

MINISTÉRIO DA SAÚDE
CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

PLANEJAMENTO E ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO

*PROGRAMA SAÚDE COM AGENTE
E-BOOK 10*



Brasília – DF
2023

MINISTÉRIO DA SAÚDE
CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

PLANEJAMENTO E ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO

*PROGRAMA SAÚDE COM AGENTE
E-BOOK 10*





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: bvsms.saude.gov.br

Tiragem: 1ª edição – 2023 – versão eletrônica

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
Departamento de Gestão da Educação na Saúde
Coordenação-Geral de Ações Educacionais
SRTVN 701, Via W5 Norte, lote D, Edifício PO 700, 4º andar
CEP.: 70719-040 – Brasília/DF
Tel.: (61) 3315-3394
E-mail: sgtes@saude.gov.br

Secretaria de Atenção Primária à Saúde
Departamento de Saúde da Família
Esplanada dos Ministérios, Bloco G, 7º andar
CEP: 70058-90 – Brasília/DF
Tel.: (61) 3315-9044/9096
E-mail: aps@saude.gov.br

Secretaria de Vigilância em Saúde
SRTVN 701, Via W5 Norte, lote D, Edifício PO 700, 7º andar
CEP: 70719-040 – Brasília/DF
Tel.: (61) 3315.3874
E-mail: svs@saude.gov.br

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS
MUNICIPAIS DE SAÚDE
Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Anexo B, Sala 144, Zona Cívico Administrativo
CEP: 70058-900 – Brasília/DF
Tel.: (61) 3022-8900

Núcleo Pedagógico
Rua Professor Antônio Aleixo, 756
CEP: 30180-150 – Belo Horizonte/MG
Tel.: (31) 2534-2640

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
Av. Paulo Gama, 110 – Bairro Farroupilha
CEP: 90040-060 – Porto Alegre/RS
Tel.: (51) 3308-6000

Coordenação-geral:

Adriana Fortaleza R. da Silva – MS
Cristiane Martins Pantaleão – Conasems
Hélio Angotti Neto – MS
Hishan Mohamad Hamida – Conasems
Leandro Raizer – UFRGS
Luciana B. Teixeira – UFRGS
Marcelo A. C. Queiroga Lopes – MS
Musa Denaise de Sousa Moraes – MS
Roberta Shirley A. de Oliveira – MS

Direção técnica:

Hélio Angotti Neto

Organização:

Núcleo Pedagógico do Conasems

Supervisão-geral:

Rubensmidt Ramos Riani

Coordenação técnica e pedagógica:

Cristina F. S. Crespo
Valdívila F. Marçal

Elaboração de texto:

Maria Lizzia Moura Ferreira dos Santos
Níli Maria de Brito Lima Prado

Revisão técnica:

Andreia F. Leal – UFRGS
Diogo Pilger – UFRGS
Érika R. de Almeida – SAPS/MS
Fabiana S. Pires – UFRGS
José Braz D. Padilha – SVS/MS
Kelly C. Santana – Conasems
Lanusa T. G. Ferreira – SGTE/MS
Michelle L. da Silva – SAPS/MS
Patrícia S. Campos – Conasems
Rubensmidt R. Riani – SGTE/MS

Designer educacional:

Alexandra Gusmão – Conasems
Juliana Fortunato – Conasems
Pollyanna Lucarelli – Conasems
Priscila Rondas – Conasems

Colaboração:

Adriana Fortaleza R. da Silva – SGTE/MS
Antonio Jorge de Souza Marques – Conasems
Josefa Maria de Jesus – SGTE/MS
Katia Wanessa A. Silva – SGTE/MS
Marcela Alvarenga de Moraes – Conasems
Marcia Cristina Marques Pinheiro – Conasems
Rejane Teles Bastos – SGTE/MS
Roberta Shirley A. de Oliveira – SGTE/MS
Rosângela Treichel – Conasems
Suellen da Silva Ferreira – SGTE/MS

Coordenação de desenvolvimento gráfico:

Cristina Perrone – Conasems

Diagramação e projeto gráfico:

Aidan Bruno – Conasems
Alexandre Itabayana – Conasems
Bárbara Napoleão – Conasems
Cristina Perrone – Conasems
Lucas Mendonça – Conasems
Ygor Baeta Lourenço – Conasems

Fotografias e ilustrações:

Biblioteca do Banco de Imagens do Conasems

Imagens:

Freepik

Revisão:

Núcleo Pedagógico/Conasems

Normalização:

Luciana Cerqueira Brito – Editora MS/CGDI

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde.

Planejamento e organização do processo de trabalho [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. – Brasília : Ministério da Saúde, 2023.

103 p. : il. – (Programa Saúde com Agente; E-book 10)

Modo de acesso: World Wide Web: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/planejamento_organizacao_processo_trabalho.pdf
ISBN 978-65-5993-445-4

1. Agentes Comunitários de Saúde. 2. Planejamento em saúde. 3. Programas Nacionais de Saúde. I. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. II. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. III. Título.

CDU 614

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – 2022/0541

Título para indexação:

Planning and Work process Organization



BEM-VINDA(O)!

Este é o seu e-book da disciplina Planejamento e Organização do Processo de Trabalho.

Nesta disciplina serão apresentados conceitos, métodos e exemplos de trabalho em equipe, para o planejamento e organização do seu trabalho, junto com as equipes da APS e Vigilância em Saúde. O planejamento de ações locais nem sempre é tarefa fácil. Esperamos ajudá-lo (la) a entender como o Planejamento em Saúde pode se expressar na organização das atribuições e das rotinas entre os profissionais de uma equipe.

Para isso, apresentaremos os métodos de Planejamento em Saúde, as Técnicas de levantamento das condições de vida e de saúde/doença da população, o Mapeamento sociopolítico e ambiental e a interpretação demográfica e a Organização do processo de trabalho para a qualificação do acesso, da longitudinalidade e da integralidade do cuidado.

Assim, esperamos que, ao terminar este curso, **você entenda a importância dos conceitos trabalhados e, principalmente, que seja capaz de colocá-los em prática em seu local de trabalho**, motivando sua equipe a organizar uma atenção em saúde centrada nas pessoas, integral, resolutiva e com o melhor uso possível dos recursos disponíveis na APS.

Bons estudos!

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fluxograma interativo do Planejamento Estratégico Situacional (PES).....	15
Figura 2 – Infográfico – Diagnóstico da situação e seleção de Problemas.....	21
Figura 3 – Síntese de outros métodos de Planejamento em Saúde.....	22
Figura 4 – Esquema explicativo, simplificado, do processo de trabalho ACS, sem e com a presença do ACE de referências.....	87
Figura 5 – Participação social e negociação de significados produzidos pelos ACS. Ceará, Brasil, 2018.....	92

LISTA DE SIGLAS

AB – Atenção Básica

ACE – Agente de Combate às Endemias

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AIS – Ações Integradas de Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

CIT – Comissão Intergestores Tripartite

CNDSS – Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde

CNS – Conferência Nacional de Saúde

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

DSS – Determinantes Sociais da Saúde

eAPP – Equipe de Atenção Primária Prisional

eCR – Equipe de Consultório na Rua

ERF – Escala de Risco Familiar

ESF – Estratégia de Saúde da Família

eSFR – Equipe de Saúde da Família Ribeirinha

NASF-AB – Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica

PACS – Programa Agentes Comunitários de Saúde

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNVS – Política Nacional de Vigilância em Saúde

PSF – Programa Saúde da Família

RAS – Redes de Atenção à Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

SUDSVS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

VD – Visita Domiciliar

VS – Vigilância em Saúde

SUMÁRIO

7	PLANEJAMENTO EM SAÚDE, TIPOS E ASPECTOS GERAIS: MÉTODOS DE PLANEJAMENTO PARA SERVIÇOS DE APS/VIGILÂNCIA, SUAS POTENCIALIDADES, LIMITAÇÕES E APLICAÇÕES PRÁTICAS
26	TÉCNICAS DE LEVANTAMENTO DAS CONDIÇÕES DE VIDA E DAS CONDIÇÕES DE RISCO SOCIAL
51	MAPEAMENTO SOCIOPOLÍTICO E AMBIENTAL: FINALIDADES E TÉCNICAS E INTERPRETAÇÃO DEMOGRÁFICA
63	ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO PARA A QUALIFICAÇÃO DO ACESSO, DA LONGITUDINALIDADE E DA INTEGRALIDADE DO CUIDADO
83	VIVÊNCIAS NO PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA
95	RETROSPECTIVA
97	REFERÊNCIAS
100	BIBLIOGRAFIA

**PLANEJAMENTO EM SAÚDE,
TIPOS E ASPECTOS GERAIS:
MÉTODOS DE PLANEJAMENTO
PARA SERVIÇOS DE
APS/VIGILÂNCIA, SUAS
POTENCIALIDADES,
LIMITAÇÕES E APLICAÇÕES
PRÁTICAS**



Nesta temática, buscamos introduzir algumas **reflexões sobre o Planejamento em Saúde e os métodos para estimular sua operacionalização pelas equipes da APS e das Ações de Vigilância em Saúde, mais especificamente, junto à ESF.**

Considerando que a APS deve ser coordenadora do cuidado, e parte fundamental da gestão do território vivo, onde o trabalho ocorre, é fundamental discutir quais são as abordagens e os métodos, e como incluir o Planejamento em Saúde na organização das atividades dos profissionais, com o intuito de potencializar uma programação de ações coerentes com as necessidades locais dos indivíduos e das famílias. Para tanto, a equipe de saúde, incluindo vocês, Agentes, devem participar da análise da situação de saúde, identificando fatores de risco e os determinantes e condicionantes em saúde do território, assim como viabilizar maior integração da Vigilância em Saúde com as equipes multiprofissionais, para o planejamento e o desenvolvimento de ações compartilhadas.

Utilizamos como subsídios, além do referencial teórico, para aprofundar elementos importantes sobre o planejamento, a organização e a construção dos processos de trabalho, a nossa experiência e vivência na gestão e o planejamento de ações na APS e na Vigilância em Saúde

O planejamento utilizado como instrumento cotidiano para organização das ações (PAIM, 2012) é essencial para atender ao conceito ampliado de saúde, previsto no artigo 196 da Constituição Federal (BRASIL, 1988), além de favorecer a melhoria das condições de vida e saúde da população.

Dessa forma, devemos utilizá-lo para organizar e descrever programações em saúde no trabalho na APS?



A resposta a essa pergunta é: Sim!

O **planejamento constitui uma ferramenta indispensável**, enquanto meio que apoia a análise da Situação de Saúde e a definição dos objetivos, das atividades, dos responsáveis e dos recursos necessários para enfrentar os problemas (BRASIL, 2006b).

Na organização do Sistema Único de Saúde, o processo de formulação ascendente e integrado do Planejamento da Saúde, além de requisito legal, **é um dos mecanismos relevantes para assegurar a unicidade e os princípios constitucionais do SUS**. Sendo assim, o plano municipal contém as diversas linhas de ação com os respectivos objetivos específicos e as ações estratégicas, cada qual especificando o órgão responsável por elas e os demais setores envolvidos.



Assim sendo, vocês, Agentes, entendendo a importância do Planejamento em Saúde, **já acessaram o plano municipal quadrienal de saúde do município em que atuam (referente ao quadriênio atual)?**

Buscaram identificar as ações e as metas propostas nos processos de análise da Situação de Saúde da população nos territórios específicos?

Isso é muito importante, pois na APS a compreensão sobre as possibilidades de incorporação do planejamento, na tentativa de organizar as respostas institucionais às necessidades de saúde da população, requer um processo de reflexão e de discussão coletiva em torno das informações existentes, aproveitando a experiência acumulada dos atores envolvidos.

O planejamento, entendido como prática social, envolve atores sociais e objetiva contribuir para a melhoria do nível de saúde da população, tanto quanto seja possível, dado o conhecimento e os recursos disponíveis. Logo, o planejamento deve ser desenvolvido, a partir dos problemas do território, em uma perspectiva, se possível, intersectorial (GONDIM *et al.*, 2008). É um compromisso com a ação, pois o planejamento procura identificar problemas e oportunidades para orientar a ação.

Esse compromisso precisa ocorrer no planejamento local, realizado pelas Equipes de Saúde Multidisciplinares da APS, que devem, para a organização e efetivação do planejamento, realizar momentos contínuos de diálogos multiprofissionais, sobretudo, com os profissionais que conheçam o território em que atuam.

Esses momentos contribuem para identificar as reais necessidades da população adscrita, permitindo, com isso, que as equipes considerem a integralidade da Atenção em Saúde, da equidade e, principalmente, do acesso universal aos serviços de saúde (CALVO *et al.*, 2019).

Vocês concordam que, quando as ações são divididas e desarticuladas, não se consegue chegar a uma organização de trabalho integral?

Para que haja consolidação do trabalho em equipe, é necessário que se estabeleça a interação, a comunicação e a capacidade de escutar diferentes saberes e de estabelecer consensos (PERUZZO *et al.*, 2018).

INTERSETORIAL

Que se efetiva ou se desenvolve entre dois ou mais setores; que compreende mais de um ramo, domínio, subdivisão ou seção. Que envolve mais de uma divisão ou subdivisão de um órgão público ou de uma empresa responsável por um serviço ou assunto específico: reunião intersectorial de gestão pública.

O planejamento participativo deve **envolver a comunidade**, por meio de espaços de debates em reuniões, para a construção de propostas e ações, a partir de processos coletivos e democráticos. Essa dinâmica diminui o distanciamento entre as Equipes de Saúde e a comunidade, e potencializa a solução de problemas que realmente são importantes para as pessoas.

O Planejamento em Saúde é uma atividade obrigatória para adequar as necessidades de saúde da população com as ações realizadas pelas Equipes de Saúde, inclusive na APS, pois orienta, também, o processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família, em que vocês, Agentes, estão inseridos. Dessa forma, é necessário que se mantenha a continuidade dos espaços de planejamento e de execução de ações integradas entre ACE e ACS, para estimular o desenvolvimento dessas ações como rotina durante o processo de trabalho.



Deve-se contar com a participação da comunidade, para que falem sobre os problemas que mais a afetam, por meio de ideias, discussões, projetos, ações e resultados – independentemente das atribuições e competências desempenhadas pelos profissionais das equipes –, que ampliem a compreensão da realidade e que levem à criação de propostas conjuntas. Todos (as) devem ser ouvidos (as) e participar, coletivamente, no planejamento e na programação das ações e Serviços de Saúde.



**“E nós, Agentes,
somos fundamentais
nesse processo!”**

Confira como seguir os passos para planejar:

1

diagnóstico da comunidade;

2

delineamento de um plano de ação;

3

operacionalização do plano de ação;

4

avaliação para acompanhar todas as fases do planejamento.



A necessidade de organização das ações e dos serviços com base na lógica da Estratégia Saúde da Família é potencializada com o uso do Planejamento Estratégico Situacional (PES), definido por Carlos Matus, como um instrumento que viabiliza escolhas ante a identificação de situações problemáticas (CALVO *et al.*, 2019).

É fundamental que vocês entendam que a **situação** é um conjunto de **problemas** identificados, descritos e analisados na perspectiva de um determinado ator social; e o **problema** é considerado tudo que está fora dos padrões de normalidade. Assim, para entender como planejar, precisamos entender como fazer, as etapas e os métodos de planejamento.

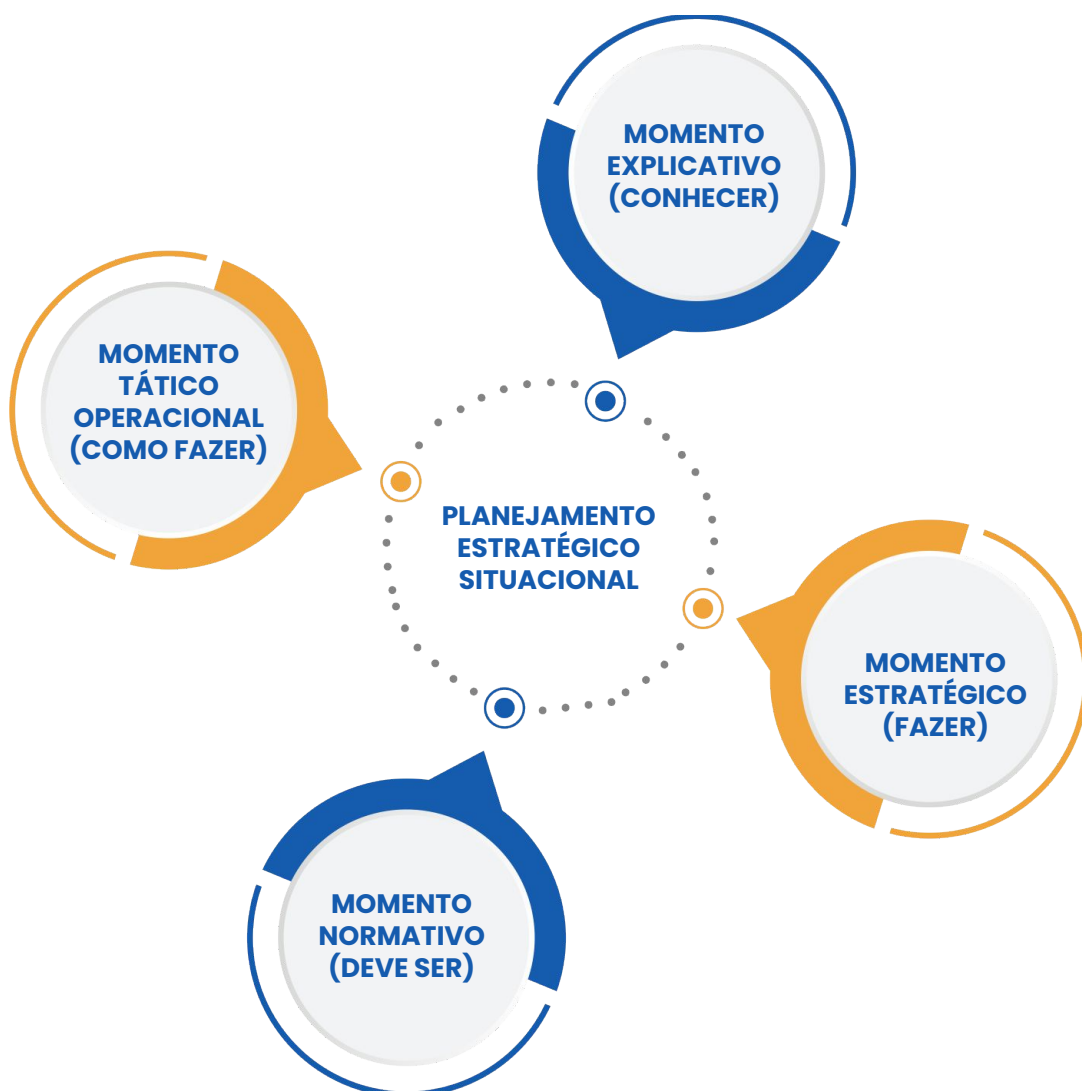
Agora, indico a você a leitura do livro “Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências!” (TEIXEIRA, 2010). Para acessá-lo, utilize seu celular e aponte a câmera para o QR Code ou [clique aqui](#).



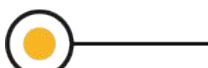
Vamos entender o Planejamento Estratégico Situacional (PES)?

O PES é dividido em quatro momentos, denominados Momento Explicativo, Momento Normativo, Momento Estratégico e Momento Tático-Operacional. Esses momentos, necessariamente, não requerem que aconteçam na ordem dessas etapas, podendo ser iniciados por qualquer um desses momentos operacionais.

Figura 1 – Fluxograma interativo do Planejamento Estratégico Situacional (PES)



Fonte: Paim, 2006.



Momento Explicativo (Conhecer)

É a etapa do diagnóstico da Situação de Saúde no território (análise da situação). Nesse momento, a equipe deve identificar o perfil epidemiológico, isto é, o perfil de agravos, de mortalidade das pessoas que residem na comunidade, assim como suas necessidades. Para isso, podem-se usar diversas estratégias de coleta de dados, como: reuniões técnicas; oficinas de trabalho com representantes da comunidade ou líderes comunitários; usar o espaço dos conselhos locais de saúde etc.

Da mesma forma, a equipe deve coletar dados dos Sistemas de Informação em Saúde, como: dados demográficos (número de habitantes, idade, sexo, raça etc.); dados socioeconômicos (renda, ocupação, classe social, tipo de trabalho, condições de moradia e de alimentação); dados ambientais (poluição, abastecimento de água, tratamento de esgoto, coleta e disposição do lixo); dados sobre Serviços de Saúde (hospitais, ambulatórios, unidades de saúde, acesso aos serviços); dados de morbidade (doenças que ocorrem na comunidade) e os eventos vitais (óbitos, nascimentos vivos e mortos, principalmente) (BRASIL, 2017).

Podem, também, efetuar entrevistas com usuários do território, utilizar os dados de cadastramento dos indivíduos e das famílias, ou os dados da sala de situação apresentados pela AB. Coletados esses dados, deve-se identificar e descrever os problemas, procurando explicar cada um deles em reuniões gerais de equipe – momento em que é possível escolher quais os problemas são considerados mais relevantes e devem ser priorizados nas ações das equipes para aquela comunidade.



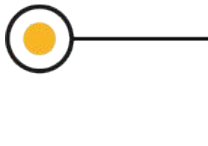
A Vigilância em Saúde busca a identificação da rede de causalidades e dos elementos que exercem determinação sobre o processo saúde-doença, auxiliando na percepção dos problemas de saúde e no planejamento das estratégias de intervenção (BRASIL, 2017). Com relação à diversidade geográfica de atuação, é pertinente que vocês, ACS e ACE, reflitam e incluam o diagnóstico rural participativo nas ações nos territórios.

O diagnóstico rural também objetiva o levantamento das potencialidades locais e as necessidades dos moradores rurais, com foco nos sistemas de produção agrícola, pecuária e florestal dos territórios rurais e remotos, assim como as áreas ribeirinhas e comunidades quilombolas.

Na APS, as ações de saúde são direcionadas para a população dos territórios definidos e adscritos, nos quais as equipes assumem a responsabilidade sanitária (PAIM, 2012). Essas ações devem ser planejadas conforme as necessidades locais dos usuários. Assim, ao debaterem sobre a epidemiologia e os indicadores de saúde do município, a ação planejada, de forma conjunta, entre os ACS e ACE e a Equipe de Saúde, contribui para o desenvolvimento de estratégias e atividades mais eficientes e resultados mais promissores nas ações e Serviços de Saúde.

Agora, indico a você a leitura do material
“Planejamento e avaliação das ações em saúde
Para acessá-lo, utilize seu celular e aponte a
câmera para o QR Code ou [clique aqui.](#)





Momento Normativo (Deve ser)

Nesse momento, são definidos, a partir dos problemas priorizados, o objetivo geral, os específicos e as ações necessárias para resolver cada problema, os responsáveis, os parceiros eventuais ou opositores, os indicadores para monitorar o alcance das ações, os demais recursos necessários e os prazos a serem cumpridos.

Esse detalhamento consiste na elaboração do plano de trabalho das equipes de AB e Vigilância em Saúde. Por isso, o plano diz respeito ao que fazer. O objetivo do plano de ação é descrever ações para os problemas identificados, as metas e os prazos, assim como os responsáveis na equipe pelo desenvolvimento de cada ação.

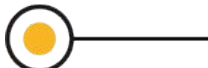
Observação: uma vez realizado o planejamento e descrito o plano de ação, ele é imutável? Não. O planejamento está sempre **“aberto ao imprevisível e às surpresas”**, que desafiam as ações programadas, e, por isso, requer um monitoramento contínuo das estratégias e a reformulação das prioridades pela equipe (CALVO *et al.*, 2019).

Momento Estratégico (Pode ser)

Corresponde à identificação de estratégias e de recursos, para que seja possível desenvolver as ações listadas no plano de trabalho ou no plano de ação. No Momento Estratégico estabelece-se o desenho e os cursos de ação para a superação de obstáculos, expressando um balanço entre o que deve ser e o que pode ser feito (PAIM, 2006).

Deve-se prever: quem irá desenvolver as ações, com quais recursos e em quanto tempo. Envolve, ainda, a análise de viabilidade do plano e a busca de apoio, por meio de estratégias de apresentação em diversos locais, para agregar apoiadores.





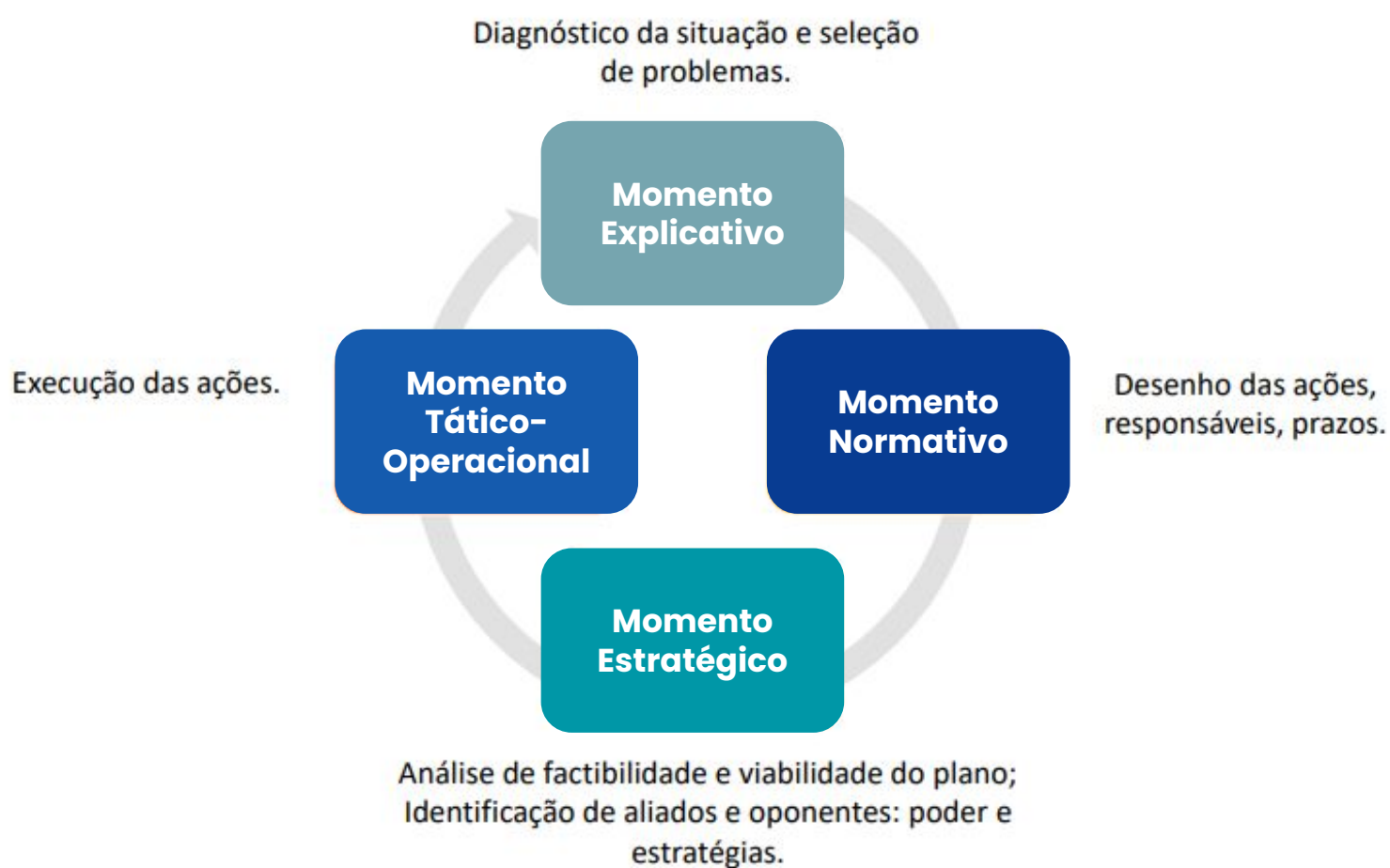
Momento Tático Operacional (Fazer)

Consiste na aplicação do plano de ação e abrange a programação das ações para o alcance dos objetivos estratégicos.

Por não haver uma tradição de construções coletivas nos espaços das Unidades de Saúde, esse pode ser o momento mais difícil, pois depende de vários profissionais de saúde, inclusive vocês, Agentes. Por isso, os objetivos e as ações descritos no plano devem ser possíveis de serem desenvolvidos no tempo previsto e pela equipe daquele território. No plano devem constar, ainda, indicadores para cada situação problemática, para permitir o acompanhamento daquelas que foram executadas, realizar comparações e avaliar a necessidade de mudanças ao longo do tempo.

Em resumo, buscamos conhecer as características socioeconômicas, culturais e epidemiológicas, por meio do levantamento, da análise e da reflexão dos dados, da priorização das necessidades e do delineamento do plano de ação; colocar em prática o que foi planejado e, após a execução, identificar os resultados alcançados e fornece auxílio para a reprogramação das ações. Isso implica um processo de coleta e sistematização de dados demográficos, socioeconômicos, políticos, culturais, epidemiológicos e sanitários que, posteriormente, devem ser interpretados e atualizados, periodicamente, pela Equipe de Saúde.

Figura 2 – Infográfico – Diagnóstico da situação e seleção de problemas



Fonte: Paim, 2006.

Outros métodos utilizados para o Planejamento em Saúde local mais conhecidos (e que você já deve ter desenvolvido junto a sua equipe), são: metodologia ZOOMP (sigla alemã, que significa planificação de projetos orientados a objetivos) e o MAPP (Método Altadir de Planejamento Popular).

Figura 3 – Síntese de outros métodos de planejamento em saúde



Vamos entender um pouco sobre esses métodos de planejamento? Para acessar, utilize seu celular e aponte a câmera para o QR Code ou [clique aqui](#).





Agora, vamos conhecer um pouco mais o Método de Planejamento Orientado por Objetivos – Método ZOPP?

O Zielorientiert Projectplanung (ZOPP), ou Método de Planejamento de Projeto Orientado por Objetivos, é uma técnica de planejamento de intervenção social, criada e desenvolvida pela Sociedade Alemã de Cooperação Técnica, na década de 1980, para atender à necessidade de ações mais efetivas ligadas aos fatores mais próximos às causas dos problemas, identificados por meio da escuta cuidadosa das pessoas envolvidas e beneficiadas pelos projetos sociais, como gestores, grupos beneficiários e técnicos responsáveis pela implementação, para construção conjunta de decisões.

Estes são os passos do Método, na seguinte sequência: análise do contexto; análise dos problemas (árvore de problemas); análise dos objetivos (árvore de objetivos); escolha ou priorização de objetivos alcançáveis; planejamento (construção do PAG).

Os passos não são estanques – relacionam-se entre si em um processo de sucessivas aproximações, em que se destacam momentos nos quais o grupo se dedica a aspectos específicos da situação-problema.

O Método prevê a definição de ações, a partir de uma análise exaustiva dos problemas, as causas e os efeitos e a consequente reversão dos problemas em objetivos, resultados esperados e ações, presumindo-se que as ações responderão aos problemas de forma mais integral e efetiva.



O Método pode utilizar recursos visuais, como a visão sobre os problemas levantados e sua inter-relação podem ser compartilhados, buscando a identificação de um problema central e de 'troncos e raízes', que identifiquem como o problema se manifesta e se relaciona com outros problemas enquanto 'causa e efeito'. Essa análise pode dar origem a uma representação visual chamada de 'árvore de problemas' (o desenho de uma árvore com galhos, que pode ser feito em papel ou em um quadro).

Após a construção das árvores de problemas e objetivos, realiza-se a seleção dos objetivos alcançáveis (segundo momento), bem como a construção da seleção de problemas levantados e a escolha de como adaptar as ações à realidade vivenciada pelos atores, no território da APS. A partir dessas principais ferramentas visuais, 'árvore de problemas' e 'árvore de objetivos', inicia-se a construção de um plano com os objetivos, as metas e os responsáveis por desenvolver cada ação, com o devido prazo de execução previsto (BOLAY, 1993; FAQUIM; BUIATTI; FRAZÃO, 2018).

Você consegue perceber como o ZOOP é um Método interessante, para facilitar o encontro entre usuário e profissional em atividades de planejamento? Como ele permite mudanças nas condições em que ocorre a produção do cuidado à saúde, favorecendo uma abordagem centrada nas necessidades dos usuários de um determinado território?

Os dois Métodos apresentados preveem um planejamento participativo, com inclusão dos usuários e da comunidade!



Agora que já falamos sobre alguns Métodos de Planejamento em Saúde pelas equipes da AB, vamos refletir sobre como podemos integrar as ações com a Vigilância à Saúde no território da AB.

Reflitam, de que forma vocês, Agentes, podem participar, de forma contínua, do processo de planejamento das ações nas Equipes Multiprofissionais e nos territórios que atuam?

Já estudamos, na disciplina Geoprocessamento em Saúde, Cadastramento e Territorialização, a importância do território. [Clique aqui](#) e reveja alguns pontos do território.



**TÉCNICAS DE
LEVANTAMENTO
DAS CONDIÇÕES
DE VIDA E DAS
CONDIÇÕES DE
RISCO SOCIAL**



Nesta temática buscamos introduzir algumas técnicas para o levantamento das condições de vida e de saúde/doença da população. Em especial, damos ênfase às condições de risco e aos fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos. Da mesma forma, levamos em consideração os fatores comportamentais, que influenciam a ocorrência de problemas de saúde, os fatores de risco e o levantamento das necessidades e a estratificação da população, de acordo com a complexidade ou a gravidade das situações encontradas.

Nessa etapa, os Agentes desempenham uma valorosa função, pois são figuras fundamentais na Estratégia de Saúde da Família (ESF), que caracteriza-se por uma assistência à população pertencente a determinado território, desenvolvida por Equipes Multiprofissionais, baseada nas necessidades locais.

Veja mais informações sobre o mapeamento de riscos e vulnerabilidades do território. Para acessar, utilize seu celular e aponte a câmera para o QR Code ou [clique aqui](#).



Andando pelo território (área de abrangência de uma Unidade de Saúde e a área de atuação de ESF), pelas ruas, é possível identificar e caracterizar os problemas de saúde das famílias – incluindo a identificação de problemas nos ambientes de reprodução social delas –, conhecer as necessidades do lugar onde a população está, bem como avaliar o impacto dos serviços sobre os níveis de saúde dessa população.

Esse levantamento deve priorizar a identificação das áreas de risco nos territórios, quais sejam: aquelas que apresentam piores condições ambientais e sociais e, portanto, possuem maiores chances de levar as pessoas que ali residem a adoecer.

Para o adequado planejamento das ações, a ESF precisa estratificar o risco da sua população adscrita para priorizar ações.



Os fatores de risco consistem em condições ou aspectos **biológicos, psicológicos ou sociais** que estão associados, estatisticamente, a maiores probabilidades futuras de mortalidade ou morbidade (CONASS, 2017).



Nesse processo, tem-se, também, a **identificação de populações específicas, que necessitem, prioritariamente, de intervenções em saúde**, segundo critérios de frequência, de risco e de vulnerabilidade da população adscrita.

O cadastramento dos indivíduos e das famílias (seja nos seus pontos singulares e/ou coletivos), possibilita a **demarcação de um perfil sanitário**, e, a partir daí, é possível identificar informações importantes, como os dados que indiquem riscos à saúde e/ou vulnerabilidade social/ambiental, nos quais a comunidade adscrita está inserida (MONKEN *et al.*, 2008).



EXEMPLO

Fatores de risco individual: desnutrição, gravidez precoce, adicções, depressão, desemprego, baixa autoestima, atividade sexual precoce.



EXEMPLO

Fatores de risco familiar: família uniparental, separação dos pais, abuso sexual, gravidez precoce, negligência dos pais, baixa renda, filhos com deficiência, doença terminal, ausência de planejamento familiar.

Dentro desse contexto, há, também, fatores sociais, como: ausência de apoio social ou de modelos sociais positivos e ausência de redes institucionais; áreas com maior frequência de violência urbana; ausência de infraestrutura, como saneamento básico (esgoto sanitário e destino do lixo inadequado ou ausente), e moradias inadequadas (domicílios improvisados, alto número de moradores por domicílio). Para os ACE, essas podem ser as áreas com maior quantidade de mosquitos transmissores da Dengue, por exemplo (BRASIL, 2003).



ASSISTA AO VÍDEO



Caro(a) estudante, indico que você assista ao vídeo "Microárea de risco: identificando o perigo", disponível no link: [clique aqui](#) ou clique na imagem ao lado.



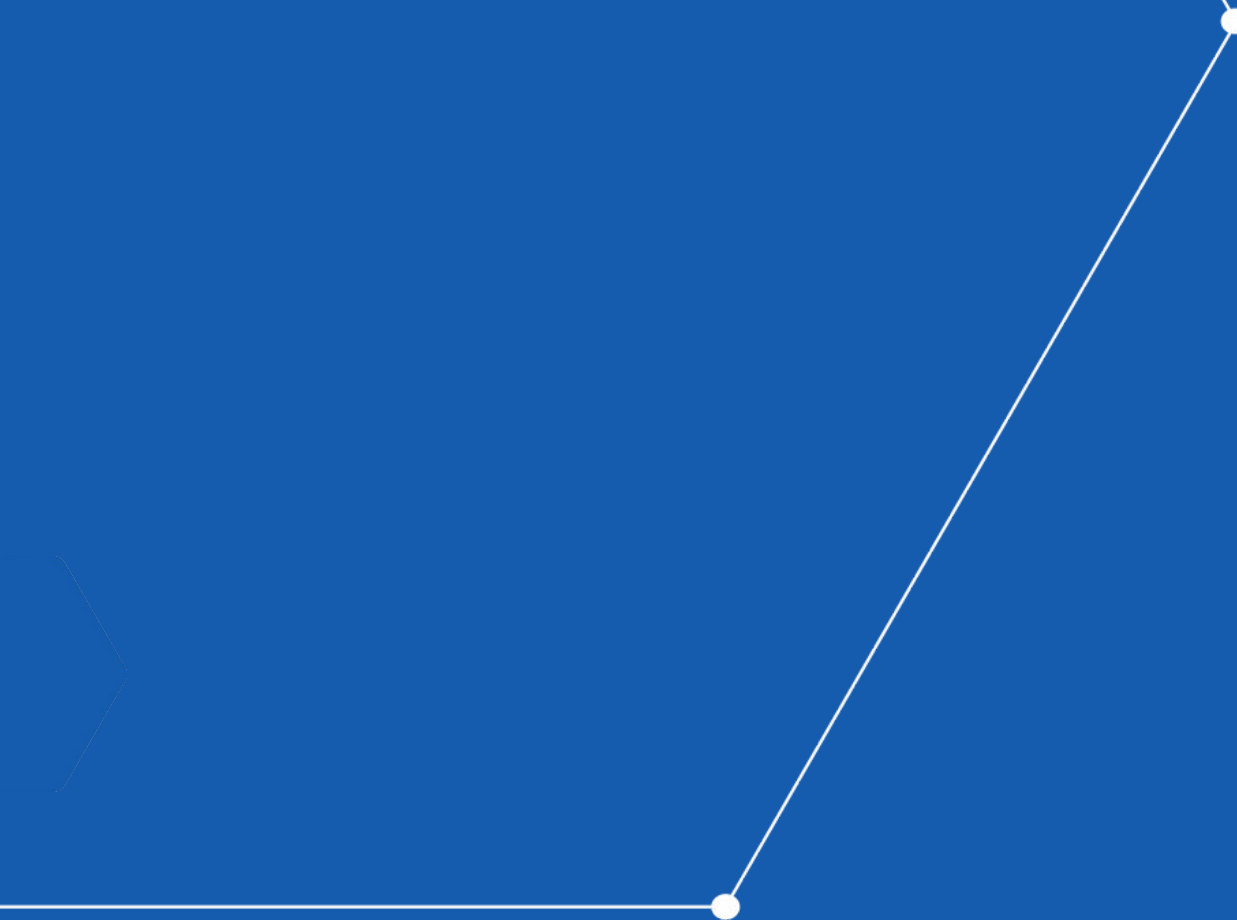
O vídeo descreve a **identificação das áreas de risco em um território, onde alguns grupos de pessoas estão mais expostos a riscos do que outros**. Por isso, é necessário identificar os grupos mais vulneráveis naquele *lôcus*. Dentre eles, pode-se destacar aqueles mais expostos à violência, ao desemprego, à infância desprotegida, aos processos migratórios, ao analfabetismo, à desnutrição, à ausência ou à insuficiência de infraestrutura básica.



Uma condição preocupante, na atualidade, e importante fator de risco, tem sido a insegurança alimentar.

Por isso, é importante avaliar o perfil alimentar de cada família - se ele está diretamente relacionado à renda e se há disponibilidade de alimentos para cada uma delas.

Além disso, há o processo de migração, que é uma forma de buscar a melhoria da situação financeira daquela família - seja por uma proposta de emprego, seja para oferecer seus serviços ou, até mesmo, para se capacitar ou completar os estudos. Vale ressaltar, que essa situação pode gerar, muitas vezes, condições de moradia bem mais precárias à anterior e condicionar uma situação de risco à saúde dessas pessoas (NASSAU, 2015).



Percebam que a vigilância da Situação de Saúde da população, permite a produção de análises que subsidiam o planejamento, o estabelecimento de prioridades e de estratégias, o monitoramento e a avaliação das ações de saúde pública, bem como a vigilância de populações expostas a riscos ambientais em saúde (BRASIL, 2013).

A compreensão do contexto de vida de cada família permite o planejamento de ações específicas a cada realidade (NAKATA *et al.*, 2013). A vigilância em saúde ambiental propicia, também, o conhecimento e a detecção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente, que interferem na saúde humana, e o controle dos fatores de risco ambientais relacionados às doenças ou a outros agravos à saúde (BRASIL, 2013).

Dessa forma, o ACE deve se reunir regularmente com a equipe de ESF, para planejar ações conjuntas e trocar informações sobre febres suspeitas de Dengue; sobre evolução dos índices de infestação pelo *Aedes Aegypti* na área de abrangência; sobre índices de pendências; sobre criadouros preferenciais e as medidas que estão sendo, ou serão, adotadas para melhorar a situação.



ACE e ACS

Por isso é fundamental que vocês, Agentes, conheçam os fatores de riscos presentes, para que possam realizar a classificação, por grau de risco, das situações identificadas no território adscrito à USF ou à UBS em que atuam.

Dessa forma, a avaliação de risco familiar surge como uma proposta para diferenciar as famílias pertencentes a uma mesma área de abrangência, a fim de identificar fatores de risco que justifiquem a priorização do atendimento.

Para o presente estudo, **risco** está relacionado à identificação da presença de características, seja na família ou no indivíduo a ela pertencente, que as coloquem sob maior ou menor probabilidade de exposição a fatores prejudiciais à saúde, que possam vir a causar agravos de ordem física, psicológica ou social (COELHO; SAVASSI, 2004).

Ainda com base no exposto, cabe destacar, que, recentemente, tem sido discutido um índice de vulnerabilidade à saúde, no qual são definidos os territórios que merecem atenção especial das Equipes de Saúde, inclusive, com uma redução da população atendida pelos profissionais.

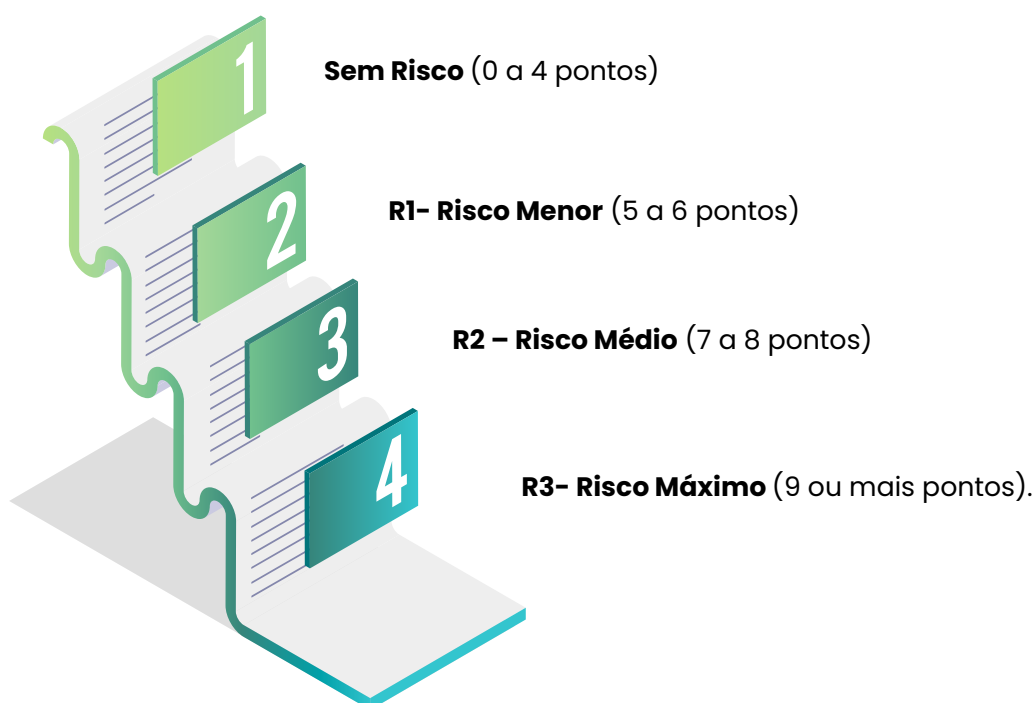
Esse índice leva em conta a presença das seguintes características:



Fonte: Drachler *et al.*, 2014.

A aplicação pode apoiar a capacidade de aproximação das equipes da APS com a realidade territorial, em especial, a vocês, Agentes, sendo uma ferramenta útil para Planejamento em Saúde local.

Pensando nesses fatores, Coelho e Savassi (2004) propuseram uma Escala de Risco Familiar, que utiliza sentinelas de risco, avaliadas na primeira visita domiciliar, na qual pontua-se o risco, como:



Você já usou essa escala?

Veja o passo a passo para a aplicação da técnica no texto: Aplicação de Escala de Risco Familiar como instrumento de priorização das visitas Domiciliares.

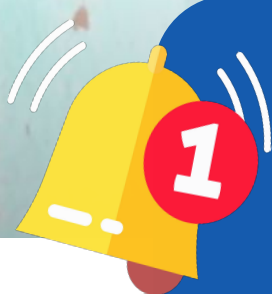
Disponível em:

<https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/104/pdf>

Acesso em: 12 ago. 2022.

Para acessá-lo, utilize seu celular e aponte a câmera para o QR Code ou [clique aqui](#).





IMPORTANTE: A estratificação, ou classificação de risco, deverá ser feita no mesmo período do cadastro da família. A sua atualização deverá ser anual ou sempre que houver uma mudança significativa da situação familiar, pois permite reconhecer que as pessoas têm diferentes graus de risco/vulnerabilidade e, portanto, têm necessidades diferentes.

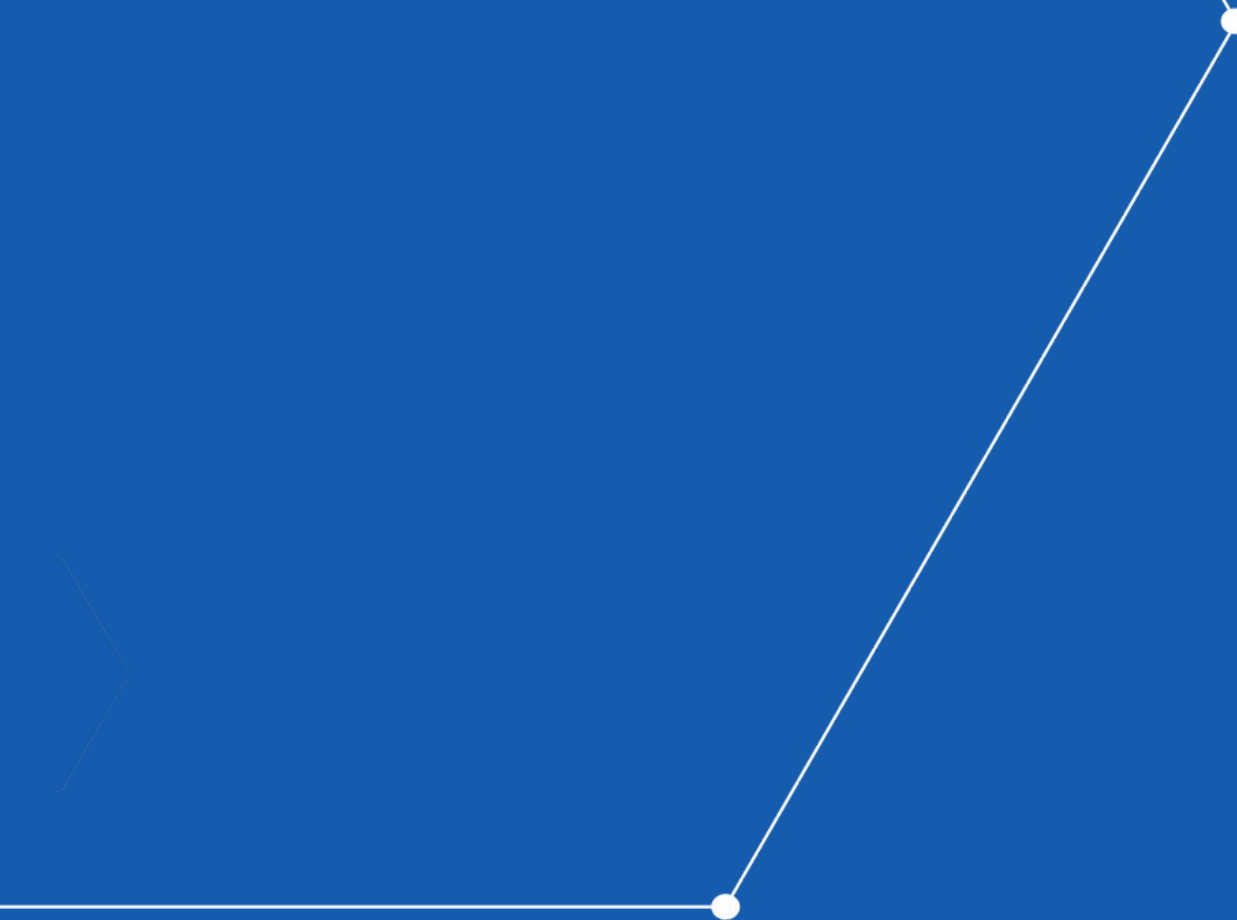
A presença de condições geradoras de grande vulnerabilidade (riscos sociais ou subjetivos), pode requerer intervenções no mesmo dia. Sendo assim, a estratificação de risco e a avaliação de vulnerabilidades orientarão não só o tipo de intervenção necessária (ou oferta de cuidado), como também o tempo em que isso deve ocorrer. Portanto, um olhar especial deve ser direcionado àquelas situações, nas quais a vulnerabilidade social é acentuada em decorrência do trabalho, como a presença de crianças e adolescentes, de gestantes e de idosos em situação de trabalho, que os expõem a riscos que podem ter impactos negativos sobre sua saúde física e mental.

Da mesma forma, deve ser observada a situação dos desempregados, desocupados e desalentados - parcela da população trabalhadora, muitas vezes, negligenciada pelos Sistemas de Saúde.

A presença no território de pessoas desempregadas, ou com empregos informais, migrantes de outras cidades ou, até mesmo, países também deve ser uma condição a ser analisada, pois podem desencadear um processo de moradia inadequada, de subnutrição, de baixo acesso a recursos, como rede elétrica, água potável, rede de esgoto, também conhecido como saneamento básico, dentre outros problemas, que podem afetar a condição de saúde do indivíduo ou da família.

A observação a esses fatores possibilita, ainda, entender os contextos de uso do espaço, a identificação das vulnerabilidades e das populações expostas, e a seleção de problemas prioritários para intervenções, assim como a avaliação dos impactos de ações em saúde (PESSOA *et al.*, 2011; GONDIM *et al.*, 2008).





As situações de violência devem ser analisadas para orientar ações e pactuar estratégias na atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias, articuladas com as políticas sociais e de direitos humanos.

Além da violência e dos maus tratos infantis, outras situações que devem ser analisadas são a desnutrição, a ausência de saneamento básico, as habitações superlotadas, a prostituição infantil e o uso de drogas e de álcool.

Diante de todas as questões expostas, vocês conseguem entender como o Agente pode identificar situações de violência e o que ele pode fazer?

É papel de todos os profissionais da Atenção Primária à Saúde identificar grupos, famílias ou indivíduos expostos a risco de violência doméstica. Sendo assim, vocês, Agentes, em suas práticas, devem sempre estar atentos a sinais que podem indicar a existência de algum tipo de violência doméstica, seja ela física, psicológica ou sexual. Afinal, são vocês que percorrem os territórios e os domicílios das famílias!

A atuação no âmbito da APS, enquanto promotora da aproximação com os usuários, tem o poder de estreitar o vínculo, de estabelecer relações de confiança e de favorecer a criação de espaços de diálogo e de participação com a comunidade, tornando-se, então, uma forte possibilidade de enfrentamento desta problemática (ARAÚJO NETO *et al.*, 2021).

A análise da situação de saúde das áreas de abrangência das UBS permite a identificação de problemas de saúde, seus possíveis determinantes e condicionantes - conhecimento essencial para o planejamento e a execução de ações articuladas de proteção, promoção e recuperação da saúde, e de prevenção contra riscos e agravos. A identificação de fatores de risco e de proteção à saúde, existentes na estrutura e na dinâmica que compõem o território em que vive a população adscrita, é uma das tarefas fundamentais do processo de trabalho das equipes de APS e Vigilância nos territórios. Assim, os resultados da análise possibilitam tanto o planejamento de ações da Vigilância em Saúde, quanto uma maior compreensão dos profissionais da saúde sobre as vulnerabilidades das famílias atendidas, buscando contribuir para o redirecionamento do Planejamento em Saúde (NAKATA *et al.*, 2013).





Mazarti e colaboradores (2013) apresentaram, em seu estudo, um exemplo de problema ambiental, observável sem muito esforço, de uma comunidade, localizada em uma região privilegiada do município: as residências encontravam-se desordenadas, construídas muito próximas umas das outras, sem condições mínimas de conforto e segurança (casas sem forro, iluminação, ventilação e instalações hidráulicas).

A observância perene de elementos como a baixa condição de saneamento, o total de famílias e as famílias em risco é de extrema importância, pois uma infraestrutura sanitária deficiente está relacionada a situações de maior risco ou vulnerabilidade social, maior morbidade e mortalidade (NASCIMENTO *et al.*, 2010).



O seu trabalho, como Agente, não é idêntico em todo o Brasil. Assim, para a promoção do cuidado na perspectiva da integralidade, é necessário o olhar para as questões sociais, visto que as situações de vida e saúde divergem em cada caso. É preciso considerar, também, que ocorrem dificuldades nas mudanças de hábitos de vida, sendo necessário atentar para as singularidades dos sujeitos, bem como seu entorno e sua realidade socioeconômica (SOUZA *et al.*, 2020).

É preciso refletir acerca das desigualdades regionais e sociais nas condições de saúde e no acesso a serviços. Ainda que atenuadas nas últimas décadas pela geração de emprego e renda, políticas de transferência de renda e ampliação da oferta de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), em especial, da Estratégia Saúde da Família (ESF), as desigualdades podem ser maiores em áreas rurais remotas, ribeirinhas, para a população quilombola etc. Além disso, as questões relacionadas ao gênero afetam o acesso dos usuários e podem trazer consequências negativas à qualidade de vida e saúde da população (COBO; CRUZ; DICK, 2021).

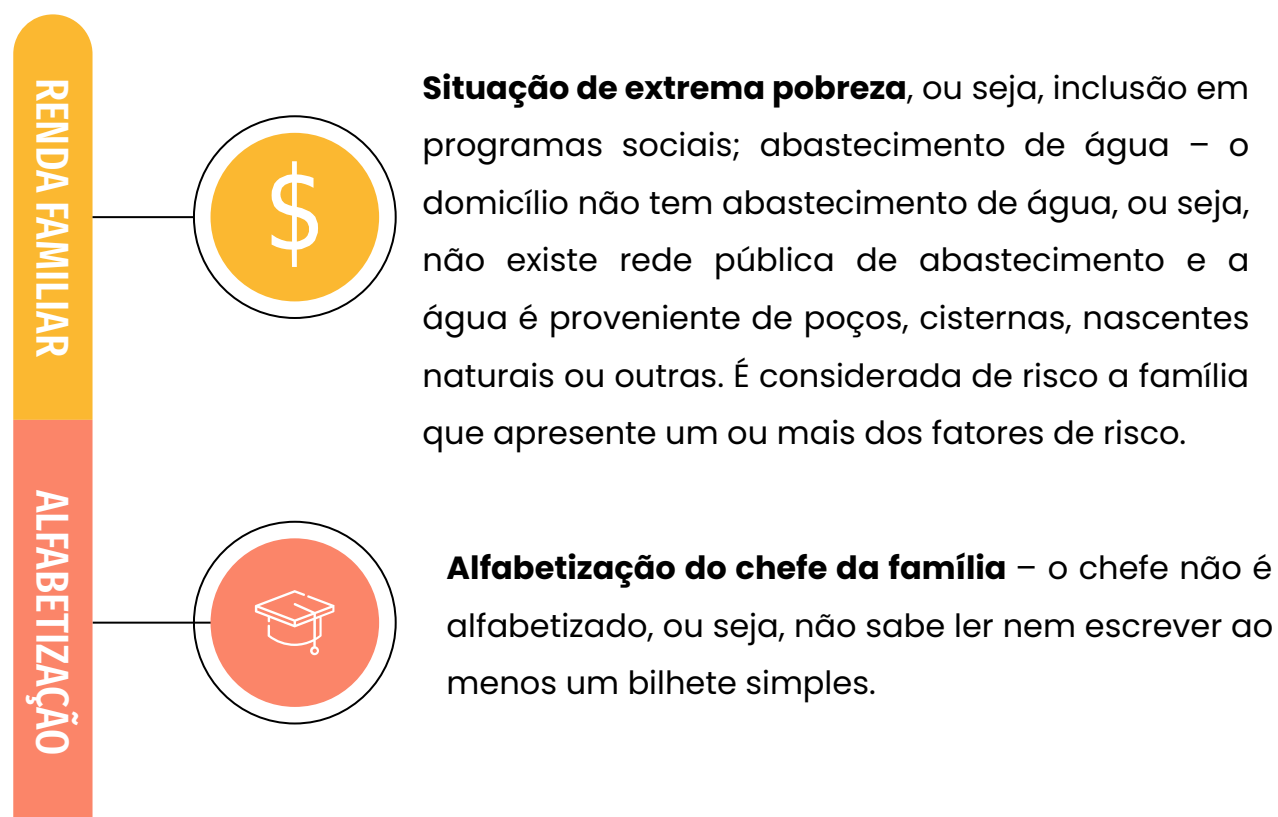


A partir do perfil epidemiológico são construídos mapas epidemiológicos com a distribuição das famílias, de acordo com riscos encontrados. Utilizando-se de ferramentas tecnológicas, são implantadas salas de Situação em Saúde nas UBS e construídas matrizes ecossistêmicas de indicadores e planejamento para ações em saúde (RODRIGUES *et al.*, 2018). Esses dados podem ser identificados nos relatórios disponíveis na aplicação do e-SUS AB; no Relatório de Cadastro Domiciliar e Territorial do e-SUS AB, a saber:

- Relatório do Cadastro Individual do e-SUS AB.
- Relatório de Atendimentos Individuais, disponíveis no SISAB.
- Relatório de Cadastro populacional, disponível no SISAB.

E devem ser discutidos em reuniões de equipe.

Uma outra forma de classificar se dá por meio da identificação de fatores de risco socioeconômico, disponibilizado no modelo apresentado na Implantação do Plano Diretor da Atenção Básica do Estado de Minas Gerais, em parceria com a Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE MINAS GERAIS, 2008). O modelo classifica as famílias conforme aspectos os socioeconômicos e as condições/patologias crônicas prioritárias presentes na família, como:



Outros instrumentos que podem ser incorporados ao cuidado, buscando aprofundar o registro de famílias que apresentem maior risco ou vulnerabilidade em um território, pois facilitam o estabelecimento dos nexos causais nesses casos, são o Genograma e o Ecomapa.

Veja mais informações sobre o Genograma e o Ecomapa.

GENOGRAMA

O **genograma** mostra graficamente informações sobre a doença da pessoa identificada, as doenças e transtornos familiares, a rede de apoio psicossocial, os antecedentes genéticos, as causas de morte de pessoas da família, além dos aspectos psicossociais. São apresentados juntamente com as informações colhidas na anamnese e favorecem a identificação de estrutura e de padrão de repetição das relações familiares, mostrando repetições de padrões de doenças, de relacionamento e os conflitos resultantes do adoecer.

O **genograma** permite identificar de maneira mais rápida a dinâmica familiar e suas possíveis implicações, além de favorecer a criação de vínculo entre profissional e a família/ indivíduo.

ECOMAPA

O ecomapa consiste na representação gráfica dos contatos dos membros da família com os outros sistemas sociais, das relações entre a família e da comunidade, que ajuda a avaliar os apoios e os suportes disponíveis e sua utilização pela família. Pode revelar a presença de recursos, sendo o retrato de um determinado momento da vida dos membros da família, portanto, dinâmico. (BRASIL, 2018).

O ecomapa é um instrumento que complementa o genograma, consiste na representação gráfica dos contatos dos membros da família com os outros sistemas sociais, das relações entre a família e a comunidade. Possibilita o reconhecimento de necessidades e recursos da família (sua rede de apoio social, por exemplo), podendo indicar três diferentes dimensões para cada ligação: 1) Força de ligação: fraca; tênue/incerta/ forte; 2) Impacto da ligação: sem impacto, requerendo esforço/energia e 3) Qualidade da ligação: estressante ou não. (SCHLITTLER, CERON, GONÇALVES, 2013).

As famílias classificadas pelo Ecomapa receberão, cada uma, uma cor e poderão ser colocadas em um mapa da área e abrangência, para melhor visualização e acompanhamento conforme sua classificação. No entanto, alguns problemas dentro da classificação acabam prejudicando o entendimento da situação familiar, sendo os principais: informações incompletas, mudança de endereços sem avisos prévios aos ACSs, resistência aos serviços públicos pelo usuário, e poucos ACSs para uma área ampla.

Fique atento quanto a isso, no seu processo de trabalho!



Vocês concordam que é no espaço familiar que o Agente, assim como os integrantes da ESF, devem estreitar os laços e, nas relações interpessoais, criar vínculos com a população, potencializando a participação ativa do sujeito na vigilância e na promoção da saúde?

Percebem que essas ações possibilitam ao Agente conhecer mais sobre as pessoas e o cotidiano das famílias da sua área de abrangência?

Nessa lógica, cabe destacar, que os ACS acompanham também as condicionalidades vinculadas aos programas direcionados às políticas públicas nos territórios, de modo a favorecer a efetivação dos direitos das famílias em situação de extrema pobreza e o acesso aos serviços sociais, reduzindo, assim, a vulnerabilidade social nos territórios.

Pode-se realizar, também, a estratificação do risco por condições crônicas prioritárias, em que é considerada de risco a família na qual um ou mais de seus integrantes apresentem uma ou mais condições ou patologias por ciclo de vida, a saber:

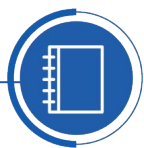


- gestante de alto risco;
- criança de alto risco;
- hipertenso de alto ou muito alto risco;
- diabético de alto ou muito alto risco;
- outras condições crônicas de alto risco, definidas como prioritárias pela Equipe de Saúde.

Você já descreveu as características do território em que atua?

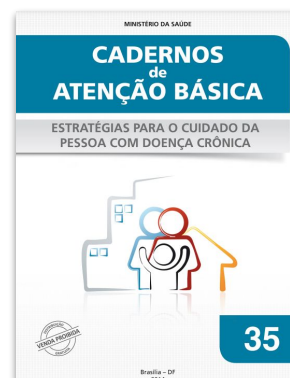
No atendimento às necessidades da comunidade, você sente que tem informação ou conhecimento suficiente, acerca do enfrentamento e atendimento ao cidadão em situações permeadas pela violência?

Vamos conhecer algumas estratégias de gerenciamento na APS em territórios de vulnerabilidade social expostos à violência?



LEITURA COMPLEMENTAR

Leia o caderno da Atenção Básica nº 35: Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Clique na imagem para fazer download do arquivo.



Caro(a) estudante,
clique, aqui, e leia sobre
uma experiência de uma
cidade da região Sul do
Brasil).



Disponível no link:
<https://www.scielo.br/j/reususp/a/8zVhrhSTNrbJFjFhmXPQTGK/?lang=pt>
Para acessar, use seu
leitor de QR Code.



Você deve estar se perguntando, por que é importante conhecer estas outras formas de representação do território?

Para que você, junto com a equipe, possa escolher aquela que melhor se adeque a sua realidade.

É comum, na realidade de trabalho da APS, que se registrem os dados e a organização do trabalho dos Agentes, mas não acompanhem as mudanças realizadas na criação ou na alteração das áreas. Há, ainda, a possibilidade de perda de dados, quando da substituição de um Agente.

Também pode ser utilizada pela equipe a “torre de risco”, com o intuito de realizar o mapeamento da área de abrangência da UBS, na qual podem ser identificados os riscos individuais e o risco geral da família. Nessa ferramenta, cada disco de cor específica representa um agravo, e o retângulo abaixo dos discos representa a soma dos riscos com a classificação geral da família. Essa classificação serve para a distribuição dos ACS no território e o planejamento das visitas e das ações de cuidado a serem realizadas na área adscrita.

Além desse instrumento, existem outros que a equipe pode utilizar como subsídio na organização do seu processo de trabalho, para o diagnóstico do território, classificando riscos, vulnerabilidades e prioridades. Um exemplo disso, é a estratificação em doenças crônicas, que significa reconhecer que as pessoas têm diferentes graus de risco/vulnerabilidade e, portanto, têm necessidades diferentes, conforme abordagem do Caderno da Atenção Básica sobre estratégias para o cuidado à pessoa com doença crônica (BRASIL, 2018).

De que modo as condições de risco social podem interferir no planejamento das ações a serem desenvolvidas pelas Equipes de Saúde?

Esperamos que, utilizando-se de um planejamento estratégico participativo, e a partir das informações locais de saúde, vocês possam adotar a Atenção à Saúde, pautada em propostas originadas do perfil epidemiológico da população e da identificação de seus problemas de saúde.

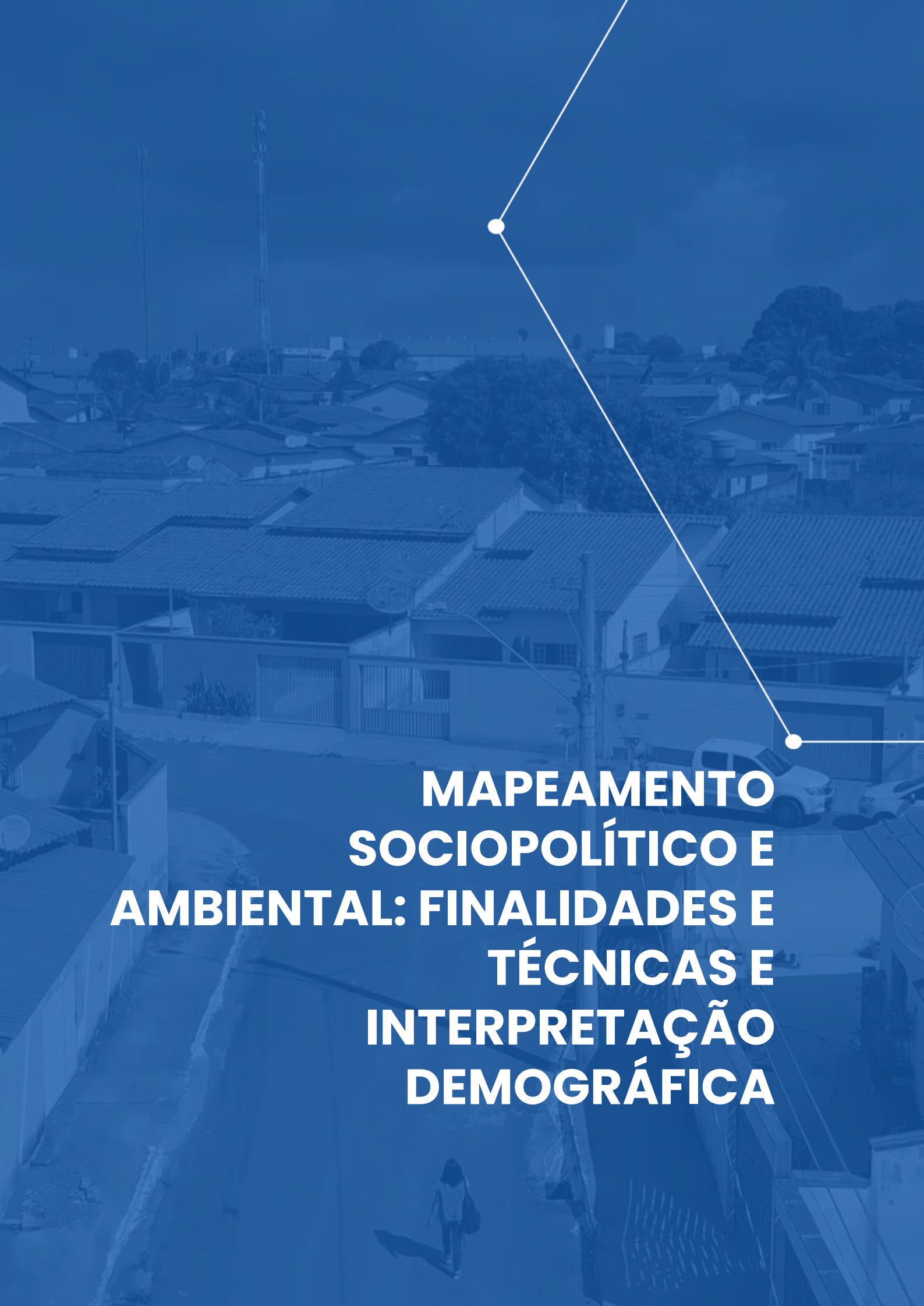
As informações coletadas podem subsidiar as ações de planejamento e a organização da agenda e do processo de trabalho dos Agentes e demais membros da equipe. Vocês concordam?

Se não houver a utilização de ferramentas indispensáveis, como o planejamento e a programação, bem como o monitoramento e a avaliação sistemática, que devem ocorrer de forma articulada entre os serviços gestores da APS e VS, ao invés de incrementar, pode fazer com que o trabalho dos Agentes seja minimizado e a sua atuação reduzida, simplesmente, ao controle de ações burocráticas.

Pensem em ações que podem ser realizadas conjuntamente por vocês, como: a reconstrução dos mapas das UBS, no intuito de que possa ilustrar os territórios de cada ACS e ACE e redefinir os riscos; utilizar os espaços coletivos das unidades, ou, até mesmo, as reuniões administrativas, inclusive, como forma de marcar reuniões de planejamento e envolver outros atores.



As atividades coletivas, como estratégias em potencial, permitem a troca de experiência entre os Agentes e estimulam a realização de ações integradas de forma intra e intersetorial. O ACE é um profissional fundamental para o controle de endemias e deve trabalhar de forma integrada às equipes da APS na ESF, participando das reuniões e trabalhando sempre em parceria com o ACS. São situações que podem ampliar o potencial para promoção da integração entre vocês, Agentes, por se tratar de ações que qualificam o serviço e que têm como a maior referência o usuário, que necessita de ações de promoção de saúde de forma integral e equânime (ALMEIDA; CAVALCANTE; MIRANDA, 2020).

The background is an aerial photograph of a residential neighborhood, likely in a developing country, showing numerous small houses with tiled roofs. The image is overlaid with a semi-transparent blue filter. A white geometric line with three dots (two at the top and one on the right) is drawn across the upper right portion of the image. The title text is centered in the lower half of the image.

MAPEAMENTO SOCIOPOLÍTICO E AMBIENTAL: FINALIDADES E TÉCNICAS E INTERPRETAÇÃO DEMOGRÁFICA



Agora, veremos como introduzir aspectos teóricos e práticos, referentes ao mapeamento sociopolítico e ambiental dos territórios de APS, e como interpretar tais informações para utilização no processo de planejamento e programação de ações pelas equipes da APS e de Vigilância em Saúde.

O mapeamento é considerado um componente primordial às ações políticas. Por meio dele é que ocorre a demarcação territorial, necessitando de representantes para a efetiva organização dos serviços. Assim, buscamos estimular a reflexão sobre a aplicação dos dados obtidos na identificação dos aspectos ambientais e socioculturais de um lugar, na construção de mapas socioambientais e sócio-políticos, que podem contribuir para despertar o pertencimento, bem como a apreensão crítica do meio focalizado, implicando na superação de posturas, muitas vezes, passivas, frente aos problemas socioambientais e locais pelas equipes da AB e de Vigilância em Saúde.

Como vimos nos tópicos anteriores, as unidades da Estratégia de Saúde da família (USF) são assim denominadas por estarem localizadas em pontos estratégicos da comunidade e por atenderem a uma determinada área de abrangência populacional. Nessa perspectiva, a tradicional área geográfica passou a ganhar novos significados pela superação da ideia de espaço geográfico simétrico.

A partir de uma nova concepção teórico-prática, a visão de território-processo passa a caracterizar-se como um espaço de vida pulsante, que considera não apenas os determinantes quantificáveis do binômio saúde-doença, mas, também, os condicionantes do entorno, isto é, as condições políticas e ambiental de cada comunidade (MARZARI *et al.*, 2013).





No reconhecimento do território devem ser observados aspectos físicos, como:

- topografia;
- condições e densidade das habitações;
- sistema de drenagem;
- eventual presença de esgoto a céu aberto;
- acúmulo de lixo;
- córregos;
- número de habitantes e condições de moradia;
- perfil de morbimortalidade da área de abrangência;
- número de trabalhadores de saúde RH da USF para o atendimento da população;
- serviços de saúde oferecidos pela UBS e as formas de organização social da comunidade;
- outros aspectos visíveis que indiquem diferenças nas condições de vida entre os residentes na área.

Os Agentes, trabalhando diretamente com a comunidade, são atores importantes para a obtenção de resultados no mapeamento sociopolítico e ambiental.



Com o reconhecimento do território, conhecemos melhor os indivíduos e as famílias, os costumes, as rotinas e as dificuldades.

Vocês já percorreram o seu território, observando o espaço geográfico das ruas, as áreas rurais, o risco ambiental, os estabelecimentos, as atividades produtivas domiciliares e os meios de transporte?

Identificaram os equipamentos sociais, como: Conselho Tutelar, CRAS, Ministério Público, INSS, Rede de Ensino; a existência de associações comunitárias, sindicatos ou outras formas de representação de trabalhadores(as) e a presença de usuários(as)-trabalhadores(as) no Conselho Local de Saúde (CLS) e outras instâncias de controle social?

Observaram os pontos de Atenção à Saúde, como: UBS, centros de especialidades, consultórios/ambulatórios privados, hospitais, laboratórios, residências terapêuticas, pronto-atendimentos, dentre outros?



O reconhecimento e o detalhamento das condições socioambientais do território implicam um processo de coleta e sistematização de dados socioeconômicos, políticos-culturais e ambientais, em uma escala de detalhamento compatível com a ESF (TEIXEIRA; PAIM; VILAS BOAS, 1998). Isto é, implica identificar a dinâmica social existente nessas áreas e o estabelecimento de relações horizontais com outros serviços adjacentes e verticais, como os centros de referência (PESSOA *et al.*, 2011; GONDIM *et al.*, 2008).

O mapeamento sociopolítico e ambiental tem por objetivo auxiliar no processo de diagnóstico local e na identificação dos problemas e das necessidades de saúde da população. Demarca o espaço territorial, observando a subdivisão desse, e identifica as microáreas de risco, os equipamentos sociais, os acidentes geográficos e as distâncias relativas ao acesso à USF.

É mais uma ferramenta para traçar um diagnóstico da Situação de Saúde, associando com os demais aspectos como: o estilo de vida da comunidade, a cultura, a organização econômica, os fatores ambientais, os achados epidemiológicos e outros elementos relacionados ao processo de saúde/doença da população (TOMASI; SOUZA; MADUREIRA, 2018).



Aplicados à ESF, esses mapas permitiriam a apropriação do território e o estabelecimento de vínculos entre esse, sua população e os Serviços de Saúde (GOLDSTEIN *et al.*, 2013).

Esses tipos de mapas são importantes para a organização do território e para o direcionamento do trabalho das equipes de APS, potencializando a eficácia de suas medidas e a qualidade de suas análises frente àquela situação (JUSTO; GOMES; SILVEIRA, 2015).

Como resultado da territorialização no contexto da APS, recomendam-se dois tipos de mapas:

- o mapa de delimitação geográfica/delimitação do território;
- o mapa inteligente.

Veja mais informações do mapa. Para acessar, utilize seu celular e aponte a câmera para o QR Code ou [clique aqui](#).



Os profissionais (ACS e ACE) deverão ter acesso a todos os elementos naturais que compõem a região em que atua, como a presença de rios e de nascentes; a presença de saneamento adequado à captação de dejetos; a existência de matas e de outros fatores que serão definitivos para qualidade de vida da população que abrange a essa região (NASSAU, 2015).

Os riscos ambientais que o território apresenta são de natureza complexa. Assim, existe a necessidade da integração das ações dos Agentes nos territórios de AB (SILVA JUNIOR, 2019).



Identificar pessoas que vivem da reciclagem de resíduos sólidos é uma informação importante para futuras estratégias, levando-se em consideração que não há, no município e no bairro, um trabalho de orientação quanto à coleta seletiva. Essa problemática, mesmo sendo de responsabilidade do Estado, pode ser minimizada por ações de preservação ambiental da população moradora, como, por exemplo, não jogar resíduos sólidos nas ruas e manter os reservatórios de água bem fechados.



É possível aplicar o conceito de território-processo pulsante, sem considerar conduzir e motivar os diferentes setores e atores sociais para uma atitude ativa e associativa da comunidade? Isto é, sem considerar a cidadania, a participação e a responsabilização coletiva da comunidade e equipes da APS?

A resposta é: Não! Por isso, esses mapas devem ser desenvolvidos, enquanto instrumentos, para elaborar um diagnóstico participativo da realidade socioambiental local, visando ao (re) conhecimento do lugar, seus problemas e conflitos. Da mesma maneira, servem para subsidiar os diálogos e as reflexões coletivas, sobre as diferentes percepções da realidade socioambiental local, por meio da elaboração de mapas-síntese e propositivo. Neste momento, a equipe dialoga sobre os mapeamentos socioambientais elaborados ou, melhor, sobre as diferentes percepções e problemas observados individualmente em campo, visando à construção de um mapa coletivo pactuado, síntese dos principais problemas/conflitos locais para o grupo.

Em outras palavras, realiza-se o mapeamento participativo, que pode ser considerado como o processo de espacialização e de registro do conhecimento de um dado grupo ou comunidade, acerca de uma determinada paisagem ou localidade. Pode-se considerar, também, os relatos das famílias, suas histórias e a situação em que vivem.



SAIBA MAIS

Para saber mais sobre essa experiência, [clique aqui](#).

O mapeamento participativo permite incorporar dados secundários, obtidos por meio de banco de dados de agências (condições de habitação, infraestrutura urbana, condições epidemiológicas e ambientais) e de informações produzidas no campo (organização do território, objetos geográficos de interesse para a comunidade, recursos e riscos percebidos). O intuito é maximizar o potencial de análise e de comunicação dos mapas produzidos pela ESF, sem prejudicar a expressão das subjetividades de cada equipe, sempre em conformidade com os critérios de representação gráfica em cartografia (GOLDSTEIN, 2013).



IMPORTANTE: O resultado de um mapeamento participativo não necessariamente gera mapas segundo as normas da cartografia. Podem gerar relatos, ilustrações, trajetos, roteiros esquematizados; podem ser objetos iniciais ou finais destes mapeamentos. Normalmente, esse mapeamento está relacionado tanto às questões ambientais, como ao ordenamento do território.

Perceba que o processo de reconhecimento do território de atuação das equipes da ESF deve refletir as novas maneiras de realizar o trabalho em saúde, em situações concretas que contribuam para produção da saúde. Assim como o mapa busca representar o território, seu processo de confecção e sua interpretação demonstram a apropriação desse pelas equipes da ESF (GOLDSTEIN, 2013).

Após o mapeamento do território, a equipe deve interpretar os fatores demográficos, epidemiológicos, socioeconômico, migratório e avaliar a condição de saúde da população - aspectos esses que conduzirão o planejamento e a programação local.

O diagnóstico demográfico é uma síntese de informações e de indicadores acerca do número de pessoas que ali nascem, migram, morrem; o número de habitantes por idade, sexo e sua distribuição por localidade; o número de pessoas que migram; o número de óbitos. A análise demográfica mostrará as condições de analfabetismo, desemprego, violência, nutrição e dados ambientes, os quais deverão ser analisados por toda a equipe.





A interpretação demográfica é, de fato, imprescindível, pois, por meio da análise dos indicadores demográficos é que teremos condições de avaliar as condições em que se encontra a população referente ao território. Assim, é possível analisar:

- tamanho da população;
- distribuição por sexo, idade e estado conjugal;
- distribuição segundo região geográfica de residência atual, anterior e de nascimento;
- natalidade, fecundidade e mortalidade.

A análise demográfica é que nos mostrará as condições de analfabetismo, desemprego, violência, nutrição etc., os quais deverão ser analisados por toda a equipe e, posteriormente, sistematizados no planejamento das ações pela equipe de AB. Isso só será possível por meio das atividades desenvolvidas por vocês, Agentes, nos territórios da APS.

Com essa análise demográfica, as equipes da APS terão condições de conhecer características peculiares de uma população, como o índice de mortalidade e sua faixa etária ou índice de natalidade, distribuição populacional no território, dentre outros indicadores que nortearão o reconhecimento da população da área adscrita que vocês atuam!

Por meio da análise demográfica, a equipe conhece e se apropria das características de morbidade e condicionantes socioambientais de saúde de uma população, como a distribuição populacional no território por gênero, idade, natalidade, fecundidade, condições de analfabetismo, desemprego, violência, nutrição e outros indicadores importantes para direcionar a programação de ações alinhadas às necessidades daquela comunidade específica (NASSAU, 2015).

**ORGANIZAÇÃO DO
PROCESSO DE TRABALHO
PARA A QUALIFICAÇÃO
DO ACESSO, DA
LONGITUDINALIDADE E DA
INTEGRALIDADE DO
CUIDADO**



Agora, vamos discutir o processo de trabalho dos Agentes, que acontece na área de abrangência em que eles residem, no espaço onde pulsa a vida, para além dos muros das Unidades de Saúde.

O trabalho dos Agentes fora das USs prevê atender aos atributos da APS, como o acesso, a integralidade e a longitudinalidade da Atenção à Saúde. Essa temática está articulada com alguns elementos que já discutimos nos tópicos anteriores, como o reconhecimento dos territórios; o levantamento de informações sobre os moradores do território e os possíveis fatores de risco; o cadastramento e o acompanhamento dos indivíduos e das famílias, por meio de visitas domiciliares, para o desenvolvimento de ações educativas, de prevenção de agravos e de promoção e vigilância da saúde (BRANDÃO *et al.*, 2021).



Considerando a lógica de delimitação de áreas de abrangência, desde a criação do SUS, a saúde da população avançou em diversos aspectos, principalmente, nos determinantes sociais do processo saúde-doença, e o melhor acesso a serviços de saúde, resultando em maior equidade.

Mas, como o planejamento pode ser uma ferramenta/estratégia de aperfeiçoamento/melhoria da organização do processo de trabalho?

É importante a qualificação do planejamento local e a programação de ações e estratégias orientadas, para as necessidades de saúde da população dos territórios no âmbito da APS. Deve-se contemplar, nos territórios da APS, a utilização do planejamento e da programação, bem como o monitoramento e a avaliação sistemática, que devem ocorrer de forma articulada entre as equipes da APS e de Vigilância à Saúde, considerando os aspectos geográficos, organizacionais, socioculturais e econômicos.



Incluem a competência cultural e a orientação comunitária:

A **competência cultural** permite que se reconheçam as características culturais dos grupos sociais, suas necessidades e suas concepções do processo saúde-doença (GOUVEIA; SILVA; PESSOA, 2019).

Orientação comunitária, por sua vez, é entendida como a capacidade de unir competências epidemiológicas e clínicas, a fim de fundamentar programas para melhor reconhecer as demandas emergentes em saúde da população adscrita.

Os atributos do trabalho do ACS – competência cultural e orientação comunitária –, entretanto, não podem ser excluídos do cotidiano dos serviços. Ademais, a função de Vigilância em Saúde tem sido apontada como a chave para o reconhecimento das demandas e singularidades do território (GOUVEIA; SILVA; PESSOA, 2019).

Assim, vislumbra-se que o trabalho dos Agentes, na equipe da APS, seja pautado pela qualificação do acesso e pela longitudinalidade e integralidade do cuidado. Para a oferta de um cuidado integral deve haver compartilhamento de objetivos comuns, materializados em planos de ação compartilhados; confiança entre membros da equipe de trabalho com apoio mútuo; e interdependência entre seus membros, com eficiência do trabalho coordenado e responsabilidades claras sobre as ações.

A rotina de trabalho de uma Unidade de Saúde busca tornar-se abrangente, contando com uma gama grande de profissionais distintos, para atender às prioridades e realizar o acolhimento qualificado para diferentes comunidades (BRANDÃO *et al.*, 2021), pautada nos princípios da integralidade, do acesso e da longitudinalidade da Atenção à Saúde.

A longitudinalidade é a característica do serviço de APS, que prevê uma fonte continuada de atenção, assim como a utilização do serviço ao longo do tempo. Assim, a longitudinalidade no aporte regular de cuidados por parte da Equipe de Saúde e por vocês, Agentes, consistente ao longo do tempo, permite à equipe conhecer o usuário inserido em seu contexto, com suas características sociais, econômicas e culturais.





Na APS, a Equipe de Saúde da Família, incluindo os ACS e a Vigilância em Saúde, que inclui os ACE, devem responsabilizar-se, de modo longitudinal, pelo cuidado integral de cada população. Nesse processo, deve ser realizada uma análise permanente da Situação de Saúde do território, de forma a permitir o planejamento estratégico, a organização e a execução de ações em saúde direcionadas ao enfrentamento dos problemas identificados. **Para tanto é necessário incorporar aos processos de trabalho dos profissionais:**

- A. a identificação de potenciais riscos aos quais a população esteja exposta;
- B. a análise epidemiológica do território;
- C. a realização adequada da notificação de doenças e de agravos de notificação compulsória;
- D. a manutenção do controle e do registro de agravos considerados de importância local.

Sendo assim, torna-se imprescindível que tal princípio direcione os profissionais de forma consciente e intencional, com vistas a atender às necessidades de saúde da população. Isto é, reforça a capacidade de se colocar no lugar do outro, ao entrar em contato com a história de vida das pessoas, tendo em vista a implicação das determinações sociais da saúde em territórios vulneráveis (MENDES; FRUTUOSO; CASTRO-SILVA, 2017).

Sob essa ótica, confere-se a vocês, Agentes, a possibilidade de exercer a articulação entre os profissionais da Equipe de Saúde, por meio de um contato permanente das necessidades de saúde, e o que pode ser feito para a melhoria das condições de vida das pessoas. Logo, o processo de trabalho foi pensado e desenvolvido em uma perspectiva vinculada à orientação comunitária e à competência cultural, por Equipes Multiprofissionais, organizadas de maneira que contemplem as particularidades e os contextos plurais, que atravessam a vida das pessoas e das famílias de um determinado território adscrito (BRANDÃO *et al.*, 2021).

Não esqueçam que as ações nos territórios devem ser realizadas conjuntamente com os Agentes e demais profissionais, que atuam na Vigilância em Saúde nas Unidades de Saúde, e que realizam ações complementares e compartilhadas com as Equipes de Saúde da APS, tendo como base o território de referência. Destacam-se, entre essas ações, as atividades de planejamento e organização do trabalho em nível local; **as atividades de promoção e de proteção à saúde; as atividades de vigilância em saúde ambiental e de controle de endemias e zoonoses; e as atividades de educação para a saúde e de comunicação.**



Não somente os Agentes, mas todos os diferentes profissionais das Equipes de Saúde da Família, têm importante papel e contribuição nas ações de Vigilância em Saúde e no controle da Dengue.

No âmbito da saúde, é necessário buscar a articulação sistemática da Vigilância Epidemiológica e Entomológica com a atenção. Deve-se integrar suas atividades de maneira a potencializar o trabalho, evitando-se a duplicidade das ações, para alcançar melhores resultados, visando ao planejamento e à implementação de medidas de Saúde Pública, para proteção da saúde da população, como a prevenção, o controle de riscos, o aparecimento de agravos e de doenças, bem como a promoção da saúde.



Então, diante de uma situação epidêmica (uma epidemia de Dengue, por exemplo), quais informações são importantes de se obter para o cadastro dos usuários, além daquelas que constam nos sistemas de informação? Qual característica é importante conhecer na comunidade, nos territórios?

A equipe deve reunir-se para desenvolver um plano local de enfrentamento da epidemia de Dengue. A equipe de controle de zoonoses deve estar bem articulada com a ESF, principalmente, para o controle de doenças de transmissão vetorial. Nesse contexto, torna-se necessário que as atividades dos Agentes sejam desempenhadas de forma integrada e complementar. Assim, é inegável que vocês, Agentes, têm um papel importante nas ações realizadas, principalmente, no território, de produção do diagnóstico sócio sanitário, de estímulo à participação popular, dentre outros (MOURA, 2012).





O planejamento conjunto da equipe deve nortear a realização das atividades, sendo, portanto, uma etapa fundamental na definição da agenda de trabalho dos Agentes, vinculada a da Equipe Multiprofissional da APS. O trabalho estrutura-se, principalmente, por meio de visitas domiciliares, do atendimento domiciliar, do desenvolvimento de ações intersetoriais (nas escolas, creches, igrejas, CRAS, dentre outros), além da identificação de vulnerabilidades e dos recursos que podem ser mobilizados pela família, estabelecendo um plano compartilhado de ações planejadas (MOROSINI; FONSECA, 2018).

Os processos de cadastro (novos e atualização) e de abordagem familiar (a classificação de risco das famílias) são ainda mais necessários nesse momento, pois permitem a identificação das situações de maior vulnerabilidade, que requerem maior vigilância e apoio.

É fundamental que aconteça inspeção nas caixas d'água, nas calhas e nos telhados de residências, nos depósitos, nos terrenos baldios e nos estabelecimentos comerciais, para buscar focos endêmicos e aplicar larvicidas e inseticidas. É importante, ainda, fazer a devida orientação quanto à prevenção e o controle de vetores, para que seja possível prevenir e controlar mosquitos como o *Aedes .Aegypti*. Essas atividades fazem parte das atribuições do ACE, com auxílio dos ACS, para o combate efetivo de doenças - trabalho direto com a comunidade, fazem de vocês atores importantes para a obtenção de resultados positivos (SIMAS; PINTO, 2017).



IMPORTANTE: O SIAB é um instrumento muito importante no planejamento das equipes, porém, é necessário salientar que as fichas para coleta de dados são, na maioria das vezes, produzidas pelos ACS a partir de informações referidas na Visita Domiciliar (VD). Portanto, o entendimento correto dos conceitos de cada item a ser anotado é muito importante, pois pode conduzir a interpretações diferentes para cada ACS, daí a necessidade de treinamento e alinhamento conceitual para as ESF do município.

Sabemos que o trabalho no território é complexo, visto que vocês, Agentes, necessitam adentrar em domicílios, a fim de identificar informações sobre usuários; realizar levantamentos sobre os problemas de saúde e as situações de risco das famílias, constituindo-se como mediador entre as queixas da população e a organização de ações com demais profissionais da USF. Isso ocorre porque possibilitam que o trabalhador se aproxime de problemas que, apesar de compor o processo saúde/doença, extrapolam a dimensão biológica, como nas situações de: conflito familiar ou comunitário; violência doméstica; pobreza; abuso sexual; negligência infantil; maus tratos a idosos; tráfico e uso de drogas. Tais situações guardam uma complexidade que nem sempre pode ser acessada sem que haja a construção de uma relação de confiança entre os usuários e o ACS/ACE (SALIBA *et al.*, 2011).



VAMOS REFLETIR



Refleta sobre isso: Ao longo da vida, uma pessoa pode precisar de diversos cuidados em saúde, em determinados momentos. Para tanto, espera-se uma continuidade assistencial pela equipe da APS e de outros serviços da rede assistencial. Dessa forma, a integralidade revela-se como uma ação social resultante da interação democrática entre os sujeitos, no cotidiano de suas práticas em saúde, transpondo a visão fragmentada do ser humano para uma compreensão integral, envolvendo aspectos biológicos, culturais e sociais do usuário nas dimensões individuais, familiares e coletivas. Os ACS são reconhecidos como sujeitos importantes para a construção da integralidade (MENDES; FRUTUOSO; CASTRO-SILVA, 2017).



Além disso, o trabalho educativo prestado por vocês, Agentes, produz impacto significativo e relevante (MOROSINI, 2012). Dado que, nos encontros com os moradores, os ACS identificam Situações de Saúde, muitas vezes, não manifestas como demandas, que só chegam a se expressar para o Sistema de Saúde pela atuação do ACS.

Quando essas atividades de educação em saúde envolvem a participação da comunidade, inclusive na priorização de assuntos, dão subsídios para a busca da superação das dificuldades apresentadas e identificados no território, fortalecendo a parceria e o vínculo entre profissionais e usuários. Por isso, é muito importante ir além dos muros da USF, ao encontro da comunidade no seu espaço, onde a vida de fato acontece (KANTORSKI *et al.*, 2009).

Levantados os perfis das áreas (e microáreas) do território, discute-se a priorização de problemas, áreas e grupos populacionais, utilizando não apenas os elementos epidemiológicos e econômicos dos perfis, mas, também, a disponibilidade de serviços e características da estrutura social das áreas, assim como os processos históricos e sociais que conferem singularidade às áreas no território. Entretanto, devemos nos atentar para a organização do processo de trabalho, para evitarmos barreiras no acesso dos usuários aos serviços da APS.



As principais barreiras de acesso podem ser classificadas em:

Geográficas: distância entre a unidade e a residência, existência de transporte;

Organizacionais: horários da unidade, tipo de profissional disponível, forma de marcação de consultas, humanização ou burocracia na relação com o usuário, tempos de espera, entre outros.

Veja dois conceitos importantes: o acesso oportuno e o acesso avançado.

É um formato de organização com agenda pautada no atendimento da demanda espontânea em Unidades de Saúde, na Atenção Primária à Saúde, que prega a máxima 'Faça hoje o trabalho de hoje!'. Busca, ativamente, reduzir a demanda reprimida de atendimentos, reduzir o absenteísmo e ampliar o acesso aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

Já foi ressaltada, também, a importância de um trabalho integrado em equipe, para garantia de integralidade na atenção, ampliando a capacidade de atuação de cada profissional e a capacidade de resposta conjunta da equipe aos problemas de saúde.

Mas, como garantir esse acesso pelos usuários à USF?



A organização do trabalho passa a ser embasada no território e na população adscrita, incluindo as ações de prevenção/promoção, assumindo a responsabilidade do cuidado individual e coletivo (CIRINO *et al.*, 2020). É importante que a Equipe de Saúde se reconheça como Agente de Vigilância, a fim de distinguir no território os riscos aos quais a população encontra-se exposta, e possa discutir com ela os encaminhamentos necessários para contorná-los, propondo, por exemplo, projetos transversais voltados para intervir de forma ampliada sobre os grupos mais vulneráveis.



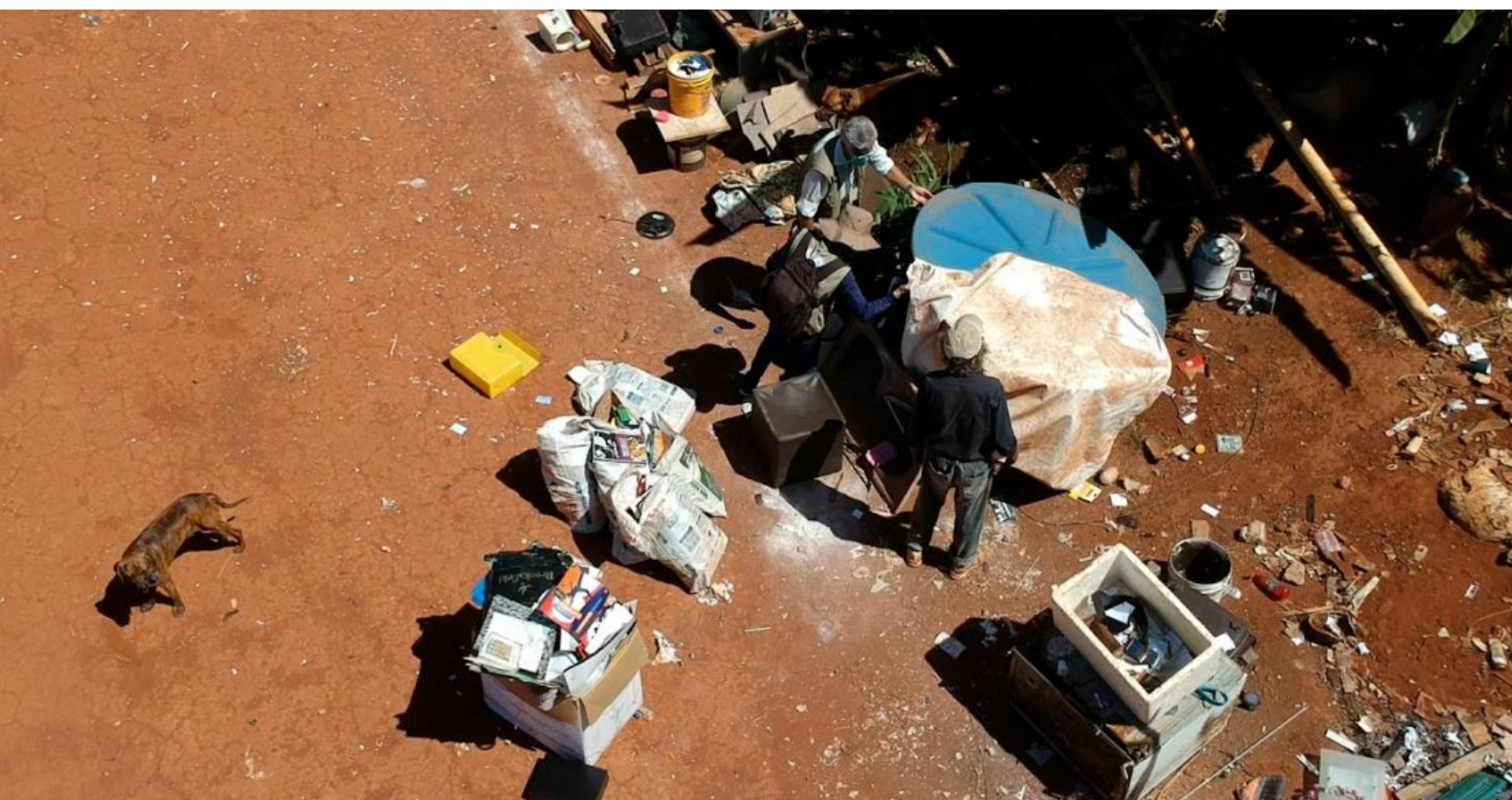
Os Agentes, por trabalharem mais próximo da comunidade, podem, não apenas criar vínculos mais facilmente, como também detectar mais oportunamente as mudanças nos fatores determinantes e condicionantes da saúde da comunidade.

A integração desses profissionais agrega esforços para o controle de doenças e de agravos à saúde, na suspeição dessas doenças e agravos, nas ações para a divulgação dos sinais e sintomas das doenças no território, no encaminhamento de indivíduos suspeitos e seus contatos para a realização dos exames ou, ainda, na identificação de ações no ambiente necessárias para evitar a ocorrência de doenças e agravos, podendo auxiliar na articulação e na adoção de estratégias intersetoriais, para eliminação ou redução dos riscos e danos.

A organização do processo de trabalho das equipes pode contemplar: visitas e atendimentos domiciliares, que constitui em um momento de oportunidades, tendo em vista a possibilidade de identificar a necessidade de intervenção em tempo oportuno; identificação de fatores de risco intradomiciliares, evitando o seu agravamento e possibilitando o encaminhamento dos usuários para a Unidade de Saúde. Isto é, é um momento em que o ACS e o ACE podem desenvolver condutas de promoção, proteção e recuperação da saúde do indivíduo, da família e da coletividade, em seu espaço domiciliar.

É um instrumento que promove um grande vínculo entre o profissional de saúde e as famílias de seu território de atuação, fazendo conhecer a realidade do indivíduo e de sua família *in loco*, pois permite: conhecer os domicílios com suas características ambientais, socioeconômicas e culturais; atuar no controle e prevenção de doenças e agravos transmissíveis e não transmissíveis; verificar a estrutura e a dinâmica familiares, dentre outras ações.





Nas Visitas Domiciliares são priorizadas aquelas famílias que mais necessitam de apoio, orientações ou cuidado domiciliar, ou que residam em territórios com maior exposição a fatores de risco, facilitando e potencializando a atuação de vocês, Agentes, na comunidade domiciliar. Isto é, orientando o seu trabalho, de modo a favorecer intervenções mais bem direcionadas às famílias do território.

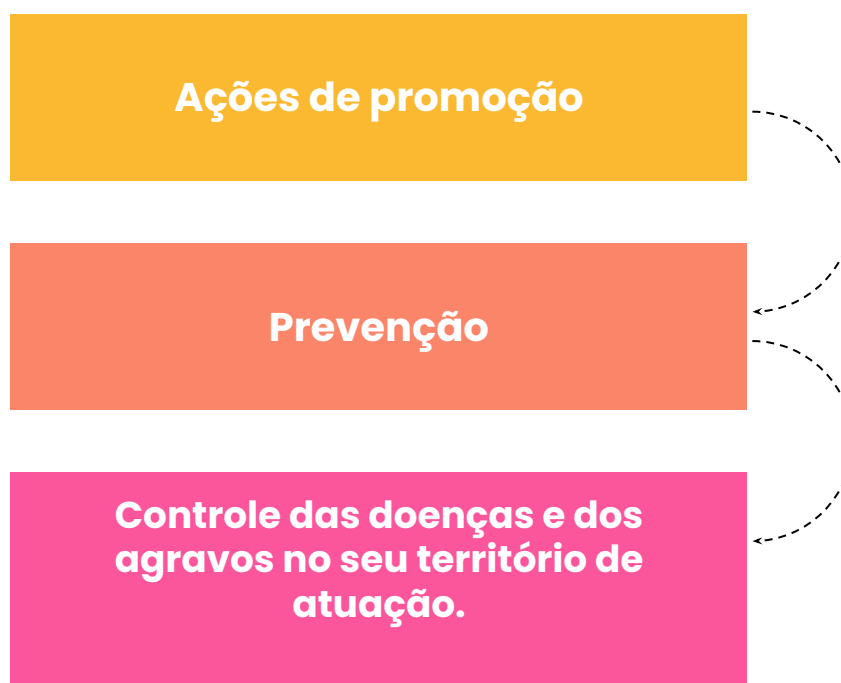


Não esqueça: O registro das visitas domiciliares, pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e pelos Agentes de Combate a Endemias (ACE), é realizado por meio da ficha CDS de visita domiciliar e territorial.

A visita domiciliar é definida como “atendimento realizado no domicílio”!

Nessa perspectiva, o potencial estratégico da integração do ACE na ESF, em termos operacionais, deve também ser repensado, com o objetivo de ampliar as ações e integrar os serviços de saúde de forma territorializada para a população. Essa dinâmica torna-se uma ferramenta importante na Vigilância à Saúde e para Equipes Multidisciplinares da APS nos territórios.

Uma das críticas mais recorrentes ao arranjo das práticas de saúde, predominante, na APS diz respeito à dificuldade de apreensão ampliada das necessidades de saúde colocadas pela população atendida. É preciso que os profissionais compreendam e intervenham sobre os problemas de saúde prioritários da população, tomando como base o planejamento integrado das:



O processo de trabalho das equipes da APS, e de vocês, Agentes, deve ser caracterizado pelo desenvolvimento de ações de prevenção de doenças e de agravos, que priorizem determinados perfis epidemiológicos e os fatores de risco clínicos, comportamentais, alimentares e/ou ambientais, bem como aqueles determinados pela produção e circulação de bens, prestação de serviços de interesse da saúde, ambientes e processos de trabalho.

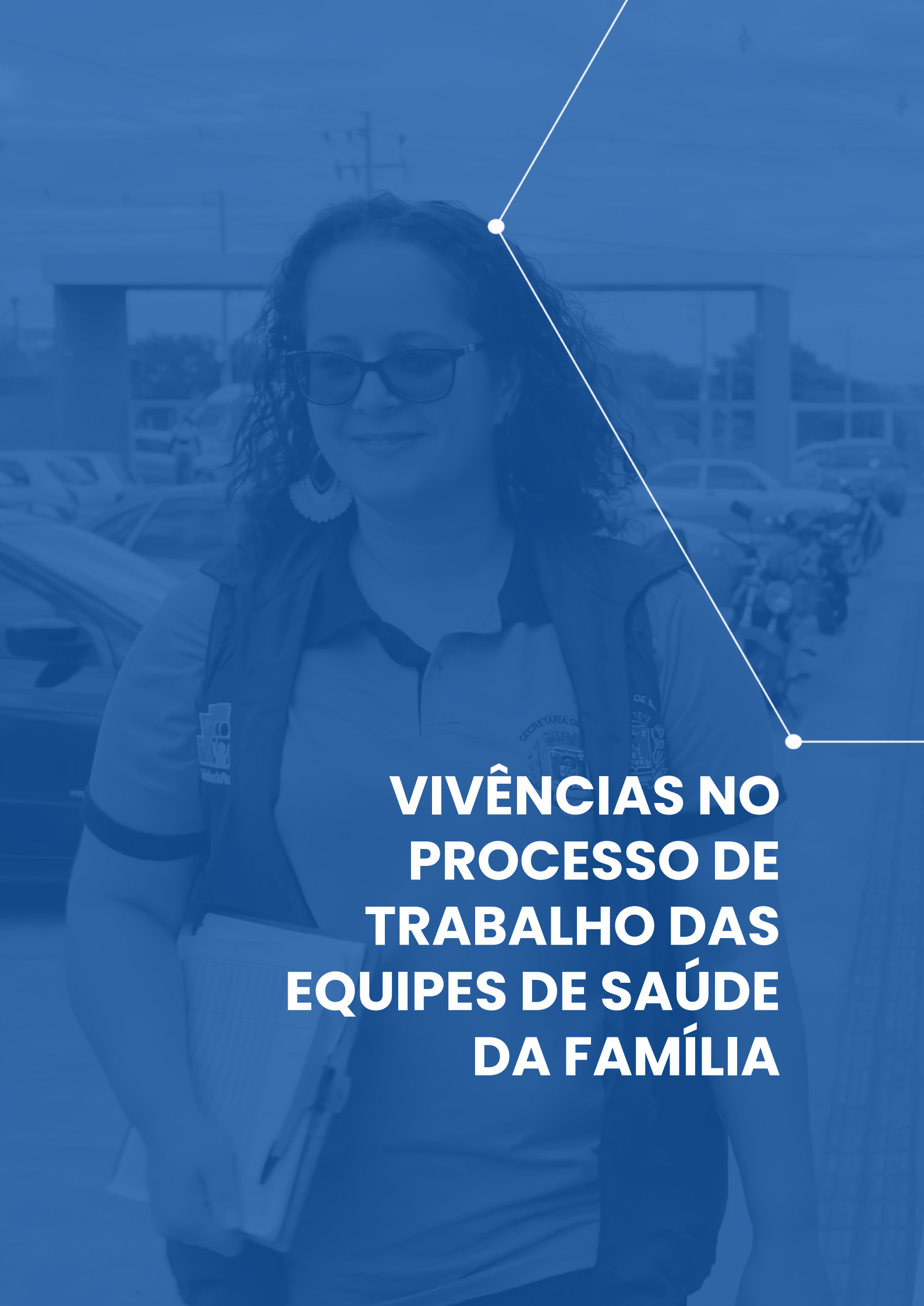
Veja algumas atribuições comuns dos Agentes. Para acessar, utilize seu celular e aponte a câmera para o QR Code ou [clique aqui](#).



Para que esse trabalho seja de fato compartilhado, é necessário que se mantenha a continuidade do planejamento e da execução de ações integradas entre os Agentes, para estimular o desenvolvimento dessas ações como rotina entre esses profissionais durante seu processo de trabalho (CUNHA, 2005).

Assim, os Agentes constroem um processo de responsabilidade mútua na comunidade em que atuam, buscando vincular a população assistida à equipe da ESF como um todo, de forma a viabilizar o acesso das famílias, em especial, das mais vulneráveis, às políticas sociais e aos serviços de saúde (NEPOMUCENO *et al.*, 2021).

As ações de vigilância em saúde são transversais a todas as ações da equipe de APS, que envolve o olhar sobre o território, passando pela concepção de processo saúde-doença, que norteia as consultas individuais e coletivas, visitas domiciliares, grupos e procedimentos realizados pelas equipes da APS.

A woman with curly hair and glasses, wearing a light blue polo shirt and a dark blue vest, stands outdoors. She is holding a white folder. The background shows a parking lot with cars and a building. The entire image is overlaid with a semi-transparent blue filter. A white line with two dots starts from the top right and extends diagonally towards the center, passing behind the text.

VIVÊNCIAS NO PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA



Diante das peculiaridades do planejamento e da organização do processo de trabalho, tanto do ACS quanto do ACE, nessa temática vamos aprofundar e despertar uma reflexão neste cuidar em saúde, de modo que as vivências de cada Agente sejam analisadas, e despertem redirecionamentos, para a qualificação das relações de trabalho entre esses dois atores, à luz do Planejamento em Saúde.

Dada à complexidade do trabalho dos Agentes, com a responsabilidade nas ações de promoção, prevenção e vigilância em saúde e todos os ciclos de vida e diversos agravos, exige-se um planejamento das ações no território, com foco no acompanhamento das pessoas dos grupos prioritários em seus domicílios, dos agravos e das doenças.

No Brasil, temos as mais diversas vivências de planejamento do processo de trabalho dos Agentes no âmbito da ESF, de acordo com as características ambientais, sociopolíticas, econômicas e culturais de cada município. Há muitos estudos que demonstram o olhar dos Agentes frente ao Planejamento em Saúde, considerando a realidade em que estão inseridos, apresentando suas potencialidades e fragilidades (NEPOMUCENO *et al.*, 2021; BARRETO *et al.*, 2018; COSTA *et al.*, 2020; DOMINGUES, WANDEKOKEN; DALBELLO-ARAÚJO, 2018).



A realidade das vivências do processo de trabalho do ACS está embasada em relações de cuidado com solidariedade, empatia, vínculo e diálogo. Esse profissional por atuar na privacidade do lar das famílias, necessita possuir uma postura humanizada e acolhedora de escuta nas visitas domiciliares, pois tem a oportunidade de conhecer o usuário no seu ambiente doméstico, para intensificar a produção do cuidado em saúde integral. Por outro lado, essa atuação dispara enfrentamentos no trabalho com as coletividades e a sobrecarga de trabalho, bem como remunerações baixas e a necessidade de reflexões sobre a sua prática (COSTA *et al.*, 2012).

Pessoa *et al.* (2013) apontam a necessidade de um processo de educação permanente, disparando a problematização cotidiana das relações de trabalho, desde o planejamento até a incorporação do ACE nas ESF.



Sendo assim, o Planejamento e a Programação em Saúde são ferramentas indispensáveis, para que essa incorporação aconteça de forma articulada e efetiva. Portanto, torna-se imprescindível a reorganização do processo de trabalho, visando à descentralização de ações de Vigilância em Saúde para APS com o apoio da Educação Permanente em Saúde (EPS) (PESSOA *et al.*, 2013).

Para que haja uma efetiva integração das ações, é importante que os profissionais da APS trabalhem com a lógica de risco, utilizando a epidemiologia como ferramenta para mapear vulnerabilidades do território, como base para o Planejamento em Saúde, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou de agravos, bem como riscos à saúde decorrentes do ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde.

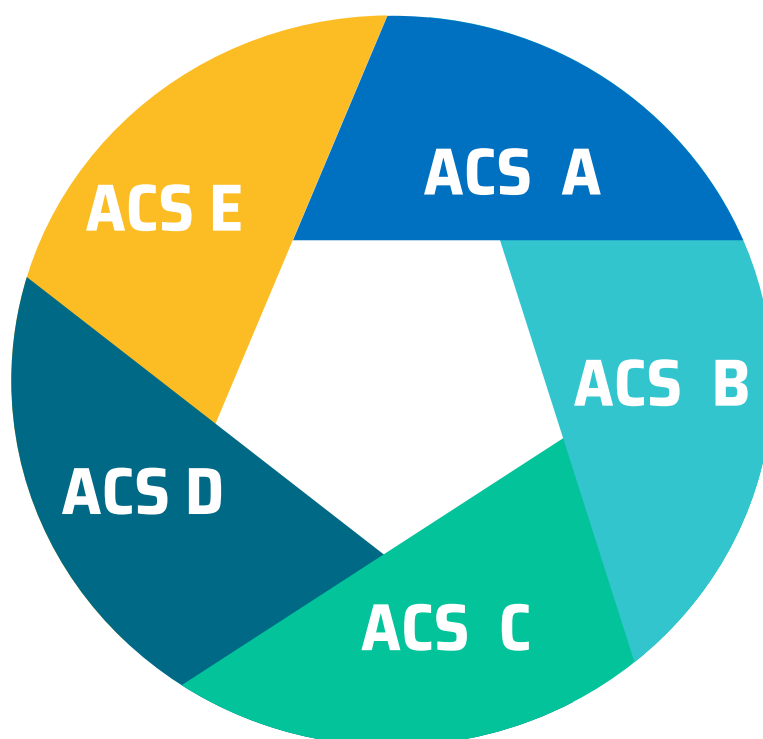
Muitos autores discorrem que a ausência de ações de EPS (ou a sua reduzida oferta), a formação e a capacitação dos Agentes para atuação no território - alinhadas às mudanças das políticas de saúde -, produzem dificuldades no Planejamento em Saúde, bem como no processo de trabalho complexo desses atores no território (BARRETO *et al.*, 2018).

A incorporação do ACE sem uma implementação adequada, sem o cuidado com o planejamento e a articulação das práticas, pode fazer com que o seu trabalho dos ACE seja minimizado, desvalorizado e a sua atuação seja reduzida, apenas, ao controle de Endemias (CONASS, 2009).

Almeida, Cavalcante e Miranda (2020) identificaram a deficiência na integração entre Agentes na realização de planejamento de ações de promoção de saúde, mesmo tendo profissionais trabalhando e convivendo no mesmo território. Além disso, um dos pontos mais tênues das vivências do ACE é a complexidade do território (ruas, ladeiras, escadarias e locais de difícil acesso), associado à ausência de curso introdutório para as abordagens, e os desafios no dia a dia de trabalho para integrar as ações, fragilizando, ainda mais, o planejamento das ações junto aos demais profissionais da equipe na ESF (OLIVEIRA; CASTRO; FIGUEIREDO, 2016).

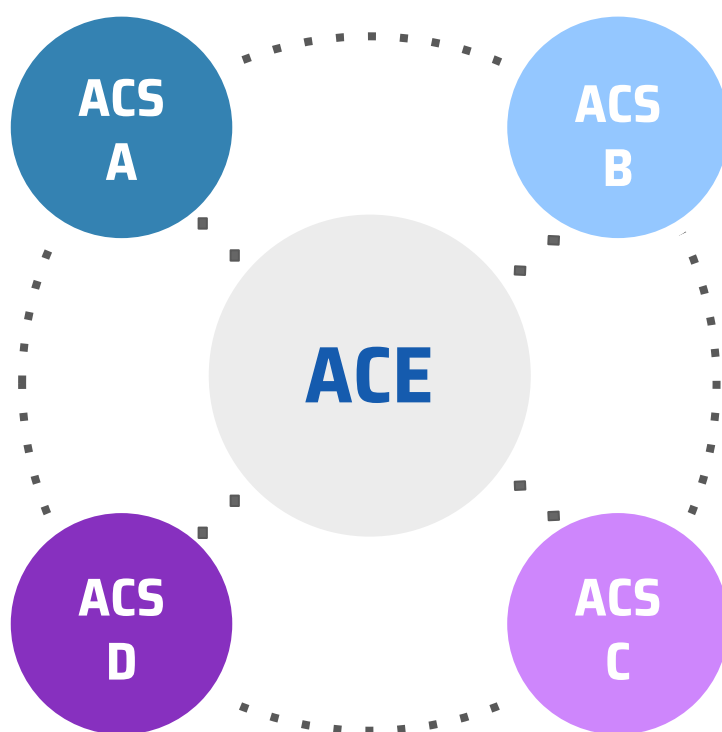
Conforme podemos verificar, abaixo, a configuração do trabalho, com integração e sem integração, exige relações e articulações diferentes e o apoio da Educação Permanente em Saúde.

ACS em sua microárea sem um ACE de referência



ACS em sua microárea, tendo um ACE de referência

Figura 4 – Esquema explicativo, simplificado, do processo de trabalho ACS, sem e com a presença do ACE de referências



Fonte: Damasceno (2021, p. 24).

As equipes têm um papel fundamental na preparação de uma resposta adequada e oportuna, para doenças e agravos, que apresentam sazonalidade - como é o caso da Influenza, da Dengue, da Chikungunya e da Zika -, para direcionar o planejamento de ações para a prevenção e redução no número de casos. A aplicação de métodos epidemiológicos favorece o reconhecimento dos problemas comunitários, servindo de base para o planejamento local de saúde (BRASIL, 2018).



Nesse contexto, a integração entre as ações da APS e da Vigilância em Saúde deve ser concreta, sendo recomendada a adoção de um território único para ambas as equipes, em que o ACE trabalhe em conjunto com o ACS, e os demais membros da Equipe Multiprofissional da APS, na identificação das necessidades de saúde da população e no planejamento das intervenções e das ações de saúde no território (BRASIL, 2018).



Por isso, é importante entender as ações de Vigilância em Saúde como transversais a todas as ações da equipe da APS, envolvendo desde o olhar sobre o território, até a organização de linhas de cuidado, passando pelo entendimento do processo saúde-doença, que norteiam as consultas individuais e coletivas, as visitas domiciliares, os grupos e os procedimentos realizados pelas equipes da APS.

A organização das ações integradas de trabalho é responsabilidade compartilhada das equipes de APS e VS, da atenção e da gestão, sendo imprescindível priorizar essa pauta nos espaços de diálogo entre essas equipes no cotidiano de trabalho, buscando construir os caminhos para se chegar a essa integração em cada realidade.

Atuando numa frente integrada, o planejamento conjunto das ações no território pode somar esforços, no que diz respeito à organização de temáticas mensais para as visitas domiciliares feitas pelos Agentes, no sentido de promover atividades educativas relativas aos problemas mais comuns da comunidade, bem como de divulgar aspectos relativos às ações desenvolvidas no âmbito da Unidade de Saúde.



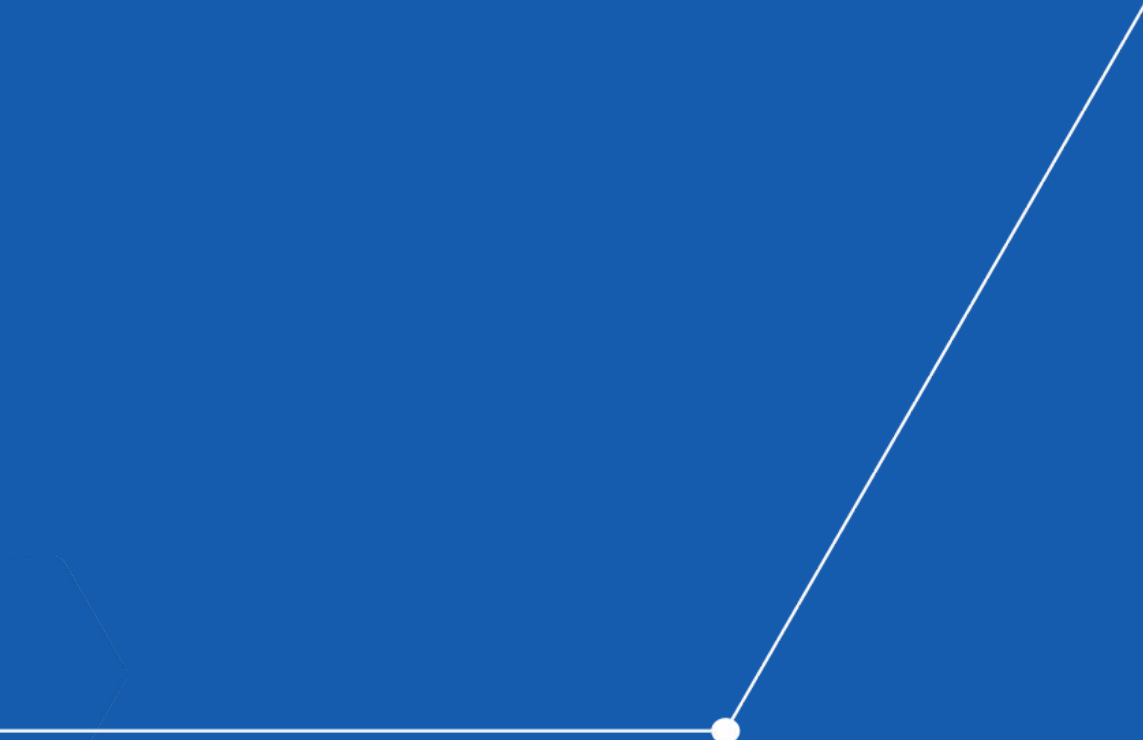
TOME NOTA

É importante reforçar que integrar, no que diz respeito aos Agentes, não é realizar o trabalho de competência do outro, mas auxiliar, no seu âmbito de competência, as atividades do outro.

Nesse sentido, destaca-se a importância da comunicação entre os Agentes a ser estimulada e planejada pela equipe e pela gestão local, pois aspectos importantes detectados no território por um dos profissionais pode não ser de conhecimento do outro.

Os dados gerados pelos Sistemas de Informação da APS e da VS devem ser utilizados para análise, acompanhamento e utilização no planejamento estratégico local. Alguns indicadores podem ser trabalhados de acordo com as necessidades encontradas no diagnóstico do território, tais como:

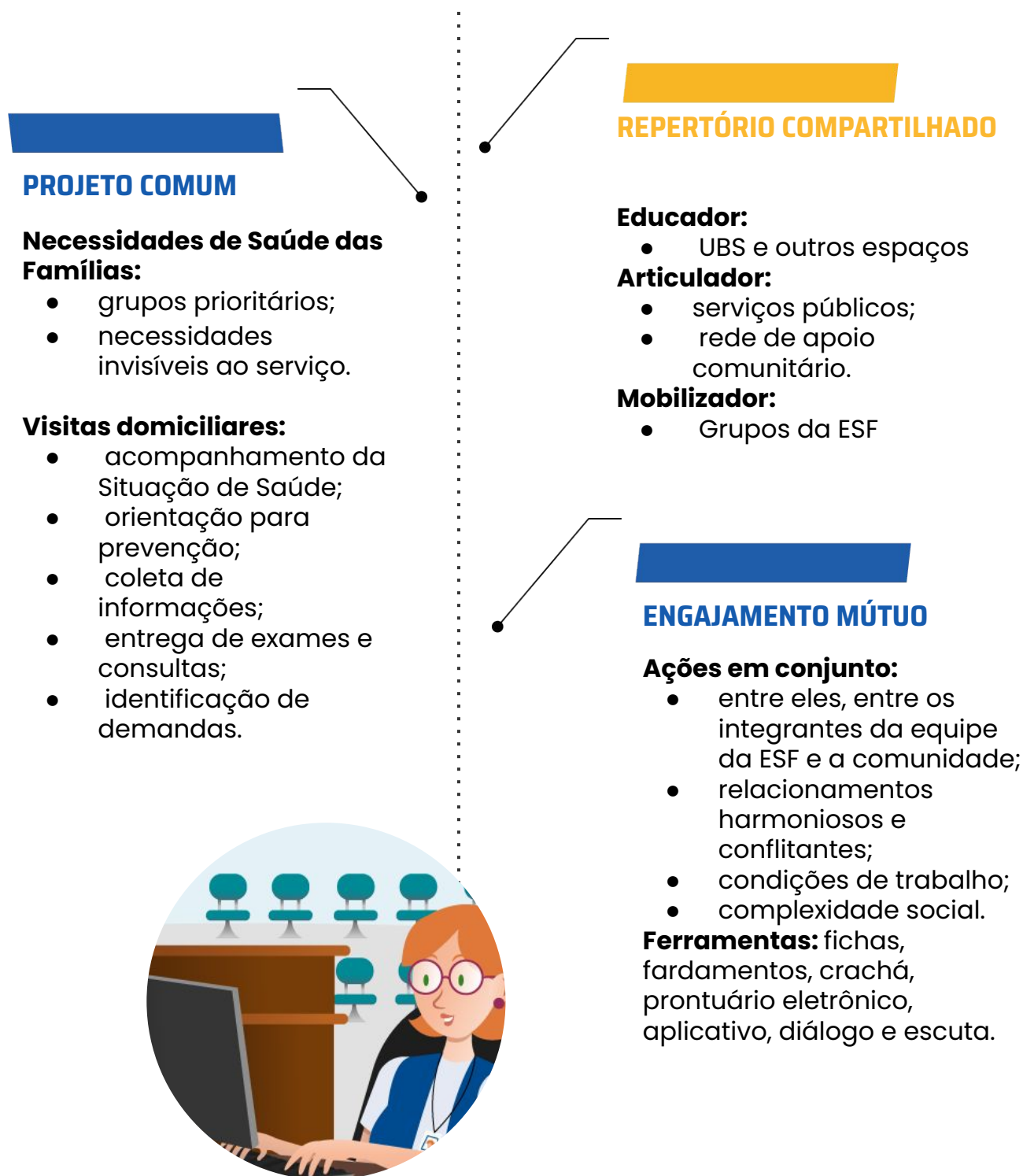
- Notificações de agravos e doenças de notificação compulsória/equipamento de saúde/ano (gerando coeficientes de incidência, prevalência, detecção e outros).
- Coberturas vacinais, comparativa com o restante do município e com as metas regionais e outros indicadores relacionados aos imunobiológicos – sejam técnicos-científicos ou de armazenamento, manutenção e transporte.
- Cobertura das ações de controle vetorial.



Dessa forma, trabalhar com definição de metas e com a análise de indicadores auxilia, de forma determinante, no processo de organização e aprimoramento da qualidade do cuidado que se oferta na APS e nas ações de vigilância em saúde. Para tanto, as equipes devem periodicamente analisar os indicadores de produção (número de consultas agendadas, consultas de demanda espontânea, consultas de pré-natal, visitas e atendimentos domiciliares etc.), e comparar com as estimativas de planilhas de parâmetros de programação de atendimento. Essas ações podem identificar possíveis falhas na busca ativa de usuários, ou no acompanhamento de pacientes com condições crônicas, e planejar estratégias de ação (BRASIL, 2018).

As complexidades familiares e sociais, que os Agentes enfrentam no seu processo de trabalho, podem gerar reflexões e novos significados para si e para o seu processo de trabalho, pois o ACS é um ator que escuta e acolhe com sensibilidade para perceber as demandas e as necessidades de saúde das famílias. Um estudo realizado no Ceará, proporcionou uma análise reflexiva dos significados que os ACS extraem da sua prática, e produziu novos olhares para esses profissionais e suas especificidades vivenciadas no dia a dia do trabalho na ESF (NEPONUCENO *et al.*, 2021).

Figura 5 – Participação social e negociação de significados produzidos pelos ACS. Ceará, Brasil, 2018



Fonte: Ceará, Brasil, 2018.

Os Agentes são profissionais que atuam no território, prestando um cuidado à saúde das pessoas, por meio de visitas domiciliares – em que se procedem o acompanhamento das Situações de Saúde (prevenção e promoção), a coleta de informações em saúde e a entrega e a solicitação de exames, bem como o Planejamento em Saúde –, o que exige um olhar e um cuidado em saúde direcionado às reais demandas dos usuários.

Dentre as suas atribuições, seu processo de trabalho engloba não só questões de saúde, visto que ao adentrar na privacidade das casas das famílias, o ACS e ACE acabam auxiliando e apoiando a população com outras demandas (sejam sociais, ambientais, econômicas, políticas), exigindo destes profissionais uma postura e um olhar integral complexo (NEPONUCENO *et al.*, 2021; BARRETO *et al.*, 2018; COSTA *et al.*, 2020; DOMINGUES; WANDEKOKEN; DALBELLO-ARAÚJO, 2018).



Veja mais informações sobre intervenção comunitária. Para acessar, utilize seu celular e aponte a câmera para o QR Code ou [clique aqui](#).



A blue-tinted photograph of two people walking away on a street. The person on the left is wearing a light-colored shirt and dark pants, carrying a bag. The person on the right is wearing a dark jacket and dark pants, also carrying a bag. They are walking on a paved street with buildings and trees in the background. A white geometric line graphic is overlaid on the image, consisting of a diagonal line segment with a dot at its end, and a horizontal line segment with a dot at its end, meeting at a vertex. The word "RETROSPECTIVA" is written in white, bold, uppercase letters across the middle of the image.

RETROSPECTIVA

Chegamos ao final dessa disciplina!

Até aqui, você pôde refletir e compreender a importância dos conceitos trabalhados e, principalmente, que é capaz de colocá-los em prática em seu local de trabalho, motivando sua equipe a organizar uma Atenção em Saúde centrada nas pessoas, de forma integral, resolutiva e com o melhor uso possível dos recursos disponíveis na APS!

Sendo assim, finalizamos nossa discussão, convidando-o a compartilhar todo o conhecimento adquirido, aqui, e com os materiais estudados, para que ele possa se multiplicar e gerar frutos de desenvolvimento e evolução na sua equipe.

Consulte também a teleaula, a aula interativa e os materiais complementares disponíveis no AVA.





REFERÊNCIAS

ALMEIDA, W. N. M.; CAVALCANTE, L. M.; MIRANDA, T. K. S. Educação permanente como ferramenta de integração entre agentes de saúde e de endemias. **Revista Brasileira de Promoção da Saúde**, v. 33, p. 10266, 2020.

ALMEIDA, W. N. M.; CAVALCANTE, L. M.; MIRANDA, T. K. S. Educação permanente como ferramenta de integração entre agentes de saúde e de endemias. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 33, p. 1-7, 2020.

ARAÚJO NETO, D. X. *et al.* A violência como um problema de saúde e seu enfrentamento na Atenção Primária: uma revisão narrativa. **Revista Eletrônica Acervo Científico**, v. 35, p. e7918, 2021.

BARRETO, I. C. H. C. *et al.* Complexidade e potencialidade do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde no Brasil contemporâneo. **Revista Saúde em Debate**, v. 42, n. esp. 1, p.114-129, set. 2018.

BOLAY, F. W. **Guia para aplicação**: planejamento de projeto orientado por objetivos – método ZOPP. Recife: GTZ, 1993.

BRANDÃO, G. C. G. *et al.* O processo de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 1, 2021.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal; 1988. 292 p.

BRASIL. **Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006**. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição Federal, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. Brasília, DF: MS, 2006a. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11350.htm. Acesso em: 3 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: MS, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 1 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.378, de 9 de julho de 2013.** Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília, DF: MS, 2013a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1378_09_07_2013.html. Acesso em: 3 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea.** Brasília, DF: MS, 2013b. (Cadernos de Atenção Básica, n. 28, v. 1).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia Política Nacional de Atenção Básica:** módulo 1: integração atenção básica e vigilância em saúde. Brasília, DF: MS, 2018. 68 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Perfil de competências profissionais do Agente Comunitário de Saúde.** Brasília, DF: MS, 2003. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/perfil_competencia_acs.pdf. Acesso em: 1 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan:** normas e rotinas. Brasília, DF: MS, 2006b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_informacao_agravs_notificacao_sinan.pdf. Acesso em: 1 set. 2022.

CALVO, B. G. *et al.* Planejamento estratégico na Atenção Primária em saúde. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, v. 22, n. 4, p. 939-949, 2019.

CIRINO, F. M. S. B. *et al.* O Acesso avançado como estratégia de organização da agenda e de ampliação do acesso em uma Unidade Básica de Saúde de Estratégia Saúde da Família, município de Diadema, São Paulo. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 15, n. 42, p. 2111, 2020.

COBO, B.; CRUZ, C.; DICK, P. C. Desigualdades de gênero e raciais no acesso e uso dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 9, p. 4021-4032, 2021.

COELHO, F. L. G.; SAVASSI, L. C. M. Aplicação de escala de risco familiar como instrumento de priorização das visitas Domiciliares. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 1, n. 2, p. 19-26, 2004.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **Oficina 3 – território e vigilância em saúde – 18º CRS**: Planificação da Atenção à Saúde. Rio Grande do Sul, 2017. Rio Grande do Sul: Conass, 2017. Disponível em: <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201711/07112640-oficina-3-territorio-e-vigilancia-em-saude.pdf>. Acesso em: 1 set. 2022.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **SUS 20 anos**. Brasília, DF: CONASS, 2009. 76 p.

COSTA, I. L. O. F. *et al.* A vigilância em saúde e o planejamento nas equipes de atenção primária em saúde: revisão narrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 53, p. 1-7, 2020. Supl.

COSTA, M. C. *et al.* Processo de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde: possibilidades e limites. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 33, n. 3, p. 134-140, 2012.

CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. São Paulo: Hucitec, 2005. 212 p.

DAMASCENO, O. C. **A integração do agente de controle de endemias na estratégia de saúde da família para o controle do Aedes Aegypti em Altamira – PARÁ.** 2021. 116 f. Dissertação (Mestrado em Vigilância e Controle de Vetores) – Instituto Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2021.

DE TONI, J.; SALERNO, G.; BERTINI, L. Uma abordagem estratégica no planejamento de grupos: o Método Altadir de Planejamento Popular – MAPP. In: JACQUES, M. G. C. *et al.* (org.). **Relações sociais e ética.** Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2008. p. 140-150. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/6j3gx/pdf/jacques-9788599662892-15.pdf>. Acesso em: 1 set. 2022.

DOMINGUES, C. C.; WANDEKOKEN, K. D.; DALBELLO-ARAÚJO, M. Potencialidades do processo de trabalho do Agente Comunitário de Saúde. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, v. 20, n. 4, p. 145-154, out./dez. 2018.

DRACHLER, M. L. *et al.* Desenvolvimento e validação de um índice de vulnerabilidade social aplicado a políticas públicas do SUS. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 19, n. 9, p. 3849-3858, set. 2014.

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE MINAS GERAIS. **Implantação do plano diretor da Atenção Básica:** redes de atenção à saúde. Belo Horizonte: ESPMG, 2008.

FAQUIM, J. P. S.; BUIATTI, N. B. P.; FRAZÃO, P. O método ZOPP e a organização do trabalho interprofissional voltado à atenção ao pré-natal em duas unidades de atenção básica. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 117, p. 392-407, 2018.

GOLDSTEIN, R. A. *et al.* A experiência de mapeamento participativo para a construção de uma alternativa cartográfica para a ESF. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 1, p. 45-56, 2013.

GONDIM, G. M. M. *et al.* **O território da saúde:** a organização do sistema de saúde e a territorialização. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

GOUVEIA, A. H.; SILVA, R.; PESSOA, B. H. Competência cultural: uma resposta necessária para superar as barreiras de acesso à saúde para populações minorizadas. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 43, n. supl. 1, p. 82-90, 2019.

JUSTO, C. M. P.; GOMES, M. H.; SILVEIRA, C. Limites e imposições dos instrumentos de controle do trabalho de agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família. **Revista Saúde e Sociedade**, v. 24, n. 2, p. 594-606, 2015.

KANTORSKI, L. P. *et al.* A integralidade no cotidiano de trabalho na Estratégia Saúde da Família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 30, n. 4, p. 594-601, 2009.

MAZARTI, C. K. *et al.* Realidade sociopolítica, ambiental e de saúde de famílias pertencentes a uma comunidade vulnerável. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 18, n. 1, p. 77-84, 2013.

MENDES, R.; FRUTUOSO, M. F. P.; CASTRO-SILVA, C. R. Integralidade como processo intersubjetivo de construção de práticas em território de exclusão social. **Saúde em Debate**, v. 41, n. 114, p. 707-717, 2017.

MONKEN, M. *et al.* O território na saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente. *In*: MIRANDA, A. C. *et al.* (org.). **Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 23-41.

MOROSINI, M. V. G. C. O agente comunitário de saúde: práticas educativas. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 10, n. 2, p. 347-348, 2012.

MOROSINI, M. V.; FONSECA, A. F. Os agentes comunitários na Atenção Básica no Brasil: inventário de conquistas e desafios. **Rev. Saúde Debate**, v. 42, n. 1 esp., p. 261-274, 2018.

MOURA, A. S. **Endemias e epidemias**: dengue, leishmaniose, febre amarela, influenza, febre maculosa e leptospirose. Belo Horizonte: Nescon; UFMG, 2012.

NAKATA, P. T. *et al.* Classificação do risco familiar em uma Unidade de Saúde da Família. **Rev. Latino - Am. Enfermagem**, v. 21, n. 5, p. 1-7, set./out. 2013.

NASCIMENTO, F. G. *et al.* Aplicabilidade de uma escala de risco para organização do processo de trabalho com famílias atendidas na Unidade Saúde da Família em Vitória (ES). **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2465-2472, 2010.

NASSAU, K. N. **Planejamento em Saúde Coletiva e Construção de Redes Comunitárias para a Promoção da Saúde**. Curso Técnico em Agente Comunitário de Saúde. Montes Claros: Instituto Federal do Norte de Minas Gerais, 2015.

NEPONUCENO, R. C. A. *et al.* O trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde à luz da teoria comunidades de prática. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 26, n. 5, p. 1637-1646, 2021.

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, jul./set. 2016.

PAIM, J. S. Modelos de atenção à saúde no Brasil. *In*: POLÍTICAS e sistema de saúde no Brasil. 2012. p. 459-491. cap. 15.

PAIM, J. S. Planejamento em saúde para não especialistas. *In*: CAMPOS, G. W. S. *et al.* **Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro: Hucitec: Fiocruz, 2006. p. 767-782.

PERUZZO, H. E. *et al.* Os desafios de se trabalhar em equipe na estratégia saúde da família. **Escola Anna Nery**, v. 22, n. 4, p. 1-9, 2018.

PESSOA, V. M. *et al.* As novas necessidades de saúde nos territórios dos sertanejos do baixo Vale do Jaguaribe-CE e os desafios à política pública de saúde. *In*: RIGOTTO, R. M. (org.). **Agrotóxicos, trabalho e saúde**. Fortaleza, CE: Edições UFC, 2011. p. 549-583.

PESSOA, V. M. *et al.* Sentidos e métodos de territorialização na atenção primária à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 8, p. 2253–2262, 2013.

RODRIGUES, L. M. *et al.* Modelagem ecossistêmica para vigilância em saúde na atenção básica. **Revista Sustentação**, n. 43, p. 42–45, jan./abr. 2018.

SALIBA, N. A. *et al.* Agente comunitário de saúde: perfil e protagonismo na consolidação da Atenção Básica. **Cadernos de Saúde Coletiva**, v. 19, n. 3, p. 318–326, 2011.

SILVA JUNIOR, V. B. Mapeamento ambiental como ferramenta de localização de riscos à saúde. **Em Extensão**, v. 18, n. 1, p. 122–133, jan./jun. 2019.

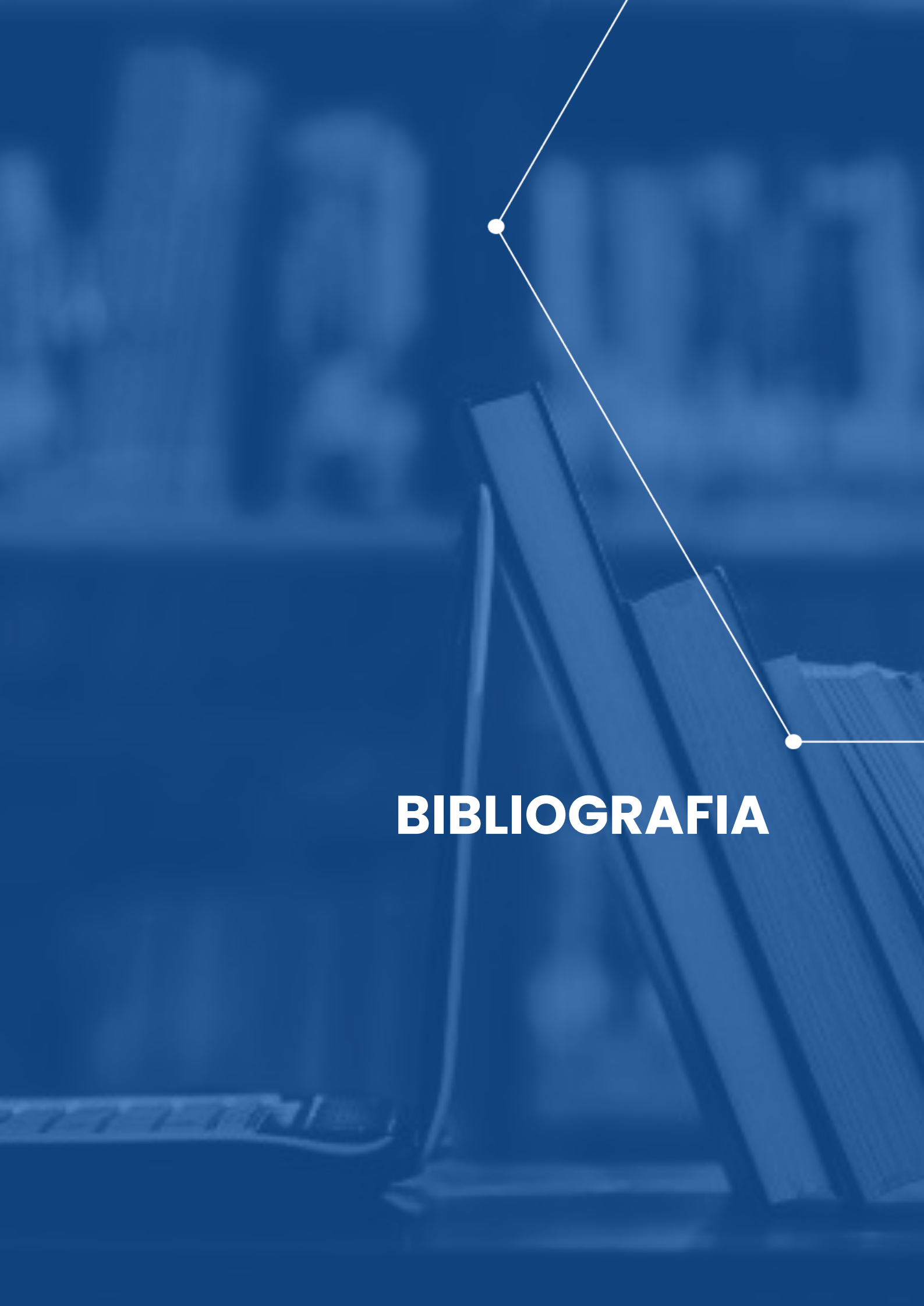
SIMAS, P. R.; PINTO, I. C. M. Trabalho em saúde: retrato dos agentes comunitários de saúde da região Nordeste do Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 22, n. 6, p. 1865–1876, jun. 2017.

SOUZA, A. P. *et al.* Estratégia Saúde da Família e a integralidade do cuidado: percepção dos profissionais. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 34, p. e34935, 2020.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILAS BOAS, A. L. SUS, Modelos assistenciais e vigilância da Saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, DF, v. 7, n. 2, p. 7–28, 1998.

TEIXEIRA, C. **Planejamento em saúde**: conceitos, métodos e experiências. Salvador: EDUFBA, 2010. 161 p. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/6719/1/Teixeira%2C%20Carmen.%20Livro%20Planejamento%20em%20saude.pdf>. Acesso em: 1 set. 2022.

TOMASI, Y. T.; SOUZA, J. B.; MADUREIRA, V. S. F. Diagnóstico comunitário na Estratégia Saúde da Família: potencialidades e desafios. **Revista de Enfermagem UFPE**, v. 12, n. 6, p. 1546–1553, jun. 2018.



BIBLIOGRAFIA

ÁVILA, M. M. M. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Ceará: o caso de Uruburetama. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, p. 349-360, 2011.

BARCELLOS, C.; ROJAS, L. I. **O território e a vigilância da saúde**. Unidade de Aprendizagem I. Rio de Janeiro: Fiocruz; EPSJV; 2004. (Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde; módulo 3).

BISSACOTTI, A. P.; GULES, A. M.; BLÜMKE, A. C. Territorialização em saúde: conceitos, etapas e estratégias de identificação. **Hygeia**, v. 15, n. 32, p. 41-53, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diagnóstico: observando a comunidade**. Windows Media Player (14 min.). Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Diagnostico__observando_a_comunidade/431. Acesso em: 1 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília, DF: MS, 2014. (Caderno da Atenção Básica, n. 35). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab35.pdf. Acesso em: 1 set. 2022.

BUDAL, A. M. B. *et al.* Construção de novo modelo de mapa inteligente como instrumento de Territorialização na Atenção Primária. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 42, n. 4, p. 727-740, 2018.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: Nescon; FMG, 2010. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/Modulo_Planejamento-2010.pdf. Acesso em: 1 set. 2022.

DE PAULA, W. K. *et al.* Orientação comunitária e enfoque familiar: avaliação de usuários e profissionais da estratégia saúde da família. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 25, n. 2, p. 242-248, 2017.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Campo de práticas profissionais e acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família no Ceará**. Relatório de Pesquisa. Fortaleza, CE: Fiocruz, 2018.

KLEBIAN, L. V. A.; ACIOLI, A. S. A visita domiciliar de enfermeiros e agentes comunitários de saúde na estratégia de saúde da família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 16, n. 1, p. 161-169, 2014.

NONATO, L. O. F. *et al.* Estratégias de gerenciamento na Atenção Básica em territórios de vulnerabilidade social expostos à violência. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v. 54, p. 1-8, 2020.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE. **Manual do Agente Comunitário de Saúde da Atenção Básica de Belo Horizonte**: diretrizes técnicas para o trabalho. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2019. 68 p.

SCHLITTLER, A. C. B.; CERON, M.; GONÇALVES, D. A. **Famílias em situação de vulnerabilidade ou risco psicossocial. Especialização em Saúde da Família.** UNA-SUS. UNIFESP, 2013.

YUNES, M. A. M.; SZYMANSKI, H. Resiliência: noção, conceitos afins e considerações críticas. *In*: TAVARES, J. (org.). **Resiliência e educação**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

Conte-nos o que pensa sobre esta publicação. [Clique aqui](#) e responda a pesquisa.

DISQUE SAÚDE 136

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
bvsmms.saude.gov.br



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

