientais, promovendo a saúde por meio de abordagens territoriais integradas.
- Engajar a comunidade e os tomadores de decisão na identificação de prioridades de saúde e ambientais, buscando soluções sustentáveis para a melhoria contínua da qualidade de vida.

Preconiza-se que o gestor municipal de saúde, junto às equipes, organize os serviços e defina bases territoriais unificadas de acordo com a realidade local, o perfil epidemiológico, os aspectos geográficos, culturais e sociais, entre outros (Brasil, 2008). Nesse sentido, é necessário adotar uma abordagem multidisciplinar para a gestão do território, ressaltando a importância estratégica dos ACE e ACS.

## 2.1 Atribuições dos agentes de saúde

O enfoque desta Diretriz é a atuação integrada dos agentes de saúde, mantendo as especificidades do trabalho de cada categoria profissional, consolidando os princípios do SUS. O ACS atua como elo essencial entre a comunidade, as eSF e o território, identificando as condições de saúde da população. Enquanto o ACE, com foco no meio ambiente, identifica riscos que impactam a saúde coletiva, reforçando a importância da saúde ambiental como determinante social do bem-estar.

As eSF, compostas por diferentes profissionais de saúde, incluem os ACS como parte essencial de sua estrutura. A integração dos ACE expande ainda mais o alcance das eSF, agregando sua expertise em VS e na prevenção de agravos. Atuando em conjunto com os demais profissionais, os ACE fortalecem o trabalho multidisciplinar, promovendo uma abordagem mais abrangente para a promoção da saúde e o controle de fatores de risco ambientais que afetam diretamente a saúde da população.

No contexto das atribuições dos agentes de saúde, é importante destacar que, embora algumas atividades sejam consideradas típicas, elas não são exclusivas. À medida que se avança na integração entre a VS e a APS, as atividades desempenhadas pelos agentes de saúde tendem a se tornar cada vez mais integradas, favorecendo a troca de saberes e a complementaridade de ações. Essa integração é fortalecida pela formação técnica proporcionada por cursos de qualificação, que preparam os profissionais para desempenharem atividades diversas e interdependentes, ampliando o alcance das ações de promoção da saúde e tornando-as mais eficazes e abrangentes.

O conjunto de categorias apresentadas, a saber: “Vigilância, Identificação de Riscos à Saúde; Monitoramento de Condições e Agravos à Saúde Ambiental e Comunitária; Promoção da Saúde, Educação Comunitária e Mobilização Social; e Mitigação de Riscos e Ações Preventivas”, foi estruturado com base na interpretação da Lei n.º 11.350, de 5 de outubro de 2006, alterada pela Lei n.º 13.595, de 5 de janeiro de 2018, da Pnab e PNVs. Essas legislações estabelecem instruções para a atuação dos ACE e ACS, pautadas em ações voltadas para a promoção e proteção da saúde.

# VIGILÂNCIA E IDENTIFICAÇÃO DE RISCOS À SAÚDE



## ATIVIDADES COMUNS

- ▶ Realizar **diagnóstico demográfico, social, cultural, ambiental, epidemiológico e sanitário do território** em que atuam, contribuindo para o processo de **territorialização** e **mapeamento** da área de atuação da equipe.
- ▶ Participar do **planejamento** na área de atuação, de forma compartilhada com os demais membros da equipe, em sua área geográfica de atuação.
- ▶ **Cadastrar e atualizar a base de domicílios e/ou imóveis** para planejamento e definição de estratégias de prevenção e controle de doenças.
- ▶ Identificar e registrar situações que interfiram no curso das doenças ou que tenham importância epidemiológica relacionada aos fatores ambientais, realizando, quando necessário, **bloqueio de transmissão** de doenças infecciosas e agravos.
- ▶ Participar do planejamento, da programação e do desenvolvimento das atividades de **Vigilância em Saúde**, de forma articulada com as **eSF**.
- ▶ **Realizar visitas domiciliares** com periodicidade estabelecida no planejamento da equipe e conforme as necessidades de saúde da população, para o monitoramento da situação das famílias e dos indivíduos do território – com especial atenção às pessoas com doenças, agravos e condições que necessitem de maior número de visitas domiciliares – incluindo territórios onde há **pessoas em situação de rua**.



## ATIVIDADES TÍPICAS ACE

- ▶ Realizar ações de campo para pesquisa **entomológica, malacológica** e **coleta de reservatórios** de doenças.
- ▶ **Identificar e cadastrar** situações que interfiram no curso das doenças ou que tenham importância **epidemiológica** relacionada principalmente aos **fatores ambientais**.
- ▶ **Apoiar a VS no âmbito estadual, municipal e distrital** sobre as **populações expostas e potencialmente expostas a substâncias químicas, a contaminantes do solo, água e ar**, conforme organização do território, considerando as **diretrizes da PNVS**.



## ATIVIDADES TÍPICAS ACS

- ▶ Contribuir para avaliação das **famílias com maior risco e vulnerabilidades**, bem como das áreas de risco no território, utilizando instrumentos para o **diagnóstico demográfico**, de **saúde**, do **ambiente** e **sociocultural**.
- ▶ **Realizar o Cadastro Individual, Domiciliar e Territorial**, detalhando as visitas domiciliares com coleta e registro de dados relativos às suas atribuições, para fins exclusivos de controle e planejamento das ações de saúde.

# MONITORAMENTO DE CONDIÇÕES E AGRAVOS À SAÚDE AMBIENTAL E COMUNITÁRIA



## ATIVIDADES COMUNS

- ▶ **Identificar casos suspeitos de doenças e agravos**, encaminhar os usuários para a **unidade de saúde de referência**, registrar e comunicar o fato à autoridade de saúde responsável pelo território.
- ▶ **Identificar e encaminhar**, para a **unidade de saúde de referência**, situações relacionadas a fatores ambientais que interfiram no curso de doenças ou tenham importância epidemiológica.
- ▶ Executar ações de campo em projetos que visem avaliar **novas metodologias** de intervenção para **prevenção e controle de doenças**.
- ▶ Realizar e manter atualizados os **mapas**, os **croquis** e o **reconhecimento geográfico de seu território**.
- ▶ **Consolidar e analisar dados obtidos** nas visitas domiciliares para planejamento e ações, de forma compartilhada com os demais membros da equipe, em sua área geográfica de atuação.



## ATIVIDADES TÍPICAS ACE

- ▶ De **forma assistida por profissional de nível superior** e condicionada à estrutura administrativa de vigilância epidemiológica e ambiental e de APS de cada território:
  - » **realizar necropsia de animais** com diagnóstico suspeito de zoonoses de relevância para a saúde pública, auxiliando na coleta e no encaminhamento de amostras laboratoriais, ou por meio de outros procedimentos pertinentes;
  - » **realizar a investigação diagnóstica laboratorial de zoonoses** de relevância para a saúde pública.



## ATIVIDADES TÍPICAS ACS

- ▶ Realizar **visitas domiciliares** para busca ativa de pessoas com sinais ou sintomas de **doenças agudas** ou **crônicas**, de **agravos** ou de **eventos de importância para a saúde pública** e consequente encaminhamento para a **unidade de saúde de referência**.
- ▶ Realizar **visitas domiciliares regulares** para identificar e acompanhar situações de **risco à família e grupos vulneráveis**, com foco na promoção da saúde, prevenção de doenças e educação em saúde.
- ▶ Acompanhar condicionalidades de programas sociais em parceria com os **Centros de Referência de Assistência Social (Cras)**.

# PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO COMUNITÁRIA E MOBILIZAÇÃO SOCIAL



## ATIVIDADES COMUNS

- ▶ **Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção de doenças e agravos**, em especial aqueles mais prevalentes no território, e de **Vigilância em Saúde**, por meio de visitas domiciliares regulares, visitas e ações de cuidado em territórios onde há **pessoas em situação de rua** e de ações educativas individuais e coletivas na unidade de saúde, no domicílio, nos equipamentos sociais, na rua e outros espaços da comunidade, incluindo a investigação epidemiológica de casos suspeitos de doenças e agravos junto a outros profissionais da equipe, quando necessário.
- ▶ **Orientar a comunidade** sobre sintomas, riscos, agentes transmissores de doenças e medidas de prevenção individual e coletiva.
- ▶ Estimular a participação da comunidade nas **políticas públicas** voltadas para a área da saúde.
- ▶ **Conhecer a rede de serviços do município e o seu funcionamento**. Orientar as pessoas quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis no território.
- ▶ **Identificar parceiros e recursos na comunidade** que possam potencializar ações intersetoriais de relevância para a promoção da qualidade de vida da população, como **ações e programas de educação, esporte e lazer, assistência social**, entre outros.
- ▶ **Orientar e mobilizar** a comunidade quanto à adoção de medidas simples de **manejo ambiental** para o **controle de vetores**, de medidas de proteção individual e coletiva e de outras ações de promoção de saúde, para a prevenção de doenças infecciosas, zoonoses, doenças de transmissão vetorial e agravos causados por animais peçonhentos.
- ▶ Desenvolver ações educativas e de mobilização da comunidade relativas à **prevenção** e ao **controle de doenças e agravos à saúde**.
- ▶ Divulgar informações para a comunidade sobre **sinais, sintomas, riscos e agentes transmissores de doenças**, bem como sobre medidas de prevenção individuais e coletivas.
- ▶ Mobilizar a comunidade e estimular a participação nas **políticas públicas** voltadas para as áreas de **saúde e socioeducacional**.
- ▶ Participar da **elaboração, implementação e avaliação** de **planos de ação** para enfrentamento de determinantes do processo saúde-doença de forma compartilhada com os demais membros da equipe, em sua área geográfica de atuação.



## ATIVIDADES TÍPICAS ACE

- ▶ **Mapear e identificar áreas críticas** para a **transmissão de doenças**, promovendo a participação comunitária na identificação de **fatores de risco ambientais** e na construção de soluções locais para **mitigação desses riscos**.
- ▶ O ACE poderá participar, mediante treinamento adequado, da execução, da **coordenação ou da supervisão das ações de vigilância epidemiológica e ambiental**.



## ATIVIDADES TÍPICAS ACS

- ▶ São ações compartilhadas com os demais membros da equipe de saúde, em sua área geográfica de atuação:
  - » **realizar ações que possibilitem o conhecimento**, pela comunidade, de informações obtidas em levantamentos socioepidemiológicos realizados pela equipe de saúde;
  - » orientar sobre **fluxos e rotinas da APS, planejamento e avaliação de intervenções em saúde** e estímulo à participação comunitária no acompanhamento e planejamento das ações locais.

# MITIGAÇÃO DE RISCOS E AÇÕES PREVENTIVAS



## ATIVIDADES COMUNS

- ▶ Realizar ações de **controle de vetores** e **bloqueio de transmissão de doenças infecciosas**.
- ▶ **Realizar campanhas ou mutirões** para o combate à transmissão de doenças infecciosas e a outros agravos.



## ATIVIDADES TÍPICAS ACE

- ▶ Executar ações de prevenção e controle de doenças, com a utilização de medidas de **controle químico e biológico, manejo ambiental** e outras **ações de manejo integrado de vetores**.
- ▶ De **forma assistida por profissional de nível superior** e condicionada à estrutura administrativa de vigilância epidemiológica e ambiental e da APS de cada território:
  - » **realizar a coleta de animais e recebimento, acondicionamento, conservação e transporte** de espécimes ou amostras biológicas de animais, para seu encaminhamento aos laboratórios responsáveis pela identificação ou diagnóstico de zoonoses de relevância para a saúde pública no município.
  - » **participar do planejamento**, do desenvolvimento e da execução de ações de controle da população de animais, com visitas ao combate à propagação de zoonoses de relevância para a saúde pública, em caráter excepcional, e sob supervisão da coordenação da área de Vigilância em Saúde;
  - » **participar do planejamento**, da **execução** e da **avaliação** das ações de **vacinação animal** contra zoonoses de relevância para a saúde pública normatizadas pelo Ministério da Saúde, bem como na notificação e na investigação de **Eventos Supostamente Atribuíveis à Vacinação ou Imunização** (Esavi);
  - » efetuar, **sempre que oportuno** e quando **certificado com o técnico em Vigilância em Saúde com Ênfase no Combate às Endemias**, a verificação da **carteira de vacinação** da população durante visitas domiciliares e ações comunitárias, orientando sobre a **importância da imunização, identificando atrasos**, encaminhando para **atualização vacinal** e **apoiando estratégias** de busca ativa em parceria com a APS.



## ATIVIDADES TÍPICAS ACS

- ▶ **Realizar visitas domiciliares regulares e periódicas** para acolhimento e acompanhamento de **gestantes, lactantes, crianças, adolescentes, idosos** e **pessoas em situação de vulnerabilidade**, independente do gênero ou orientação sexual. Durante essas visitas, **desenvolver ações educativas** voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças.
- ▶ Realizar visitas domiciliares regulares e periódicas para identificação e acompanhamento do estado vacinal da gestante, da pessoa idosa e da população de risco, conforme sua vulnerabilidade e em consonância com o previsto no calendário nacional de vacinação.
- ▶ Desde que o ACS tenha concluído **curso técnico** e tenha disponíveis os **equipamentos adequados**, são atividades do agente, em sua área geográfica de atuação, assistidas por **profissional de saúde de nível superior**, membro da equipe:
  - » verificar a **antropometria** e aferir os **sinais vitais** em visitas domiciliares, se necessário, incluindo **pressão arterial, glicemia capilar** e **temperatura axilar**, com encaminhamento do paciente à **unidade de saúde de referência** quando indicado;
  - » orientar e apoiar, em domicílio, a correta **administração de medicação** de pacientes em **situação de vulnerabilidade**.

## 2.2 Atuação em áreas de risco e de maior vulnerabilidade

Em áreas estratificadas como de alto risco para determinados problemas de saúde e com maior vulnerabilidade socioambiental, pode ser necessária a mobilização de um número maior de agentes de saúde. Nessas localidades, recomenda-se a intensificação das ações de prevenção e controle para enfrentar os desafios de forma mais eficaz.

Em geral, recomenda-se também que as visitas dos agentes de saúde (ACE e ACS) sejam realizadas com maior periodicidade nas situações prioritárias descritas na Figura 3.

FIGURA 3

### Locais cujas visitas pelos agentes de saúde devem ser feitas com maior periodicidade



Imóveis residenciais ou não residenciais e áreas onde há pessoas em vulnerabilidade social, identificadas ou classificadas como de risco para determinada doença ou agravo em saúde, como locais com presença de pessoas hipertensas, diabéticas, entre outras.



Imóveis residenciais ou não residenciais e áreas onde há pessoas em vulnerabilidade social, cujos agentes de saúde identificaram e comunicaram situações de risco ambiental ou alterações que necessitam de investigação relacionadas a vetores, reservatórios, água, solo, ar.



Residências e áreas onde há pessoas em vulnerabilidade social, onde os agentes de saúde identificaram e relataram situações de risco à saúde, como condições inadequadas de saneamento, higiene, alimentação ou presença de vetores e reservatórios.



Imóveis residenciais ou não residenciais fechados que necessitam de articulação com órgãos competentes para vistoria.



Imóveis residenciais ou não residenciais e áreas que foram classificadas como de risco ambiental ou de saúde onde há pessoas em situação de rua em que não há cobertura de eSF na sua área de abrangência.



Escolas, igrejas, creches, hospitais, Centros de Referências Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP), abrigos, casas de acolhimento e outros para ações de educação em saúde e ambiente.

Fonte: CGVAM/DVSAT/SVSA/MS (2025).

Destaca-se que o registro das informações referentes às atividades executadas permeia todas as ações de acordo com as normas do SUS, sejam elas em meio físico ou digital.

Além disso, tanto a Lei 13.595/2018 quanto a Pnab (Brasil, 2017) estabelecem que são deveres dos ACE e do ACS exercer outras atividades que lhes sejam atribuídas por legislação específica da categoria, ou outra normativa instituída pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal.

Ainda que o controle mecânico de criadouros de mosquitos e o acompanhamento do estado vacinal sejam atribuições típicas do ACE e do ACS, respectivamente, essas atividades não são exclusivas desses profissionais. Além disso, ambos devem estar atentos e disponíveis para realizar outras intervenções oportunas no território, conforme exemplificado na Figura 4.

FIGURA 4

### **Intervenções oportunas que podem ser desenvolvidas no território pelos ACE e ACS**

#### **ACE**

Para além de suas atividades de controle mecânico, o ACE desempenha um papel essencial para apoiar na divulgação e conscientização da comunidade sobre as **campanhas de vacinação**, garantindo que todos saibam quais vacinas estão disponíveis na **UBS**, os **públicos-alvo** e a importância de se vacinar para **prevenir doenças e proteger a saúde coletiva**.

Além disso, informe sempre os **horários de funcionamento** da sala de vacina e os **locais das campanhas** e, durante suas visitas, mobilize a população para que aproveite todas as oportunidades de vacinação, contribuindo para a **segurança e bem-estar de todos**.

**Quanto mais as pessoas se vacinarem, mais seguros todos ficarão!**

#### **ACS**

Durante as **visitas domiciliares**, oriente a comunidade e, sempre que possível, aproveite a oportunidade para efetivar o **controle mecânico de criadouros de mosquitos** para prevenir doenças como dengue, chikungunya e Zika.

Além disso, converse com os moradores sobre a importância de manter os **quintais limpos** e de adotar **medidas preventivas** no dia a dia. Com o envolvimento de todos, a luta contra os vetores se torna mais eficaz, garantindo um **ambiente mais seguro** para todos.

**Lembre-se: cada criadouro eliminado é uma vitória para a saúde coletiva!**

Fonte: CGVAM/DVSAT/SVSA/MS (2025).

# 3

## REORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO

A reorganização do processo de trabalho dos ACE e ACS, tão necessária enquanto estratégia para promover e fortalecer a integração entre VS e APS, perpassa pelo planejamento conjunto das ações de intervenção clínica e sanitária no território (proposta de metodologia disponível no Anexo A).

Para que seja efetivada, no entanto, é necessário que esses processos sejam previstos e pactuados nos instrumentos de gestão regulamentados, principalmente no Plano Municipal de Saúde (bem como nos Planos Estaduais e Nacional de Saúde) e na Programação Anual de Saúde, conforme a realidade e necessidade de cada território.

Reconhecendo que a atuação dos ACE e a dos ACS ocorrem no mesmo território, é relevante que os profissionais conheçam as condições ambientais, demográficas, econômicas, sociais, sanitárias, culturais, entre outras, onde a sua comunidade está inserida, por exemplo, as áreas indígenas, áreas de fronteira, áreas dispersas, entre outras. Nesse processo, sugere-se que os territórios de atuação do ACE e do ACS sejam os mesmos, bem como a elaboração do planejamento seja realizada de forma conjunta para otimizar suas ações e processo de trabalho.

A APS inclui entre suas responsabilidades ações de VS. A compreensão de que as ações de VS são transversais às atividades das equipes de APS potencializam a organização do processo de trabalho. Isso inclui o compartilhamento de responsabilidades no cuidado individual e coletivo, bem como a proposição de espaços de diálogo entre esses atores quando não existirem, além do fortalecimento dos que já estão estabelecidos, promovendo uma atuação mais coordenada e eficaz.

O processo de **Territorialização** é uma notável ferramenta para identificação de prioridades de demandas de trabalho e das práticas de saúde. O território não deve ser visto apenas como um espaço geográfico com características físicas, mas sim como um espaço onde ocorrem relações interpessoais, um território dinâmico, onde a população trabalha, movimenta-se e interage constantemente.

O território se constitui em um elemento integrador das ações da VS e APS. Tanto o ACE quanto o ACS têm atuação direta no território onde vivem e trabalham, no entanto, exercem suas ações majoritariamente de forma fragmentada (Pereira et al., 2021). Seus esforços para promover a saúde, prevenir doenças e detectar precocemente os riscos no território podem ser otimizados se trabalharem de forma integrada.

As estratégias de mapeamento territorial frequentemente diferem entre as equipes de ACE e de ACS na maioria dos municípios, no entanto, idealmente, esse mapeamento deveria ser realizado de forma integrada e colaborativa, na definição de um território único. Essa abordagem favorece o planejamento conjunto de ações, promovendo a colaboração intersetorial e ampliando o impacto das intervenções no território (Lima; Almeida; Brandespim, 2023; Engstrom *et al.*, 2020).

Na prática, os ACE, em sua maioria, trabalham voltados para o combate às doenças, em parte porque os processos de trabalho ainda estão organizados de acordo com áreas de doenças específicas. Portanto, tem-se o desafio de transpor para a prática os processos de trabalho dos ACE e ACS que sejam orientados à luz dos ODS, da abordagem de Uma Só Saúde (*One Health*), do Modelo de Determinantes Sociais e Ambientais de Saúde, da Pnab, da PNPS e da PNVS.

O conceito básico que norteia essa mudança consiste na necessidade do reconhecimento de que os determinantes sociais e ambientais são condicionantes da saúde, bem como são necessárias novas abordagens para promover a saúde, prevenir doenças, detectar alterações e responder rapidamente aos desafios da saúde decorrentes do contato entre humanos, animais e o ambiente.

As novas abordagens pressupõem a integração entre a VS e APS com gestão compartilhada, especialmente considerando a forte orientação comunitária e de base territorial que sempre caracterizou o trabalho dos ACE e dos ACS. A integração e o protagonismo dessas duas categorias profissionais no território são essenciais para a integração entre a VS e a APS, considerando a participação de todos os profissionais que compõem essas equipes.

Além disso, a Pnab prevê outras formas de organização da APS para atender às necessidades específicas de populações diversas. Entre essas estratégias, destacam-se as equipes de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR), voltadas para comunidades em áreas de difícil acesso, e as equipes de Consultório na Rua (eCR), direcionadas ao cuidado integral e contínuo de Pessoas em Situação de Rua (PSR).

Essas equipes complementam o modelo tradicional de Saúde da Família, ampliando o alcance e a adaptabilidade da APS às realidades locais. As Redes de Atenção e Vigilância em Saúde atuam de forma itinerante nos territórios onde as PSR vivem ou circulam. A atuação das eCR exige articulação com o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e outros atores intersetoriais, tanto públicos quanto da sociedade civil, desenvolvendo ações baseadas no conceito ampliado de saúde.

O ACE contribui para identificar riscos específicos associados à falta de moradia, como o contato com animais errantes e comunitários, animais sinantrópicos, o acúmulo de lixo, a ausência de água potável, a falta ou inadequação de banheiros e chuveiros, o acondicionamento inadequado de alimentos, entre outras questões ambientais. Essa abordagem amplia o cuidado e reforça a proteção da saúde das PSR.

Paralelamente a toda essa compreensão sobre a mudança do modelo e a necessidade de integração, em 2023, o governo federal elaborou o Plano Plurianual (PPA) para o período 2024-2027, com ampla participação da sociedade civil por meio de debates com os Conselhos Intergestores, acolhimento de propostas a partir da Plataforma Brasil Participativo<sup>2</sup> e Plenárias com os estados e o Distrito Federal.

A contribuição da população pela Plataforma Brasil Participativo resultou em várias propostas, na qual a mais votada se refere ao trabalho do agentes de saúde, em três eixos, conforme listado adiante:

- **Defesa do trabalho seguro dos agentes de saúde** – Reconhecimento da importância da saúde do trabalhador e da proteção das condições de trabalho desses profissionais.
- **Processo de trabalho** – Orientações acerca da importância da integração dos agentes de saúde às equipes de APS e da Vigilância em Saúde, como modelo de atenção para a organização das diversas frentes que compõem a base de atuação do SUS.
- **Formação técnica dos agentes de saúde** – Fortalecimento do programa “Mais Saúde com Agente”, atendendo à demanda apresentada pelos representantes das categorias pela formação técnica (curso técnico de nível médio).

A integração entre a VS e a APS pode fortalecer significativamente a atuação dos ACE e dos ACS. Essa colaboração permite a implementação de uma abordagem mais integral no cuidado à saúde, potencializando a capacidade de ambos os agentes de saúde para identificar, prevenir e tratar doenças de maneira mais coordenada e abrangente. Ao unirem esforços, os ACE e ACS podem promover ações de saúde pública que considerem tanto os aspectos clínicos quanto os determinantes sociais e ambientais da saúde, resultando em comunidades mais saudáveis.

### 3.1 Desafios para integração dos ACE e ACS

Sabe-se que há desafios que precisam ser enfrentados para que a integração entre ACE e ACS ocorra de forma eficaz. Na Figura 5 estão destacados os principais obstáculos que podem dificultar esse processo de integração.

<sup>2</sup>A Plataforma Brasil Participativo é uma plataforma de participação social do governo federal, construída para que a população possa contribuir com a criação e melhoria das políticas públicas.

FIGURA 5

## Desafios para integração dos ACE e ACS



### FALTA DE ARTICULAÇÃO ENTRE COORDENAÇÕES

O distanciamento institucional entre as coordenações e supervisões da VS e APS pode dificultar a integração eficaz das equipes, comprometendo a qualidade do trabalho em conjunto.



### ÁREAS GEOGRÁFICAS E TERRITÓRIO DE ATUAÇÃO DIFERENTES

A separação geográfica das áreas de atuação dos ACE e ACS pode limitar as oportunidades de atuação conjunta, tornando a integração mais desafiadora e o alcance das ações de saúde menos eficaz.



### AUSÊNCIA DE DEFINIÇÃO OBJETIVA DAS ATRIBUIÇÕES COMUNS

A ausência de definição nas atribuições pode levar à negligência de tarefas que são comuns às duas categorias, comprometendo a qualidade do trabalho e a efetividade das ações de saúde.



### AUSÊNCIA DE FLUXO BEM DEFINIDO NOS ÂMBITOS INTRA E INTERSETORIAL

A falta de um fluxo de trabalho intra e intersectorial bem definido enfraquece a articulação entre a VS e a APS, dificultando a troca de informações entre as coordenações e as diferentes áreas de atuação.



### A FALTA DE ESTRATÉGIAS QUE FOMENTEM A INTEGRAÇÃO

A integralidade das ações de saúde demanda uma integração eficaz entre as equipes. A falta de estratégias que fomentem essa integração pode resultar em ações fragmentadas e menos eficazes.



### NECESSIDADE DE REORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO

A necessária reorganização dos processos de trabalho envolve a unificação das bases territoriais e a definição de papéis e funções entre ACE e ACS, considerando a identificação e as intervenções oportunas dos riscos presentes no território. Isso ajuda a evitar sobreposição de tarefas e reforça a identidade profissional de cada categoria.

Fonte: CGVAM/DVSAT/SVSA/MS (2024).

Esses desafios destacam a complexidade da integração entre os ACE e ACS e a importância de abordagens estratégicas para superá-los, garantindo uma atenção à saúde mais coordenada e eficaz (Figura 5).

Salienta-se que integrar refere-se à incorporação de um elemento a um conjunto, tornando-o pertencente a um grupo ou uma comunidade. Essa integração não pressupõe perda de identidade por parte do elemento que está sendo integrado, e sim uma visão ampliada do território, permitindo uma atuação expandida. Entendendo a necessidade e potencialidade da integração do trabalho do ACE às equipes da APS, sem perder as especificidades do olhar da VS e dos próprios ACE sobre o território, bem como o saber acumulado.

É oportuno ponderar que as Secretarias Municipais de Saúde (SMS), por meio das equipes de VS e APS, planejem como será realizada essa integração, de acordo com as necessidades e o perfil epidemiológico de cada ente federado.

A organização das operações em campo seguirá o método estabelecido em manuais específicos, mantendo-se a estrutura de supervisão de campo/área e supervisão geral.

**A coordenação e a supervisão do trabalho de campo dos ACE, a depender da estrutura organizacional de cada município, poderá ser realizada pela coordenação de Vigilância em Saúde ou APS; enquanto a coordenação do trabalho dos ACS permanecerá sob responsabilidade da eSF/eAP. Ressalta-se que a área de Vigilância em Saúde deve acompanhar de forma contínua a atuação dos ACE, mesmo quando estes não estão diretamente subordinados à coordenação de Vigilância em Saúde da SMS.**

A **gestão compartilhada** aqui proposta oportuniza, aos membros da equipe, uma visão mais ampla sobre o trabalho, agregando mais informações sobre as características do ambiente e da população nela inserida, gerando melhores resultados para a população.

# 4

## DEFESA DO TRABALHO SEGURO DOS ACE E ACS – SAÚDE DO TRABALHADOR

### 4.1 Atenção integral à saúde e segurança da trabalhadora e do trabalhador ACE e ACS

É imprescindível que a atenção integral à saúde das trabalhadoras e dos trabalhadores ACE e ACS, no âmbito estadual e municipal, seja garantida pelos gestores estaduais, distrital e municipais. Essa atenção deve abranger ações de vigilância, promoção, proteção, assistência e reabilitação, tanto no âmbito coletivo quanto individual, assegurando condições adequadas de saúde e segurança no exercício de suas atividades.

De acordo com Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora – PNSTT (Anexo XV da Portaria de Consolidação n.º 2, de 28 de setembro de 2017 – Origem: PRT MS/GM 1823/2012), os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) e as referências técnicas de Vigilância em Saúde do Trabalhador (Visat) dos municípios são responsáveis por coordenar e irradiar essas ações, matriciando os demais pontos de vigilância e atenção à saúde (Brasil, 2017c).

A atenção à saúde do trabalhador e da trabalhadora deve estar organizada sob a lógica da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast), que envolve todos os pontos de vigilância e atenção necessários ao alcance da integralidade, de acordo com o Anexo X da Portaria de Consolidação n.º 3, de 28 de setembro de 2017 – Origem: PRT MS/GM 1679/2002 (Brasil, 2017d).

No desempenho de suas funções, os ACE enfrentam uma série de desafios. Os principais fatores de risco a que podem estar expostos os ACE são: químicos, ergonômicos, sociais, físicos, biológicos, acidentes, além de riscos sociais relacionados à violência. Os ACS estão expostos principalmente aos fatores de risco biológicos, sociais, ergonômicos e de acidentes, além de situações de violência.

## 4.2 Medidas a serem adotadas para a proteção da saúde dos agentes de saúde

O monitoramento dos riscos à saúde dos agentes de saúde tem como objetivo a detecção precoce de alterações ou danos associados à exposição a fatores de risco presentes em suas atividades laborais. Essa prática permite identificar a necessidade de implementar medidas de proteção ainda não adotadas, bem como avaliar e corrigir possíveis falhas nas estratégias de prevenção já estabelecidas, garantindo maior segurança e bem-estar no ambiente de trabalho.

As prioridades devem ser a identificação e localização das fontes e situações de risco, a contagem de trabalhadoras e trabalhadores expostos, a organização do trabalho e a identificação de problemas de saúde entre os trabalhadores. No caso de fatores de risco químicos, físicos, biológicos e ambientais, também é relevante observar as possíveis rotas de propagação (rotas de exposição), os pontos de entrada no organismo (vias de exposição) e os contaminantes de interesse.

Levando em conta as atividades dos ACE, a ênfase deve ser colocada no gerenciamento ambiental, com o objetivo de minimizar a exposição a agentes químicos. O local de trabalho ou os compartimentos ambientais que compõem o espaço de trabalho (solo, ar e água) podem ser examinados e avaliados em relação aos fatores de risco presentes como contaminação da água, solo e poluição atmosférica.

Outro aspecto importante constitui-se na manutenção da caderneta vacinal dos agentes de saúde atualizada, de forma a protegê-los contra as doenças imunopreveníveis.

O uso correto de equipamentos de proteção individual (EPIs) é de extrema importância e necessários em determinadas situações. Porém, não serão a única e nem a principal medida de proteção implementada – as ações de proteção coletiva, de controle ambiental, de engenharia e administrativas devem ser priorizadas.

Os equipamentos de proteção são utilizados para reduzir o risco de acidentes, ampliando a segurança do trabalhador enquanto exerce suas atividades individualmente ou em conjunto. A segurança do trabalho disponibiliza diversos recursos para assegurar a proteção dos funcionários contra os eventuais riscos existentes no ambiente de trabalho.

Tanto os ACS como os ACE devem seguir as diretrizes estabelecidas pela Norma Regulamentadora NR 32 – Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde, que exige o uso obrigatório de EPIs adequados às atividades desempenhadas em seus respectivos territórios, além de outras regulamentações relacionadas à segurança e saúde desses profissionais que porventura sejam publicadas pelo Ministério do Trabalho e Emprego. Os EPIs devem ser utilizados especialmente em situações que envolvem riscos biológicos, químicos e físicos, como nas visitas domiciliares, nas atividades de controle químico de vetores dentro e fora dos imóveis e no atendimento a pacientes com doenças infectocontagiosas. A legislação determina que o empregador seja responsável pelo fornecimento desses equipamentos, bem como pela oferta de treinamento adequado sobre o uso correto, o armazenamento adequado e o descarte seguro dos EPIs. Além disso, o empregador deve orientar os profissionais sobre os riscos inerentes às atividades que realizam.

Os equipamentos de proteção coletiva (EPC) possuem a finalidade de proteger e garantir a segurança no trabalho, porém, diferente dos EPIs, são utilizados de maneira a beneficiar um coletivo de trabalhadores em determinadas atividades. Os EPC devem ser observados não somente nos pontos fixos de trabalho dos agentes de saúde, mas também devem estar previstos para aquelas tarefas prescritas em que esses equipamentos possam ser utilizados.

O Capítulo II do Anexo III da Portaria de Consolidação n.º 4 (Origem: PRT MS/ GM 1378/2013, Capítulo II) descreve a competência da União, dos estados e dos municípios na aquisição e distribuição dos equipamentos na rotina de trabalho dos ACE (Brasil, 2017e).

Além disso, a Lei n.º 11.350/2006 art. 4º-B descreve que deverão ser observadas as ações de segurança e de saúde do trabalhador, notadamente o uso de EPI e a realização dos exames de saúde ocupacional, na execução das atividades dos ACE e ACS.

Devido à natureza do trabalho do ACE, que frequentemente se desloca pelo território carregando diversos materiais e mochila, é essencial que ele disponha de um Ponto de Apoio (PA), preferencialmente localizado na UBS. Esse espaço deve ser utilizado para reuniões da equipe e para a guarda de ferramentas de trabalho, com exceção dos praguicidas. Além disso, o PA promove a interação e o compartilhamento de informações entre os profissionais, permitindo uma análise conjunta das características e necessidades do território, o que contribui para uma atuação mais coordenada, estratégica e eficiente.

Uma das principais preocupações relacionadas aos acidentes, às doenças e aos agravos no trabalho dos ACE é a manipulação de produtos químicos. Por isso, é essencial contar com um depósito, também conhecido como Unidade de Armazenagem, Distribuição e Processamento de Praguicidas, que possibilite o manuseio adequado desses produtos de forma segura, isolada do contato com pessoas externas e devidamente identificado, conforme as diretrizes específicas.

Recomenda-se ainda, que os agentes de saúde façam exames laboratoriais regularmente, seguindo as recomendações da segurança do trabalho, considerando os riscos específicos a que estão sujeitos, conforme estabelecido na Norma Regulamentadora NR-07.

## TOME NOTA!



Mais Informações sobre as Unidades de Armazenagem você encontra na *Diretrizes para Projetos de Unidades de Armazenagem, Distribuição e Processamento de Praguicidas*. **Clique aqui** para acessar o manual ou leia o Qr-Code.

# 5

## FORMAÇÃO TÉCNICA DOS ACE E ACS

### 5.1 Programa de formação dos agentes de saúde

A formação do ACE e do ACS deverá respeitar as necessidades do perfil de formação profissional do SUS, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs), proporcionar formação crítica aos trabalhadores, ser adaptado às diferenças regionais e municipais quanto ao perfil epidemiológico, ser condizente com as diretrizes da VS (PNVS) e APS (Pnab), com as legislações que amparam a categoria profissional e com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Pneps). Em termos de modalidade de formação, estão previstas na Lei n.º 13.595/2018 a modalidade presencial e a semi-presencial.

#### 5.1.1 Treinamento inicial

Sugere-se que, ao serem admitidos, o ACE e ACS participem de treinamento inicial ofertado pelo município e/ou estado, no qual serão apresentados à rotina do local em que estarão vinculados, à cultura da instituição e ao plano de trabalho. Cada gestor tem autonomia para acrescentar passos na trilha de aprendizagem que julgar oportunos para melhorar o desempenho dos agentes de saúde no território.

#### 5.1.2 Programa de Formação/Qualificação profissional

Ainda que seja admitido ao serviço público como profissional não técnico, a participação em um programa de formação, como “Técnico em Vigilância em Saúde com Ênfase no Combate às Endemias” ou “Técnico em Agente Comunitário de Saúde”, vai aprimorar sua atuação no meio em que está inserido.

Em 2020, foi lançado o “Programa Saúde com Agente” (Portaria n.º 3.241, de 7 de dezembro de 2020) destinado à formação técnica dos ACS e ACE. A Portaria n.º 3.941, de 27 de dezembro de 2021, estabeleceu que o programa seguiria as diretrizes da Pneps, em ciclo único, abrangendo o triênio 2021-2023.

Em 2023, o curso foi reorientado e passou a ser denominado “Mais Saúde com Agente”. O Programa é uma ação do MS, em parceria com o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Seu objetivo é ofertar aos ACE e ACS, em modalidade virtual, os cursos Técnico em Vigilância em Saúde com Ênfase no Combate às Endemias e Técnico em Agente Comunitário de Saúde, respectivamente, com estratégia de tutoria e de preceptoria para acompanhamento no território.

Outra possibilidade para oferta de programa de formação dos agentes de saúde consiste na Rede de Escolas Técnicas do SUS (RET-SUS), que engloba escolas técnicas, centros formadores de recursos humanos e escolas de saúde pública do SUS presentes em todos os estados do Brasil, bem como pelas universidades e faculdades públicas do País. Várias unidades da RET-SUS oferecem curso técnico para os ACE e ACS com carga horária de 1.200 horas, respeitando as DCNs e o referencial do Ministério da Educação para cursos técnicos.

## **5.2 Programa de educação permanente dos agentes de saúde**

A educação permanente deve ser realizada no ambiente de trabalho, conforme proposto na Pneps (Brasil, 2009). A reflexão sobre as práticas cotidianas que impactam no ambiente, bem como o contexto que contribui para a perpetuação dessas práticas, devem orientar a proposta de um programa de educação continuada/permanente direcionado às equipes.

# 6

## RECOMENDAÇÕES GERAIS

Como recomendações gerais, o Ministério da Saúde propõe aos estados, aos municípios e ao Distrito Federal:

- Implementação e expansão da integração entre a VS e a APS com gestão compartilhada do território.
- Fortalecimento do processo de trabalho dos agentes de saúde, integrado entre VS e a APS, baseado na territorialização, na Vigilância em Saúde e na promoção da saúde.
- Mapeamento compartilhado do território de atuação, planejamento conjunto e monitoramento contínuo; com definição e priorização das ações a serem executadas considerando as diversas realidades do território.
- Promoção da formação dos agentes de saúde considerando a PNVS, Pnab e PNPS e as particularidades dos territórios.
- Capacitação e qualificação por meio da Educação Permanente em Saúde sobre a atuação dos agentes de saúde na perspectiva da integração APS e VS.
- Incentivo à formação técnica dos agentes de saúde conforme a disponibilidade de novas turmas da RET-SUS e do Curso Profissionalizante Mais Saúde com Agente, promovendo a qualificação profissional alinhada às necessidades do território e às diretrizes da PNVS, Pnab e PNPS.
- Fortalecimento do processo de atenção à saúde do trabalhador e da trabalhadora agentes de saúde.
- Fornecimento de EPI em quantidade e qualidade adequados à complexidade do trabalho dos agentes de saúde, de acordo com as competências definidas em lei.

## REFERÊNCIAS

BARBOSA, I. da C.; GONDIM, G. M. de M.; OLIVEIRA, M. S. de. **História e contexto atual dos agentes de vigilância em saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2016.

BARROS, D. F. *et al.* O contexto da formação dos agentes comunitários de saúde no Brasil. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 19, n. 1, p. 78-84, 2010.

BRASIL. **Decreto n.º 66.623, de 22 de maio de 1970**. Regulamenta sobre a organização administrativa do Ministério da Saúde e dá outras providências. Brasília, DF, 1970. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1970-1979/decreto-66623-22-maio-1970-408086-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 23 mar. 2025.

BRASIL [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8029cons.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8029cons.htm). Acesso em: 23 mar. 2025.

BRASIL. Casa Civil. **Lei n.º 8.029, de 12 de abril de 1990**. Trata da extinção e dissolução de entidades da Administração Pública Federal. Brasília, DF: 1990. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8029.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8029.htm). Acesso em: 23 mar. 2025.

BRASIL. Casa Civil. **Lei n.º 11.350, de 5 de outubro de 2006**. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional n.º 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. Brasília, DF, 2006a. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/l11350.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11350.htm). Acesso em: 23 mar. 2025.

BRASIL. Casa Civil. **Lei n.º 12.994, de 17 de junho de 2014**. Altera a Lei n.º 11.350, de 5 de outubro de 2006, para instituir piso salarial profissional nacional e diretrizes para o plano de carreira dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias. Brasília, DF, 2014. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2014/Lei/L12994.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2014/Lei/L12994.htm). Acesso em: 23 mar. 2025.

BRASIL. Casa Civil. **Lei n.º 13.595, de 5 de janeiro de 2018**. Altera a Lei n.º 11.350, de 5 de outubro de 2006, para dispor sobre a reformulação das atribuições, a jornada e as condições de trabalho, o grau de formação profissional, os cursos de formação técnica e continuada e a indenização de transporte dos profissionais Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias. Brasília, DF, 2018a. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2015-2018/2018/Lei/L13595.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2018/Lei/L13595.htm). Acesso em: 23 mar. 2025.

BRASIL. Casa Civil. **Lei n.º 14.536, de 11 de maio de 2023**. Altera a Lei n.º 11.350, de 5 de outubro de 2006, a fim de considerar os Agentes Comunitários de Saúde e os Agentes de Combate às Endemias como profissionais de saúde, com profissões regulamentadas, para a finalidade que especifica. Brasília, DF, 2023b. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2023-2026/2023/Lei/L14536.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2023-2026/2023/Lei/L14536.htm). Acesso em: 23 mar. 2025.

BRASIL. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 18055, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, DF: MS, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Programa agentes comunitários de saúde (PACS)**. Brasília, DF: MS, 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Programa Saúde da Família (PSF)**. Brasília, DF: MS, 2001b.

BRASIL. Lei n.º 10.507, de 10 de julho de 2002. Cria a profissão de agente comunitário de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 1, 11 jul. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde; FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. **Programa Nacional de Controle da Dengue**. Brasília, DF: MS, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: MS, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vigilância em Saúde**: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose. 2. ed. rev. Brasília, DF: MS, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gestão da Educação em Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, DF: MS, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica. Brasília, DF: MS, 2011. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html). Acesso em: 23 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Diretrizes para capacitação de agentes comunitários de saúde em linhas de cuidado**. Brasília, DF: MS, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, v. 183, n. 68, p. 68, 22 set. 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação n.º 6, de 28 de setembro de 2017. Consolida as normas sobre os direitos e deveres do usuário da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, v. 186, n. 187, p. 68, 29 set. 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação n.º 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, v. 186, n. 187, p. 68, 29 set. 2017c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação n.º 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, v. 186, n. 187, p. 68, 29 set. 2017d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação n.º 4, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, v. 186, n. 187, p. 68, 29 set. 2017e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Vigilância em Saúde**. Brasília, DF: MS, 2018b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília, DF: MS, 2018c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n.º 3.241, de 7 de dezembro de 2020**, para instituir o Programa Saúde com Agente, destinado à formação técnica dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias. Brasília, DF: MS, 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-ms-n-3.241-de-7-de-dezembro-de-2020-293178860>. Acesso em: 23 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n.º 3.941, de 27 de dezembro de 2021**, para alterar a Portaria GM/MS n.º 3.241, de 7 de dezembro de 2020, que institui o Programa Saúde com Agente, destinado à formação técnica dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias. Brasília, DF: MS, 2021. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3.941-de-27-de-dezembro-de-2021-370540641>. Acesso em: 23 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n.º 1.332, de 22 de setembro de 2023**. Institui, no âmbito do Ministério da Saúde, Grupo de Trabalho com a finalidade de elaborar proposta para construção da Política Nacional do Agente de Combate às Endemias. Brasília, DF: MS, 2023a. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-1.332-de-22-de-setembro-de-2023-511788149>. Acesso em: 23 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Primária à Saúde. **Portaria GM/MS n.º 3.493, de 10 de abril de 2024**. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS n.º 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir uma nova metodologia de cofinanciamento federal do Piso de Atenção Primária à Saúde. Brasília, DF: MS, 2024a. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3493\\_11\\_04\\_2024.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3493_11_04_2024.html). Acesso em: 23 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES**. Brasília, DF: MS, 2024b. Disponível em: <https://cnes.datasus.gov.br>. Acesso em: 15 dez. 2024.

CONFERÊNCIA DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE MEIO AMBIENTE E DESENVOLVIMENTO. **Declaração do Rio de Janeiro sobre meio ambiente e desenvolvimento**. Rio de Janeiro: [s. n.], 1992.

DAMASCENO, O. C.; LIMA, J. B. P. Controle do *Aedes aegypti* em Altamira/Pará: A integração do Agente de Controle de Endemias no contexto da implantação da hidrelétrica de Belo Monte. **Revista de Estudos e Pesquisas sobre as Américas**, v. 15, n. 3, p. 60-78, 2021.

ENGSTROM, E. *et al.* **Recomendações para a organização da Atenção Primária à Saúde no SUS no enfrentamento da Covid-19**. Rio de Janeiro: [s. n.], 2020.

EVANGELISTA, J. G. *et al.* Agentes de Combate às Endemias: construção de identidades profissionais no controle da dengue. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 17, n. 1, 8 nov. 2018.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. **100 anos de saúde pública: a visão da Funasa/ Fundação Nacional de Saúde**. Brasília, DF: FNS, 2004.

FAUCI, A. S.; MORENS, D. M. *Zika virus in the Americas – yet another arbovirus threat*. **New England Journal of Medicine**, v. 374, n. 7, p. 601-604, 2016.

LIMA, L. R. A.; ALMEIDA, W. N. M.; BRANDESPIM, D. F. Perfil e atuação dos profissionais atuantes na Vigilância em Saúde e na Atenção Primária em Saúde na I Gerência Regional de Saúde do estado de Pernambuco. **Vigilância Sanitária em Debate**, v. 11, p. 1, 27 fev. 2023.

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.

MOROSINI, M. V.; CORBO, A. A.; GUIMARÃES, C. C. O. O agente comunitário de saúde no âmbito das políticas voltadas para a atenção básica: concepções do trabalho e da formação profissional. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 5, n. 2, 2007.

NEIVA, M. B. *et al.* Brazil: the emerging epicenter of COVID-19 pandemic. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 53, p. e20200550, 2020.

NAÇÕES UNIDAS. Conferência das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente Humano, 1972, Estocolmo. **Declaração da Conferência das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente Humano**. Estocolmo: ONU, 1972.

OLIVEIRA, L. G. F. *et al.* Reflexões acerca dos desafios enfrentados pela equipe multidisciplinar quanto à integralidade do cuidado na Atenção Primária à Saúde. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, v. 7, n. 14, p. 14:e14973, 2024.

OLIVEIRA, M. M.; CASTRO, G. G.; FIGUEIREDO, G. L. A. Agente de combate às endemias e o processo de trabalho da equipe de saúde da família. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 29, n. 3, p. 380-389, 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud**. Ottawa: OMS, 1986.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata**. Alma-Ata: OMS, 1978.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração de Astana: Atenção Primária à Saúde: mais forte, mais eficaz e mais sustentável para a cobertura universal de saúde**. Astana: OMS, 2018.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **A Agenda 2030**. Nova York: ONU, 2015.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 21, n. 1, p. 15-36, 2014.

PARANÁ. Secretaria de Saúde. **Nota informativa sobre a integração entre o agente comunitário de saúde e o agente de combate às endemias frente às arboviroses**. Curitiba: Secretaria de Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.dengue.pr.gov.br/Pagina/Notas-Orientativas>. Acesso em: 23 mar. 2024.

PEREIRA, Á. A. C. *et al.* Reorganização do processo de trabalho da Atenção Primária à Saúde durante o enfrentamento da pandemia da COVID-19: relato de experiência. **JMPHC (Journal of Management & Primary Health Care)**, v. 13, p. e024-e024, 2021.

PEREIRA, G. A.; PÍCOLI, R. P.; CAZOLA, L. H. O. Integração do agente de combate às endemias na Estratégia Saúde da Família, Campo Grande, Mato Grosso do Sul, 2017. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 30, p. e2019500, 2020.

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.

# ANEXOS

## Anexo A – Reorganização do processo de trabalho: ciclo PFEA

Reorganizar o processo de trabalho, pensando na integração da APS e VS, requer o planejamento integrado da equipe (Diagnóstico da Situação de Saúde, Definição de Prioridades, Plano de ação, Execução, Monitoramento e Avaliação) e a educação permanente, considerando essa atuação conjunta.

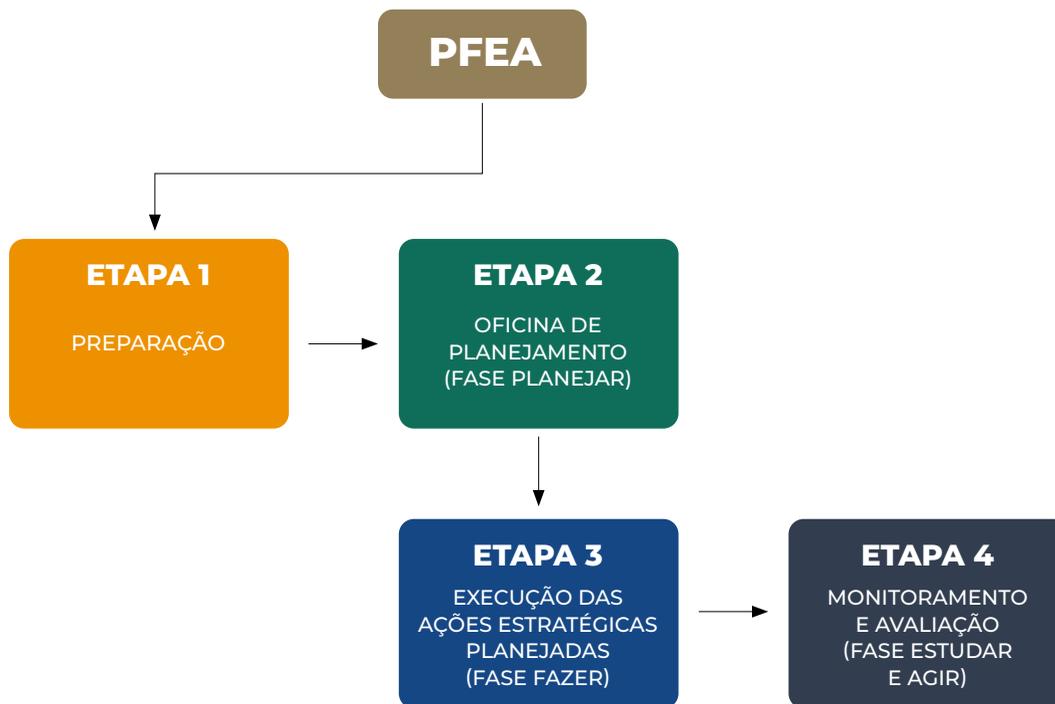
Para facilitar a reorganização do processo de trabalho integrado da VS à APS, será apresentada como sugestão a ferramenta de gestão PDSA (*Plan, Do, Study, Act*). A ferramenta PDSA de Willian Edwards Deming ou, em português, PFEA (planejar, fazer, estudar, agir) tem sido utilizada na área da saúde tanto para fins de gestão do processo de trabalho quanto para educação continuada com foco no aperfeiçoamento profissional. Para efeitos desta diretriz, será utilizado a sigla em português – PFEA.

O ciclo de planejamento PFEA (Figura 1) é um método flexível e interativo de melhoria da qualidade que inclui as seguintes etapas:

- **Planejar** – Identificar o problema no território, elencar as perguntas e predições sobre ele, levantar dados, definir o objetivo, planejar a condução do ciclo (o que será feito, por quem, como e quando será realizado).
- **Fazer** – Conduzir o plano, documentar problemas e situações inesperadas, iniciar a análise dos dados.
- **Estudar** – Completar a análise dos dados, comparar com as predições iniciais, definir as conclusões e o aprendizado.
- **Agir** – Atuar para implementar a mudança proposta.

FIGURA 1

## Fluxograma – adaptação do Ciclo PFEA (de Willian Edwards Deming)



Fonte: CGVAM/DVSAT/SVSA/MS (2025).

Ao final de um ciclo de planejamento PFEA, a mudança proposta estará em curso, a equipe atuará para manter a melhoria contínua e reavaliar as necessidades de reajuste de rota. Novos ciclos de planejamento PFEA podem ser iniciados sempre que algum membro da equipe identificar problemas a serem sanados.

Na prática, é necessário existir uma programação compartilhada entre os sujeitos que participaram desse processo de melhoria da qualidade de saúde. As seções e ciclos PFEA serão divididos considerando o planejamento realizado na Oficina de Planejamento, nas reuniões mensais de alinhamento e monitoramento e na reunião quadrimestral de avaliação. Desse modo, para uma melhor implementação dessa metodologia de gestão, o ciclo PFEA será dividido nas seguintes etapas:

### Etapa 1 – Preparação

Previamente à Oficina de Planejamento Anual, a coordenação de VS, a equipe de VS, incluindo os ACE, a coordenação de APS local e as equipes da atenção primária levantarão todos os dados e indicadores que possam subsidiar o planejamento das ações estratégicas realizadas no território: cadastro de imóveis e de famílias, mapa do território, dados do RG, croquis, identificação de populações em vulnerabilidade social e/ou expostas a riscos ambientais, sejam eles sociais, biológicos, químicos ou físicos, localização das áreas de risco e pontos de interesse, monitoramentos das populações de vetores de agentes causadores de doenças, ocorrência de animais peçonhentos, entre outros.

Assim como a coordenação de APS, juntamente com as eSF e/ou eAP, realizará o levantamento de dados e indicadores que incluem: fichas de classificação de risco das famílias, levantamento das principais doenças da área, mapa do território, cobertura vacinal e vazios de cobertura, entre outros.

**Ferramentas:** Fichas de Cadastro Domiciliar e Territorial, Ficha de Cadastro Individual, escala de classificação de risco das famílias (Anexo B), mapa do território, dados do RG, croquis, recursos tecnológicos para realizar georreferenciamento, entre outros.

## Etapa 2 – Oficina de Planejamento (Fase “PLANEJAMENTO” do ciclo PFEA)

Nessa etapa, a coordenação e equipe de VS, incluindo os ACE, a coordenação de APS e as eSF/eAP, deverão apresentar os dados levantados durante a primeira parte da Oficina, elencar os principais problemas identificados, estabelecer os problemas prioritários a serem enfrentados, definir os objetivos (SMART<sup>3</sup>, sugerido no Anexo C), planejar as ações estratégicas e atribuir os papéis de cada profissional da equipe para alcançar os objetivos.

As atividades que os agentes de saúde desenvolverão no território deverão estar previstas na **Oficina de Planejamento**.

As ações dos agentes de saúde são fundamentais para o alcance das metas de saúde estabelecidas. Todo o trabalho desses profissionais será pautado na definição das metas dos serviços e das eSF às quais estão vinculados, como prevê a Lei n.º 12.994/2014 – art. 9º-G, sempre levando em consideração as metas de saúde do município de atuação, do estado e as nacionais.

Como exemplo de meta, pode-se citar: promover a implementação de ações de educação em saúde e ambiente para 80% das pessoas que vivem em situação de risco e vulnerabilidade socioambiental e sanitária na área de abrangência da eSF. No entanto, as metas devem ser definidas de acordo as características e necessidades de cada território. *Ferramentas:* mapas, croquis, matriz GUT (Gravidade, Urgência e Tendência) (Anexo D), planilha 5W2H, cronograma de execução e agenda compartilhada.

## Etapa 3 – Execução das ações estratégicas planejadas (Fase “FAZER” do ciclo PFEA)

Este é o momento do trabalho de campo, em que as equipes executarão o planejado.

**Ferramentas:** planilha 5W2H (Anexo E), cronograma de execução, agenda compartilhada. Verificar o que foi executado/não executado de acordo com a planilha 5W2H e o cronograma semanalmente.

<sup>3</sup>O objetivo poderá ser definido considerando o acrônimo SMART, uma sigla em inglês traduzida como: específico, mensurável, alcançável, realista e com tempo definido.

## Etapa 4 – Monitoramento e avaliação (Fases “ESTUDAR e AGIR” do ciclo PFEA)

Indicadores de monitoramento e avaliação nortearão a etapa 4, bem como os objetivos e as metas de trabalho da equipe elencados durante a Oficina de Planejamento Anual (Anexo F).

- **Monitoramento:** a agenda compartilhada mensal desenvolvida por meio da integração da VS e APS consiste em uma ferramenta primordial para monitorar em que medida as ações previstas no planejamento estão sendo realizadas e seu potencial de obtenção dos resultados.
- **Avaliação:** a cada quatro meses, as equipes de VS e APS, juntamente com os agentes de saúde, reúnem-se para a apresentação dos resultados obtidos. Se necessário, roda-se novo ciclo PFEA para ajustar a rota sem perder de vista as metas estabelecidas na Oficina de Planejamento Anual.

Para lidar com as atribuições e papéis que são comuns aos ACE e ACS, deve-se definir as funções de cada um na Oficina de Planejamento Anual com transparência e de forma colaborativa, evitando ambiguidades e otimizando recursos. Além disso, é necessário estabelecer uma estratégia de comunicação eficaz, compartilhamento de informações e coordenação de esforços para todos.

Se a equipe apresentar demanda de novas habilidades para a realização das ações e o alcance dos resultados propostos na Oficina, as coordenações de VS e APS podem se articular para ofertar os treinamentos necessários à equipe.

O alcance dos resultados propostos na Oficina de Planejamento Anual requer supervisão adequada do trabalho diário e, ocasionalmente, alguma flexibilidade para reconhecer que ambas as categorias, por vezes, precisarão contribuir para uma tarefa comum (Anexo F). Além disso, é necessário a avaliação contínua sem perder de vista as metas e os indicadores acordados.

## 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 <i>mellitus</i>	1				
Relação morador/cômodo maior que 1	3				
Relação morador/cômodo igual a 1	2				
Relação morador/cômodo menor que 1	0				
<b>Total</b>					

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.

## Anexo C – Objetivos SMART

<p><b>Specific (Específico)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quem?</li> <li>▪ Qual?</li> <li>▪ Detalhes:</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Refere-se a ser o mais específico possível com o objetivo desejado. Geralmente, quanto mais restrito e específico for um objetivo, mais claros serão os passos para alcançá-lo.</li> <li>▪ Defina o que você espera.</li> <li>▪ Determine quem fará isso.</li> <li>▪ Responsabilidade detalhada.</li> <li>▪ Use verbos de ação, expressando ação física ou mental, tanto quanto possível.</li> <li>▪ Forneça detalhes suficientes – isso depende do objetivo, mas deve ser claro as suas ações.</li> </ul>
<p><b>Measurable (Mensurável)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quantos?</li> <li>▪ Documentado por:</li> <li>▪ Responsável por:</li> <li>▪ Quais são os indicadores de progresso?</li> <li>▪ Como o definidor da meta saberá quando a meta foi alcançada?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Refere-se a garantir que haverá evidências que possam ser monitoradas para analisar o progresso.</li> <li>▪ Identifique como você saberá que o objetivo foi alcançado – geralmente isso pode ser realizado quantitativamente, mas também pode ser qualitativamente (por exemplo, 80% dos imóveis foram visitados essa semana).</li> </ul>
<p><b>Attainable (Atingível)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Justificativa:</li> <li>▪ Como o indivíduo atinge a meta?</li> <li>▪ Quão realista é o objetivo?</li> <li>▪ O que seria necessário para atingir a meta?</li> <li>▪ Quais ferramentas e habilidades serão necessárias para atingir a meta?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Refere-se a garantir que a meta definida seja realista e possível de ser concluída ou mantida dentro do prazo definido.</li> <li>▪ Certifique-se de ter tempo, mão de obra, recursos e autoridade para atingir o objetivo.</li> <li>▪ Considere se pode haver fatores que fogem do seu controle.</li> </ul>
<p><b>Relevant (Relevante)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Razões.</li> <li>▪ A pessoa designada é a pessoa certa para cumprir esse objetivo?</li> <li>▪ Será este um objetivo adequado ao atual ambiente social e econômico?</li> <li>▪ É o momento certo para cumprir o objetivo?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Refere-se a garantir que a meta em si esteja alinhada com os valores e as metas e objetivos de longo prazo.</li> </ul>
<p><b>Time-bound (Tempo limite)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quando o objetivo será alcançado?</li> <li>▪ O que pode ser alcançado daqui a seis semanas?</li> <li>▪ O que pode ser realizado hoje?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Refere-se a garantir que a meta seja definida dentro de um prazo apropriado.</li> <li>▪ Especifique quando o objetivo deve ser concluído.</li> <li>▪ Incluir referências cronológicas para metas de longo prazo e todos os objetivos.</li> </ul>

Objetivos SMART				
Específico	Mensurável	Atingível	Relevante	Datado no tempo

## Anexo D – Matriz GUT (Gravidade, Urgência e Tendência)

Número	Problema	Gravidade	Urgência	Tendência	Total

**Obs.:** dê uma nota de 1 a 5 para cada problema em cada item da matriz. Em seguida, multiplique a pontuação obtida em G\*U\*T e obtenha o total. Essa matriz ranqueia os problemas com maior pontuação até os menores, possibilitando à equipe escolha racional sobre quais problemas atuar prioritariamente.

### Pontuação da matriz

Nota	Gravidade	Urgência	Tendência (se nada for feito...)
5	Extremamente grave	Precisa de ação imediata	Vai piorar rapidamente
4	Muito grave	É urgente	Vai piorar em pouco tempo
3	Grave	O mais rápido possível	Vai piorar
2	Pouco grave	Pouco urgente	Vai piorar a longo prazo
1	Sem gravidade	Pode esperar	Não vai mudar

## Anexo E – Planilha 5W2H

Objetivo: \_\_\_\_\_

O que	Por que	Como	Quem fará	Quando	Onde	Custo

O que – Especifique o que será realizado.

Por que – Explique o porquê da ação.

Como – Detalhe como será feito.

Quem – Defina quem será o principal responsável pela ação e seus parceiros (nomear o responsável).

Quando – Quando ocorrerá a ação.

Onde – Onde será realizada a ação.

Quanto custa – Calcule os custos da ação.

### Indicadores de monitoramento e avaliação:

1-.....

2-.....

# EQUIPE TÉCNICA

## **Elaboração:**

Antonia Maria Rosa – Universidade do Estado de Mato Grosso – Unemat

Darwin Renne Florencio Cardoso – DVSAT/SVSA/MS

Eliane Ignotti – CGVAM/DVSAT/SVSA/MS

Jaqueline Mendes Nardelli – Cgaep/Cgesco/Descos/Saps/MS

Kauara Brito Campos – CGVAM/DVSAT/SVSA/MS

Layza Nogueira Dias dos Santos – Cgesco/Descos/Saps/MS

Luciana Pelucio Ferreira – Cgesco/Descos/Saps/MS

Maria de Lourdes Ribeiro – Cgesco/Descos/Saps/MS

Michelle Leite Da Silva – Cgaep/Cgesco/Descos/Saps/MS

Ranieri Flávio Viana de Sousa – CGVAM/DVSAT/SVSA/MS

## **Colaboração:**

Alexander Vargas – Cema/Dedt/SVSA/MS

Eduarda Jardim dos Santos – Cgaep/Cgesco/Descos/Saps/MS

Eliandra Castro de Oliveira – CGVZ/Dedt/SVSA/MS

Elisa Neves Vianna – Cgaep/Cgesco/Descos/Saps/MS

Fabio David Vasconcelos Reis – CGVAM/DVSAT/SVSA/MS

Francisco Edilson Ferreira de Lima Júnior – CGVZ/Dedt/SVSA/MS

Gustavo dos Santos Souza – CGCLIMA/DVSAT/SVSA/MS

Jaqueline Martins – CGVAM/DVSAT/SVSA/MS

Leonardo Pimentel Berzoini – DVSAT/SVSA/MS

Lucas Carvalho Sanglard – CGVAM/DVSAT/SVSA/MS

Lucas Edel Donato – CGVZ/Dedt/SVSA/MS

Luis Carlos Nunes Vieira de Vieira – Cgaes/Deges/SGTES/MS

Marcia Helena de Moraes Diniz – Cossets/CGVATS/SGTES  
Mércia Sindeaux Frutuoso – CGVZ/Dedt/SVSA/MS  
Natiela Beatriz de Oliveira – CGVZ/Dedt/SVSA/MS  
Patricia Werlang – Dathi/SVSA/MS  
Paulo Augusto Marques da Silveira Mello – CGVAM/DVSAT/SVSA/MS  
Rafaella Albuquerque e Silva – CGVZ/Dedt/SVSA/MS  
Rejane Maria de Souza Alves – CGSAT/DVSAT/SVSA/MS  
Renata Guimarães Mendonça de Santana – Desco/Saps/MS  
Ricardo Augusto dos Passos – CGARB/Dedt/SVSA/MS  
Rodrigo Alves Ribeiro – Cgaep/Cgesco/Desco/Saps/MS.  
Rodrigo Giesbrecht Pinheiro – CGARB/Dedt/SVSA/MS  
Rodrigo Silvério de Oliveira Santos – CGSAT/DVSAT/SVSA/MS  
Sandra Mara Fernandes Bonilha – Secretaria Municipal de Saúde de Cáceres/MT  
Suellen Ferreira Alves – Cgaes/Deges/SGTES/MS  
Swamy Lima Palmeira – CGVZ/Dedt/SVSA/MS  
Wesllynton Luiz da Silva de Oliveira – DVSAT/SVSA/MS

Conte-nos o que pensa sobre esta publicação.  
**Clique aqui** e responda a pesquisa.

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde  
bvsm.s.saude.gov.br



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE

Governo  
Federal