REVISTA TÓPICOS
ISSN 2965-6672 | Qualis A2

TERRITÓRIO COMO ESPAÇO VIVO DE PRÁTICAS E INTERVENÇÕES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

TERRITORY AS A LIVING SPACE OF PRACTICES AND INTERVENTIONS IN PRIMARY HEALTH CARE: AN EXPERIENCE REPORT

Ciências Biológicas, Ciências da Saúde • 23/11/2026

REGISTRO DOI: 10.70773/revistatopicos/795277504

Geovane Menezes Lourenço[1]

Bruna Maria Monteiro Cherubim[2]

Sherlyn Aparecida Souza de Lima[3]

Aléxia Basso Santos[4]

Maria Clara Ferreira Silva[5]

Elis Fernanda Moreira[6]

Diego Osmar Rodrigues[7]

Elza Berger Salema Coelho[8]

Krislan Chiamulera[9]

RESUMO

A Atenção Primária à Saúde (APS) constitui a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) e tem no território a base para a organização do cuidado e das ações de Vigilância em Saúde. Objetivo: Analisar o processo de trabalho da APS e sua articulação com a Vigilância em Saúde em um território urbano, considerando as vulnerabilidades socioambientais e o papel dos Agentes Comunitários de Saúde. **Metodologia:** relato de experiência, de abordagem qualitativa e caráter descritivo-analítico, desenvolvido a partir de visitas ao território adscrito à Unidade Básica de Saúde. As informações observadas foram registradas em fichas de anotação e organizadas em eixos temáticos, considerando as condições socioambientais, o processo de trabalho da APS, a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde, a articulação com a Vigilância em Saúde e as parcerias com entidades comunitárias. **Resultados:** Identificaram-se vulnerabilidades socioambientais relevantes, como precariedade habitacional, esgoto a céu aberto, riscos ambientais e presença expressiva de pessoas com condições crônicas. Evidenciou-se o papel estratégico dos Agentes Comunitários de Saúde na mediação entre serviço e comunidade, bem como fragilidades na articulação com a Vigilância Sanitária e Epidemiológica, em um contexto marcado também pela ausência de Agentes de Combate às Endemias. **Conclusão:** O fortalecimento da APS no território estudado requer ampliação das equipes, integração efetiva com a Vigilância em Saúde e valorização das práticas intersetoriais, especialmente aquelas desenvolvidas com entidades comunitárias.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Vigilância em Saúde; Agente Comunitário de Saúde; Território; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

Primary Health Care (PHC) is the main entry point to Brazil's Unified Health System (SUS), and the local territory serves as the basis for organizing care and Health Surveillance activities. Objective: To analyze the PHC work process and its coordination with Health Surveillance in an urban territory, considering socio-environmental vulnerabilities and the role of Community Health Workers. **Methodology:** This descriptive-analytical experience report adopted a qualitative approach and was based on visits to the catchment area of a Basic Health Unit. The information observed was recorded on field-note forms and organized into thematic areas encompassing socio-environmental conditions, the PHC work process, the activities of Community Health Workers, coordination with Health Surveillance, and partnerships with community organizations. **Results:** Relevant socio-environmental vulnerabilities were identified, including precarious housing conditions, open sewage, environmental risks, and a significant number of people living with chronic conditions. The findings highlighted the strategic role of Community Health Workers in mediating between health services and the community, as well as weaknesses in coordination with Sanitary and Epidemiological Surveillance, in a context also marked by the absence of Endemic Disease Control Agents. **Conclusion:** Strengthening PHC in the territory studied requires expanding healthcare teams, ensuring effective integration with Health Surveillance, and valuing intersectoral practices, particularly those developed in partnership with community organizations.

Keywords: Primary Health Care; Health Surveillance; Community Health Agent; Territory; Unified Health System.

1. INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) constitui a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) e desempenha papel central na coordenação do cuidado, na longitudinalidade da atenção e na articulação com os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde. Inserida no território, a APS possibilita a identificação das necessidades de saúde da população, a atuação sobre os determinantes sociais e a organização de ações de promoção, prevenção e vigilância.

O território, compreendido como espaço vivo e socialmente construído, ultrapassa a dimensão geográfica e incorpora aspectos sociais, econômicos, culturais e ambientais que influenciam o processo saúde-doença. Essa perspectiva fundamenta a integração entre APS e Vigilância em Saúde, permitindo a identificação de riscos, agravos e vulnerabilidades que demandam intervenções oportunas e intersetoriais.

Nesse contexto, os Agentes Comunitários de Saúde assumem papel estratégico ao realizarem a mediação entre os serviços de saúde e a comunidade, contribuindo para a vigilância cotidiana do território e para o fortalecimento do vínculo com as famílias. Contudo, persistem desafios relacionados à insuficiência de profissionais, fragilidades na comunicação intersetorial e limitada devolutiva das informações produzidas pelas vigilâncias especializadas.

A integração entre a Atenção Primária à Saúde e a Vigilância em Saúde exige, portanto, a compreensão das dinâmicas territoriais e a articulação dos diferentes profissionais e serviços envolvidos no acompanhamento da população. Nessa perspectiva, o reconhecimento das vulnerabilidades socioambientais, a valorização dos conhecimentos produzidos pelos trabalhadores e a utilização

das informações do território constituem elementos fundamentais para o planejamento de intervenções mais efetivas e coerentes com as necessidades locais.

Diante desse cenário, o presente estudo tem como objetivo analisar o processo de trabalho da Atenção Primária à Saúde e da Vigilância em Saúde em um território urbano, a partir da identificação das ações desenvolvidas, das vulnerabilidades socioambientais existentes e do papel desempenhado pelos Agentes Comunitários de Saúde.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA OU REVISÃO DA LITERATURA

No contexto estudado, torna-se fundamental compreender o território como categoria central para a organização do processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde (APS), de modo coerente com as necessidades reais da comunidade, especialmente em cenários marcados por vulnerabilidades sociais. Nessa perspectiva, destaca-se a importância da Vigilância em Saúde como componente estruturante das práticas desenvolvidas no território.

Para Mendes (2012), o território configura-se como um espaço vivo, dinâmico e socialmente construído, influenciado por relações sociais, condições de vida e fatores ambientais, culturais e econômicos que impactam diretamente o processo saúde-doença da população, não se restringindo, portanto, a uma mera delimitação geográfica. De forma convergente, Gottmann (1973) compreende o território como uma construção política e social, resultante da organização do espaço pelos grupos humanos.

Mendes (2012) também enfatiza que, no âmbito da APS, o território constitui a base para a adscrição da população, o planejamento das

ações e a coordenação do cuidado, sendo elemento fundamental para a organização das Redes de Atenção à Saúde. Essa concepção é reforçada por Gondim *et al.* (2008), ao afirmarem que o território é elemento estruturante do trabalho em saúde, pois possibilita a identificação de riscos, agravos, potencialidades e determinantes sociais que orientam tanto a vigilância quanto o cuidado.

A configuração de um território é resultante de processos históricos, políticos, econômicos e culturais, que podem determinar tanto as condições de vida quanto possibilidades de acesso a recursos e serviços. Nesta perspectiva, Gottmann (1973) entende o território como uma construção social relacionada à organização dos espaços pela própria sociedade, enquanto Gondim *et al.* (2008) destacam sua importância para a compreensão das condições de saúde e da organização das práticas sanitárias. Assim, para analisar o território é fundamental considerar as relações e os processos que nele se desenvolvem, reconhecendo que as necessidades de saúde não estão dissociadas das condições sociais e ambientais da população.

A territorialização, no contexto da APS, deve ser compreendida como um processo contínuo de reconhecimento de características e necessidades da população, permitindo identificar riscos e vulnerabilidades, definir prioridades e planejar ações de saúde. De acordo com Gondim *et al.* (2008) e Mendes (2012). o território orienta a organização dos serviços, a vigilância em saúde e a coordenação do cuidado, favorecendo práticas articuladas às necessidades locais e à participação da comunidade.

A apropriação do território pelas equipes de saúde favorece a construção de intervenções mais efetivas, ao integrar ações assistenciais, preventivas e de promoção da saúde. Essa perspectiva

reforça a necessidade de uma atuação vigilante e territorializada por parte dos profissionais da APS, que ultrapasse o modelo centrado no atendimento individualizado e curativista, restrito aos limites físicos das unidades de saúde.

A centralidade do território e da organização dos serviços de saúde encontra respaldo nos marcos legais e normativos do Sistema Único de Saúde (SUS). A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 estabelece a saúde como direito de todos e dever do Estado, garantindo acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, organizados de forma regionalizada e hierarquizada (BRASIL, 1988). Esse princípio constitucional fundamenta a necessidade de uma rede de serviços articulada, capaz de responder às necessidades da população a partir das especificidades territoriais.

A Lei nº 8.080/1990, que regulamenta o SUS, reforça essa concepção ao definir a organização dos serviços de saúde com base na descentralização, na integralidade da atenção e na participação da comunidade (BRASIL, 1990). A referida lei explicita a articulação entre vigilância em saúde e assistência, reconhecendo que a promoção, a proteção e a recuperação da saúde dependem da compreensão dos fatores determinantes e condicionantes presentes no território. Dessa forma, o processo de trabalho na APS deve incorporar práticas de vigilância que possibilitem a identificação de riscos, o monitoramento de agravos e a intervenção oportuna.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), instituída pela Portaria nº 2.436/2017, reafirma a APS como porta de entrada preferencial do SUS e coordenadora do cuidado na Rede de Atenção à Saúde (RAS). A PNAB enfatiza a territorialização, e adscrição de usuários, o vínculo e a responsabilização sanitária como

fundamentos do trabalho das equipes de saúde (BRASIL, 2017). Nesse contexto, o conhecimento do território não se limita a uma etapa inicial do planejamento, mas constitui um processo contínuo, que deve orientar o acompanhamento longitudinal das famílias e comunidades.

A PNAB também destaca o papel estratégico das equipes multiprofissionais e, em especial, dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que atuam como elo entre a comunidade e os serviços de saúde. Os ACS desempenham papel fundamental na identificação de vulnerabilidades, no acompanhamento das condições de vida das famílias e na vigilância cotidiana do território. Segundo o Ministério da Saúde, o trabalho desses profissionais contribui para ampliar o acesso aos serviços, fortalecer o vínculo com a população e desenvolver ações educativas voltadas à prevenção de agravos e à promoção da saúde (BRASIL, 2017).

No âmbito da Vigilância em Saúde, a integração com a APS é essencial para garantir respostas mais efetivas aos problemas identificados no território. A integração entre a Vigilância em Saúde e a Atenção Primária à Saúde (APS) constitui uma das diretrizes da Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), com objetivo de fortalecer a organização territorial e à qualificação dos processos de trabalho das equipes. Esse vínculo favorece a construção compartilhada de conhecimentos e práticas entre os dois campos, possibilitando o desenvolvimento de ações de cuidado que considerem as condições ambientais e sociais que influenciam o processo saúde-doença. Portanto, para que os profissionais da APS atuem de forma vigilante, é indispensável a existência de troca de informações, devolutivas sistemáticas e planejamento conjunto

entre os diferentes componentes da vigilância epidemiológica, sanitária, ambiental e da saúde do trabalhador (Brasil, 2024).

Entretanto, conforme evidenciado na realidade estudada, persistem desafios na articulação entre a APS e a Vigilância em Saúde, especialmente relacionados à fragilidade da comunicação e à ausência de uma atuação integrada no território. Essa desarticulação compromete a identificação precoce de riscos e limita a capacidade de resposta das equipes de saúde frente às vulnerabilidades socioambientais existentes.

A literatura sobre processo de trabalho em saúde contribui para aprofundar essa análise. Merhy e Franco (2014) ressaltam que o trabalho em saúde é produzido no encontro entre trabalhadores e usuários, sendo influenciado pela organização dos serviços, pelas relações de poder e pelas tecnologias utilizadas no cuidado. A centralidade do território e do trabalho vivo em ato exige que os profissionais ampliem seu olhar para além da clínica tradicional, incorporando dimensões sociais, ambientais e subjetivas no cuidado.

Nesse sentido, a APS deve ser compreendida como espaço privilegiado para a produção do cuidado integral, articulando saberes técnicos, práticas de vigilância e participação comunitária. Starfield (2002) destaca que sistemas de saúde orientados pela atenção primária apresentam melhores resultados em termos de equidade, eficiência e qualidade do cuidado, especialmente quando fundamentados no vínculo, na longitudinalidade e na coordenação das ações. Esses atributos são potencializados quando o território é reconhecido como base para o planejamento e a avaliação das ações em saúde.

Dessa forma, o conhecimento aprofundado do território e a integração entre APS e Vigilância em Saúde configuram-se como pilares para a efetivação dos princípios do SUS. Investir na qualificação do processo de trabalho, na valorização dos ACS, na atuação multiprofissional e na comunicação intersetorial mostra-se essencial para transformar diretrizes e políticas públicas em práticas concretas, capazes de responder às necessidades reais da população. A análise realizada reforça que o território deve ser, simultaneamente, ponto de partida e de chegada das ações em saúde, orientando intervenções mais resolutivas, equitativas e centradas na vida das pessoas e comunidades.

3. METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência, de caráter descritivo e reflexivo, desenvolvido a partir da vivência de reconhecimento territorial no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS). A experiência foi construída com base em observações diretas realizadas durante visitas ao território adscrito à Unidade Básica de Saúde (UBS), no contexto das atividades desenvolvidas no processo de trabalho da APS. As visitas tiveram como finalidade tanto o reconhecimento das características territoriais quanto o desenvolvimento das ações inerentes ao serviço entre janeiro e setembro de 2026.

A UBS em questão possui população adscrita superior a 9 mil pessoas cadastradas. Entre os principais grupos acompanhados pela unidade, destacam-se mais de 800 pessoas com hipertensão arterial sistêmica, aproximadamente 450 pessoas com diabetes mellitus, mais de 400 usuários acompanhados pela equipe de Saúde Mental e uma média de 70 gestantes.

A unidade conta com duas equipes de Saúde da Família, compostas por dois médicos, dois enfermeiros, quatro técnicos de enfermagem e seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS). A estrutura de apoio inclui ainda um farmacêutico, equipe de saúde bucal, um profissional responsável pelos serviços de limpeza e um auxiliar administrativo.

Considerando esse cenário, foi elaborado um diagnóstico situacional a partir das observações realizadas durante as visitas, contemplando aspectos relacionados à infraestrutura urbana, às condições de moradia, ao saneamento básico, aos riscos ambientais, às iniciativas comunitárias existentes, à organização dos serviços de saúde, à atuação dos ACS e à articulação com a Vigilância em Saúde. Esse reconhecimento possibilitou identificar características do território e elementos que influenciam o processo de trabalho das equipes, considerando o expressivo número de pessoas cadastradas, a diversidade das necessidades de saúde e a demanda por acompanhamento longitudinal de condições crônicas, gestacionais e relacionadas à saúde mental.

Após a realização das visitas, as observações e experiências vivenciadas foram organizadas considerando as condições socioambientais, as vulnerabilidades territoriais, a organização dos serviços de saúde e a articulação entre a APS e a Vigilância em Saúde. Posteriormente, essas informações foram analisadas de forma descritiva e reflexiva, buscando relacionar as características identificadas no território aos aspectos que influenciam o processo de trabalho das equipes e a organização do cuidado, à luz da literatura científica e das políticas públicas pertinentes.

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES OU ANÁLISE DOS DADOS

4.1. Caracterização do Território e Vulnerabilidades Socioambientais

A partir das observações no território, identificou-se a presença de moradias precárias, predominantemente construídas em madeira, com necessidade frequente de reparos estruturais, além de condições inadequadas de saneamento básico, caracterizadas pela existência de esgoto a céu aberto que deságua em curso hídrico local. Essas condições ambientais favorecem a proliferação de vetores, insetos e animais peçonhentos, como ratos, escorpiões e aranhas, configurando um risco ambiental permanente à saúde da população.

A análise do território adscrito à Unidade Básica de Saúde (UBS) evidencia um conjunto de vulnerabilidades socioambientais que impactam diretamente o processo saúde-doença. Conforme discutem Coimbra Jr., Santos e Cardoso (2007), as condições de vulnerabilidade social constituem determinantes centrais do adoecimento, refletindo-se nos indicadores de saúde e nos padrões epidemiológicos, especialmente em populações em situação de maior fragilidade social. De maneira complementar, estudos como o de Arreaza e Moraes (2010) reforçam o papel da vigilância em saúde na identificação de áreas e populações vulneráveis, considerando não apenas os riscos e agravos, mas também os determinantes ecossociais que influenciam as condições de vida e saúde da população. Essa abordagem subsidia o planejamento e a organização de ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, articuladas às necessidades identificadas em cada território.

Os achados evidenciam que o território adscrito à Unidade Básica de Saúde apresenta importantes vulnerabilidades socioambientais,

expressas pela precariedade urbana, conflitos sociais, insegurança, deficiência na iluminação pública e ausência de espaços de lazer, fatores que impactam diretamente o processo saúde-doença da população. Esses resultados dialogam com a concepção ampliada de território adotada pelo Sistema Único de Saúde e discutida por Mendes (2012), que compreende o território como um espaço vivo, marcado por determinantes sociais, econômicos, culturais e ambientais que devem orientar o planejamento das ações da Atenção Primária à Saúde.

A coexistência de precariedade habitacional, deficiência de saneamento básico e exposição a riscos ambientais, identificada no território investigado, permite compreender que as necessidades de saúde da população não se restringem às condições individuais de adoecimento. Essas vulnerabilidades expressam desigualdades nas condições de vida e na disponibilidade de infraestrutura urbana, exigindo respostas que ultrapassem a capacidade de intervenção isolada dos serviços assistenciais. O relatório da Organização Mundial da Saúde e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (OMS; UNICEF, 2025) demonstra que, apesar dos avanços globais no acesso à água e ao saneamento, persistem desigualdades importantes na distribuição desses serviços, inclusive entre diferentes grupos populacionais e áreas urbanas. No contexto estudado, a presença de esgoto a céu aberto e de moradias estruturalmente vulneráveis reforça a necessidade de incorporar as condições ambientais ao planejamento das ações da Atenção Primária à Saúde, reconhecendo que a exposição aos riscos não ocorre de maneira homogênea entre os moradores.

A identificação dessas condições também evidencia a importância da territorialização como instrumento permanente de

reconhecimento das necessidades de saúde. Mais do que delimitar uma área de abrangência, conhecer o território implica identificar situações de vulnerabilidade, acompanhar suas transformações e reconhecer os recursos disponíveis para o enfrentamento dos problemas identificados. Gondim *et al.* (2008) discutem a territorialização como dimensão estruturante da organização dos serviços e das práticas de vigilância, enquanto Mendes (2012) destaca a importância do conhecimento das necessidades da população para a organização das Redes de Atenção à Saúde. À luz desses referenciais, os achados sugerem que o planejamento das ações no território investigado deve considerar tanto os agravos acompanhados pela unidade quanto às condições sociais e ambientais que interferem na produção do cuidado, favorecendo a definição de prioridades coerentes com a realidade local.

Corroborando com essa perspectiva, Starfield (2002) destaca que a APS, especialmente por meio da Estratégia Saúde da Família, assume papel central na identificação de riscos, na organização do cuidado, na articulação com a vigilância em saúde e na coordenação do cuidado, exigindo intervenções intersetoriais que ultrapassem o modelo assistencial centrado na doença. Assim, a integração entre cuidado clínico, promoção da saúde e ações sobre os determinantes sociais mostra-se fundamental para a efetividade das redes de atenção à saúde no território.

Por fim, a persistência de problemas relacionados ao saneamento, à infraestrutura urbana e à presença de animais potencialmente nocivos à saúde evidencia, ainda, os limites de intervenções centradas exclusivamente na orientação individual. Embora as atividades educativas sejam relevantes, sua efetividade depende também de condições materiais que permitam à população adotar

práticas de proteção à saúde. A Política Nacional de Vigilância em Saúde estabelece a identificação dos determinantes e condicionantes presentes nos territórios como fundamento para a definição de prioridades e para a atuação compartilhada entre diferentes setores (Brasil, 2018). Nesse sentido, os resultados apontam para a necessidade de articulação entre a unidade de saúde, os serviços de vigilância e os setores responsáveis pelo saneamento, pela infraestrutura e pela gestão ambiental. Essa perspectiva amplia a compreensão da responsabilidade sanitária, reconhecendo que a redução das vulnerabilidades depende de intervenções coletivas e de respostas institucionais articuladas, sem transferir exclusivamente às famílias a responsabilidade pelo enfrentamento dos riscos aos quais estão expostas.

4.2. Processo de Trabalho da Atenção Primária à Saúde no Território

No que se refere ao processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde (APS), os dados apontam que a Unidade Básica de Saúde (UBS) constitui importante referência para a população, sendo reconhecida como a principal porta de entrada para o cuidado em saúde, conforme destacado por Starfield (2002).

Diante deste contexto surgem algumas lacunas na APS, muitas vezes as ações desenvolvidas concentram-se predominantemente em atendimentos clínicos e no acompanhamento de condições crônicas, como enfatiza Mendes (2012). De maneira complementar, Vasconcelos *et al.* (2017), no artigo *Educação em saúde na atenção básica: uma análise das ações com hipertensos*, ressalta a relevância das ações educativas e das atividades em grupo no âmbito da APS

como estratégias fundamentais para a promoção da saúde e o cuidado longitudinal.

Nesta perspectiva torna-se relevante o desenvolvimento de atividades coletivas Pereira *et al.* (2026), destaca que as atividades coletivas incluindo rodas de conversa sobre saúde mental e ansiedade, passeios terapêuticos e práticas artísticas e corporais, promovendo escuta, interação social e bem-estar, incentivando o autocuidado e a participação comunitária. Essas vivências ampliaram o conhecimento da equipe sobre as realidades e necessidades da população para além da unidade de saúde, favorecendo a construção de vínculos, a confiança e o desenvolvimento de práticas de cuidado mais próximas e alinhadas ao contexto comunitário.

Além dos benefícios identificados por parte dos profissionais, essa funcionalidade também é reconhecida pelos usuários, que entendem os grupos não apenas como ambientes terapêuticos, mas como ambientes de apoio social e afetivo, onde o compartilhamento de experiências possibilita a identificação entre os participantes e reduz a sensação de isolamento. Além disso, esses espaços frequentemente despertam o interesse dos acompanhantes, que também demonstram desejo de participar das atividades (Oliveira *et al.*, 2025).

Apesar dessas potencialidades, autores como Pinto e Cyrino (2015) evidenciam que as atividades em grupo ainda representam um desafio para os profissionais da Atenção Primária à Saúde, sobretudo em razão de limitações estruturais, sobrecarga de trabalho, cobrança por produtividade e insuficiente apoio da gestão. Esses fatores dificultam a organização do processo de trabalho e,

frequentemente, levam à priorização de atendimentos individuais em detrimento das ações coletivas, como grupos educativos e atividades de promoção da saúde.

Além disso, os autores destacam que a falta de capacitação permanente e de espaços físicos adequados compromete a consolidação das práticas grupais, apesar de seu reconhecido potencial para a educação em saúde e o fortalecimento do cuidado integral na APS. Esse cenário dialoga diretamente com os desafios observados na Estratégia Saúde da Família, contexto ao qual o presente trabalho se refere.

No que se refere às demandas assistenciais, no território em estudo, destacou-se a presença recorrente de subpopulações acometidas por agravos crônicos, como a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus, conforme evidenciado nos relatos, demandando acompanhamento contínuo e ações voltadas à promoção do autocuidado. Entretanto, a elevada demanda assistencial, associada ao número reduzido de profissionais, compromete a ampliação de ações preventivas e coletivas. Esse contexto evidencia tensões entre o modelo assistencial ainda centrado na clínica e a proposta da APS como coordenadora do cuidado e ordenadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

A presença recorrente de pessoas com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, reforça a importância da longitudinalidade como atributo fundamental da Atenção Primária à Saúde. O acompanhamento dessas condições exige mais do que consultas periódicas e intervenções farmacológicas, envolvendo o reconhecimento das necessidades individuais, das condições familiares e das possibilidades concretas de adesão às orientações

terapêuticas. Starfield (2002) destaca que a continuidade da relação entre profissionais e usuários favorece o conhecimento das necessidades de saúde e a coordenação do cuidado ao longo do tempo. Mendes (2012), por sua vez, ressalta que a organização das redes assistenciais deve considerar as demandas relacionadas às condições crônicas, cuja abordagem requer acompanhamento contínuo e integração entre diferentes pontos de atenção. No território investigado, a associação entre elevada demanda assistencial e limitações no quantitativo de profissionais representa um desafio para a consolidação dessas práticas, especialmente quando as necessidades clínicas coexistem com vulnerabilidades sociais e ambientais.

A concentração das atividades em atendimentos individuais também merece atenção quanto às possibilidades de reorganização do processo de trabalho. A realização de consultas constitui componente indispensável da assistência, mas não substitui as estratégias coletivas de promoção da saúde, prevenção de agravos e acompanhamento das necessidades identificadas no território. O referencial de monitoramento da Atenção Primária à Saúde desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (OMS; UNICEF, 2022) reconhece a integração dos serviços, a participação comunitária e a organização de práticas centradas nas pessoas como dimensões fundamentais para o fortalecimento da atenção primária. Considerando os resultados encontrados, a ampliação de atividades educativas, visitas domiciliares planejadas e espaços de acompanhamento coletivo poderia contribuir para diversificar as respostas assistenciais. Entretanto, sua implementação depende de condições adequadas de trabalho, disponibilidade de profissionais e apoio institucional,

evitando que novas atribuições sejam incorporadas sem a correspondente reorganização dos recursos existentes.

Para contribuir com a efetivação desse processo de trabalho, pode-se utilizar de ferramentas como a prescrição social, essa estratégia de cuidado conecta os usuários a recursos de apoio comunitário, visando à promoção da saúde e do bem-estar, considerando a influência dos determinantes sociais, econômicos e ambientais no processo saúde-doença. Essa tecnologia contribui e potencializa as ações já exercidas na APS e se alinha às diretrizes de políticas como Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) e da Política Nacional de Humanização (PNH), estimulando a clínica ampliada, intersetorialidade, territorialização e autonomia (Oliveira; Carvalho; Paiz, 2026).

4.3. Atuação dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Endemia

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) desempenham papel central na mediação entre a Unidade Básica de Saúde (UBS) e a comunidade, sendo responsáveis pelo acompanhamento domiciliar, identificação de vulnerabilidades, orientação às famílias e fortalecimento do vínculo com o serviço de saúde, conforme atribuições previstas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2017).

Entretanto, foi identificada a insuficiência do número de ACS para a cobertura adequada do território, o que limita a frequência das visitas domiciliares e compromete a capacidade de vigilância contínua das condições de vida da população. Segundo Facchini *et al.* (2025), estudos internacionais realizados no Quênia e no Reino

Unido evidenciaram a melhora dos resultados da vigilância em saúde com a atuação das ACS, evidenciando a importância da atuação desses profissionais.

A insuficiência de Agentes Comunitários de Saúde identificada no território merece ser analisada para além de seus efeitos sobre a frequência das visitas domiciliares. A presença desses profissionais nas comunidades possibilita reconhecer mudanças nas condições de vida das famílias, identificar dificuldades de acesso aos serviços e estabelecer relações de confiança que favorecem a continuidade do acompanhamento. Quando a cobertura territorial se mostra insuficiente, essas possibilidades podem ser reduzidas, especialmente em áreas marcadas por vulnerabilidades socioambientais. A Política Nacional de Atenção Básica reconhece a territorialização, o vínculo e a responsabilização sanitária como fundamentos da organização do trabalho das equipes (Brasil, 2017). Dessa forma, os resultados sugerem que a insuficiência de profissionais não representa apenas uma limitação operacional, mas uma condição que pode comprometer a capacidade da APS de reconhecer oportunamente necessidades de saúde e desenvolver intervenções ajustadas às particularidades da população.

Além da insuficiência de ACS, destaca-se a ausência de Agentes de Combate às Endemias (ACE) no território, fator que fragiliza as ações sistemáticas de vigilância ambiental, controle de vetores e educação em saúde relacionadas às endemias. Essa lacuna torna-se especialmente preocupante diante das condições ambientais observadas, como a presença de esgoto a céu aberto, acúmulo de resíduos sólidos e ocorrência de animais peçonhentos. A inexistência de atuação regular dos ACE compromete a integralidade das ações

de Vigilância em Saúde e reforça a sobrecarga das equipes da Atenção Primária à Saúde.

No que se refere à atuação desses profissionais, Pedebos, Rocha e Tomasi (2018) enfatizam a importância desses profissionais como elo entre a unidade de saúde e a comunidade, destacando sua contribuição na vigilância do território e na continuidade do cuidado. Os autores também demonstram que os profissionais reconhecem a importância de seu trabalho, compreendendo que muito além de vigilância dos problemas do território ele também é pautado em orientação e prevenção de doenças.

De forma complementar, em um estudo realizado por Facchini *et al.* 2025, que buscou compreender e descrever os desafios da integração entre a Vigilância em Saúde (VS) e as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) demonstrou que a articulação entre Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes de Combate às Endemias (ACE) demonstrou resultados positivos no enfrentamento ao Aedes aegypti, por meio de atividades educativas e monitoramento de focos do vetor. Já em Campo Grande, Mato Grosso do Sul, a integração dos ACE às equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) favoreceu a atuação interprofissional e o compartilhamento de informações, contribuindo para o fortalecimento da vigilância e para a resposta às necessidades epidemiológicas da população. Sendo assim, a integração eficaz entre ACS e equipe favorece intervenções em saúde mais efetivas e contribui para a melhoria da percepção sobre a qualidade do processo de trabalho.

A ausência de atuação regular dos Agentes de Combate às Endemias, associada aos riscos ambientais observados, evidencia

outra dimensão da fragilidade organizacional do território. Embora ACS e ACE possuam atribuições específicas, suas atividades apresentam possibilidades de complementaridade na identificação de riscos, no desenvolvimento de ações educativas e na comunicação de situações que exigem intervenção dos serviços de vigilância. A Política Nacional de Vigilância em Saúde estabelece a integração dos processos de trabalho e o compartilhamento de informações como estratégias necessárias à proteção da saúde da população (Brasil, 2018). No cenário investigado, a articulação entre esses profissionais poderia favorecer o reconhecimento de situações relacionadas ao acúmulo de resíduos, à exposição a animais peçonhentos e às condições inadequadas de saneamento. Contudo, a efetividade dessa integração depende de planejamento conjunto, definição de responsabilidades e suporte institucional, não sendo suficiente atribuir às equipes da APS demandas que exigem atuação de outros componentes da rede de serviços.

4.4. Articulação Entre Atenção Primária à Saúde e Vigilância em Saúde

A articulação entre a Atenção Primária à Saúde (APS) e a Vigilância em Saúde mostrou-se fragilizada. De acordo com os relatos, a comunicação com a Vigilância Sanitária é precária, tendo sido registrada apenas uma visita ao serviço de saúde há aproximadamente dois anos, com finalidade restrita à liberação do funcionamento da unidade, sem continuidade ou troca sistemática de informações sobre os acontecimentos do território.

No âmbito da Vigilância Epidemiológica, a comunicação ocorre predominantemente por meio de comunicados internos relacionados a fluxos de atendimento e notificações compulsórias,

sem devolutiva territorial ou compartilhamento de análises sobre os agravos identificados na área de abrangência. Essa ausência de retroalimentação limita o planejamento conjunto e enfraquece a corresponsabilização entre os diferentes componentes da Vigilância em Saúde e a APS, contrariando o princípio da integração das ações de vigilância e cuidado preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Diante desse cenário, Dias *et al.* (2012) destacam que a incorporação efetiva da Vigilância em Saúde Ambiental e do Trabalhador exige mudanças no processo de trabalho, fortalecimento do apoio matricial, investimento em educação permanente e maior integração entre as equipes da APS, as vigilâncias especializadas e outras instâncias do SUS, de modo a qualificar o cuidado integral e promover a saúde nos territórios. De forma convergente, Teixeira *et al.* (2020) ressaltam que o fortalecimento da APS requer reorganização do processo de trabalho, educação permanente e maior apoio da gestão, a fim de consolidar um modelo de atenção integral, resolutivo e orientado às necessidades da população. Nessa perspectiva Lima (2026), destaca a importância de planejar ações a partir da observação das características e necessidades encontradas no território considerando as vulnerabilidades identificadas e os diferentes determinantes sociais que influenciam as condições de saúde da população. Além disso, enfatiza a integração entre os profissionais e a articulação com outros setores, de modo a favorecer o desenvolvimento de ações mais coordenadas e adequadas à realidade local.

Essas reflexões também são enfatizadas por Oliveira e Casanova (2009), no artigo *Vigilância da saúde no espaço de práticas da atenção básica*, no qual as autoras discutem a reorganização do

processo de trabalho na Atenção Básica a partir do paradigma da Vigilância da Saúde, defendendo a superação de modelos assistenciais fragmentados e centrados na doença.

O estudo destaca o território como lócus privilegiado de atuação para a identificação de problemas, necessidades de saúde e determinantes sociais, bem como a importância da integração entre ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e assistência. As autoras ressaltam ainda que a articulação entre as vigilâncias epidemiológica, ambiental e sanitária, aliada ao trabalho interdisciplinar e intersetorial, favorece respostas mais efetivas às demandas da população e fortalece a integralidade do cuidado.

Entretanto, os achados do presente estudo evidenciam que essa integração ainda não se concretiza plenamente na prática, uma vez que a troca de informações entre a APS e os diferentes componentes da Vigilância em Saúde permanece limitada, revelando a persistência de redes fragmentadas e desafios para a consolidação de um modelo de atenção integral no território.

Essa fragilidade também se expressa na forma como as informações são compartilhadas, uma vez que a comunicação predominantemente restrita ao encaminhamento de notificações e orientações administrativas revela uma dimensão importante da fragmentação identificada no processo de trabalho. Embora o registro e a transmissão de informações sejam indispensáveis à vigilância, sua utilização para o planejamento local depende da análise dos dados e da devolutiva às equipes responsáveis pelo acompanhamento da população. Oliveira e Casanova (2009) discutem a vigilância da saúde como possibilidade de reorganização das práticas da atenção básica, articulando o reconhecimento das

necessidades territoriais às intervenções assistenciais e coletivas. Essa compreensão também está presente na Política Nacional de Vigilância em Saúde, que define a coleta, a análise e a disseminação de informações como componentes de um processo contínuo voltado à identificação de riscos e à implementação de medidas de saúde pública (Brasil, 2018). No território estudado, a ausência de devolutivas sistemáticas pode limitar a utilização das informações epidemiológicas na definição de prioridades, mantendo uma distância entre a produção dos registros e sua aplicação concreta no cotidiano dos serviços.

Diante dessas limitações, a superação dessa fragmentação exige mecanismos permanentes de comunicação e corresponsabilização entre a APS e os diferentes componentes da Vigilância em Saúde. Reuniões periódicas, análise compartilhada de situações prioritárias e elaboração conjunta de estratégias de intervenção constituem possibilidades de organização do trabalho que podem aproximar as informações produzidas pelos serviços das necessidades identificadas pela equipe. Dias *et al.* (2009) destacam a importância da integração das ações de saúde ambiental e saúde do trabalhador à atenção primária, considerando as relações entre condições de vida, trabalho e adoecimento. Sob essa perspectiva, os resultados deste estudo indicam que o fortalecimento da vigilância territorial depende não apenas da ampliação de recursos humanos, mas também da construção de fluxos institucionais que assegurem continuidade às ações e retorno das informações aos profissionais envolvidos. A integração, portanto, deve ser compreendida como uma prática cotidiana de planejamento e intervenção compartilhada, e não somente como uma diretriz formal estabelecida pelas políticas de saúde.

4.5. Rede Comunitária e Intersetorialidade Como Potencialidade

Apesar das fragilidades identificadas, o território apresenta importantes potencialidades, com destaque para a atuação da entidade comunitária Casa da Sopa. A instituição desenvolve atividades assistenciais, culturais e de promoção da saúde, como distribuição de alimentos, oficinas de artesanato, práticas esportivas e manutenção de horta comunitária, configurando-se como um ponto de apoio fundamental para famílias em situação de vulnerabilidade. Nesse sentido, um estudo realizado por Martins *et al.* (2024), observou que estudantes brasileiros que estudavam em instituições onde havia integração entre os setores de saúde e educação tinham maior aceitação da Atenção Primária à Saúde como seu principal local de atendimento e acompanhamento de saúde.

A parceria entre a entidade, as Agentes Comunitárias de Saúde e outros atores sociais, como a Pastoral da Saúde e grupos voluntários, evidencia a possibilidade de fortalecimento da intersetorialidade e da participação comunitária. No entanto, estudos trazidos por Silva e Tavares (2016) destacam que a intersetorialidade não ocorre de forma efetiva, embora muitas vezes as equipes reconheçam a importância do trabalho intersetorial. Por vezes a intersetorialidade ainda é interpretada de forma limitada pelos profissionais, sendo muitas vezes associada a ações pontuais e à oferta de benefícios. Esse cenário evidencia a necessidade de fortalecer uma cultura de organização com base na corresponsabilização e no trabalho coletivo entre os setores (Sousa *et al.,* 2025).

Outros estudos de Silva e Rodrigues (2010) enfatizam as experiências, desafios e possibilidades nas ações intersetoriais para

promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família. No território estudado, observa-se que, embora existam iniciativas de articulação entre diferentes atores, ainda persistem fragilidades. De acordo com Silva e Tavares (2016) alguns fatores podem comprometer e limitar a realização dessas ações, entre as quais pode-se destacar a cobrança por metas e indicadores de produtividade, melhores condições estruturais e uma gestão participativa e que valorize tais práticas.

Outro fator limitador compreende a chamada unilateralidade da gestão. A centralização do gerenciamento e da tomada de decisões em um único setor leva as secretarias e serviços municipais a atuarem de forma independente, sem reconhecer a corresponsabilidade de outras instituições e setores na identificação e solução conjunta dos problemas sociais, ocasionando em ações fragmentadas e limitadas, dificultando o atendimento integral das demandas de saúde da população do território (Silva *et al , 2024).* Esse fator limitador também foi identificado por Sousa, *et al* 2025, em um estudo sobre acesso das gestantes em programas sociais , onde se identificou que as ações intersetoriais ocorriam de maneira restrita e dissociadas, o que corrobora com a necessidade do fortalecimento de integração entre serviços para o avanço das políticas públicas.

A atuação da Casa da Sopa e sua articulação com as Agentes Comunitárias de Saúde e outros atores sociais representam uma potencialidade importante do território, especialmente diante das vulnerabilidades identificadas. As atividades desenvolvidas pela entidade, como distribuição de alimentos, oficinas, práticas esportivas e manutenção de horta comunitária, demonstram a existência de iniciativas locais que ultrapassam a assistência imediata e contribuem para a construção de espaços de convivência

e apoio social. Silva e Rodrigues (2010) discutem que as ações intersetoriais na Estratégia Saúde da Família apresentam possibilidades relevantes para a promoção da saúde, embora sua implementação seja atravessada por dificuldades relacionadas à articulação entre instituições e setores. No contexto investigado, a presença de uma organização comunitária ativa constitui uma oportunidade para aproximar as práticas da APS das experiências e necessidades da população, reconhecendo os recursos sociais existentes como componentes importantes do cuidado territorial.

Entretanto, é importante considerar que a existência de iniciativas comunitárias não significa, por si só, a consolidação de uma atuação intersetorial. Para que essas experiências contribuam de maneira contínua para o enfrentamento das vulnerabilidades, torna-se necessário estabelecer formas de comunicação, planejamento e participação que respeitem as atribuições e a autonomia dos diferentes atores envolvidos. Silva e Tavares (2016) identificam potencialidades e dificuldades no desenvolvimento de ações intersetoriais pelas equipes da Estratégia Saúde da Família, evidenciando a distância que pode existir entre o reconhecimento de sua importância e sua efetivação no cotidiano dos serviços. A Política Nacional de Vigilância em Saúde também reconhece a participação comunitária e a cooperação intersetorial como princípios relevantes para a atuação sobre os determinantes da saúde (Brasil, 2018). Assim, os resultados apontam que o fortalecimento das relações entre a UBS, a Casa da Sopa e as demais organizações presentes no território pode contribuir para a construção de respostas mais próximas da realidade local. Essa articulação, contudo, deve complementar as responsabilidades do poder público, sem substituir a garantia de serviços, infraestrutura e condições adequadas de atenção à saúde.

5. CONCLUSÃO/CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo evidenciou que o território analisado apresenta vulnerabilidades socioambientais que demandam ações articuladas entre a Atenção Primária à Saúde e a Vigilância em Saúde. Embora a APS se configure como referência de cuidado, a insuficiência de recursos humanos e a fragilidade da integração intersetorial limitam a efetividade das ações.

O fortalecimento do processo de trabalho na APS requer ampliação das equipes, integração efetiva com a Vigilância em Saúde, valorização do papel dos Agentes Comunitários de Saúde e recomposição da atuação dos Agentes de Combate às Endemias. Ademais, a articulação com a rede comunitária mostra-se estratégica para o desenvolvimento de práticas intersetoriais e para a promoção da saúde no território.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARREAZA, Antonio Luis Vicente; MORAES, José Cássio de. Vigilância da saúde: fundamentos, interfaces e tendências. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 2215–2228, jul. 2010. DOI: https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000400036. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/nC4LpHzs3bS7RVztSq8SZnc/?lang=pt. Acesso em: 2 out. 2026.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 588, de 12 de julho de 2018. Institui a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS). Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, 2018. Disponível em: https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/atos-normativos/resolucoes/2018/resolucao-no-588.pdf. Acesso em: 10 nov. 2026.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: https://www2.camara.leg.br/legin/fed/consti/1988/constituicao-1988-5-outubro-1988-322142-publicacaooriginal-1-pl.html. Acesso em: 2 out. 2026.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1990. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=208299. Acesso em: 2 out. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Asis: análise de situação de saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. v. 1: Livro texto. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/asis_analise_situacao_saude_volume_1.pdf. Acesso em: 7 out. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 2 out. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Ações Estratégicas de Epidemiologia e Vigilância em Saúde e Ambiente. *Guia de vigilância em saúde: volume 1*. 6. ed. rev. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_6edrev_v1.pdf. Acesso em: 11 nov. 2026.

COIMBRA JR., Carlos E. A.; SANTOS, Ricardo Ventura; CARDOSO, Andrey Moreira. *Processos de saúde e doença em populações indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007. Disponível em: https://books.scielo.org/id/fyyqb/pdf/barros-9788575415870-04.pdf. Acesso em: 4 out. 2026.

DIAS, Elizabeth Costa *et al*. Saúde ambiental e saúde do trabalhador na atenção primária à saúde, no SUS: oportunidades e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 6, p. 2061–2070, 2009. DOI: https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000600013. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000600013. Acesso em: 6 out. 2026.

FACCHINI, Luiz Augusto *et al.* Saúde da Família e Vigilância em Saúde: é possível integrar? *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 12, e09932025, 2025. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-812320253012.09932025. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/3nDxY8Bvrt4w5QzWHXqmyQx/?lang=pt. Acesso em: 8 nov. 2026.

GONDIM, Grácia Maria de Miranda *et al.* O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. In: MIRANDA, Ary Carvalho de *et al.* (org.). *Território, ambiente e saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 237–255. Disponível em: https://www.epsjv.fiocruz.br/upload/ArtCient/20.pdf. Acesso em: 4 out. 2026.

GOTTMANN, Jean. *The significance of territory*. Charlottesville: University Press of Virginia, 1973.

LIMA, João Manoel Lopes de *et al.* Promoção da saúde na atenção primária do SUS: território, determinantes sociais, equidade e fortalecimento da Estratégia Saúde da Família. *Revista Tópicos*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 38, p. 1–187, 2026. DOI: https://doi.org/10.70773/revistatopicos/792086917. Disponível em: https://revistatopicos.com.br/artigos/promocao-da-saude-na-atencao-primaria-do-sus-territorio-determinantes-sociais-equidade-e-fortalecimento-da-estrategia-saude-da-familia. Acesso em: 11 nov. 2026.

MARTINS, Maísa Mônica Flores *et al.* Ações intersetoriais e o reconhecimento de uma fonte de cuidado da atenção primária por adolescentes brasileiros. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 40, n. 10, e00195923, 2024. DOI: https://doi.org/10.1590/0102-311XPT195923. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/FKgHxZLTgvKqK69Q8XNkPSC/?lang=pt. Acesso em: 8 nov. 2026.

MENDES, Eugênio Vilaça. *As redes de atenção à saúde*. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. Disponível em: https://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/redesAtencao.pdf. Acesso em: 4 out. 2026.

MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Túlio Batista. Trabalho em saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França (org.). *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 427–432. Disponível em: https://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/Dicionario2.pdf. Acesso em: 7 out. 2026.

OLIVEIRA, Cátia Martins; CASANOVA, Ângela Oliveira. Vigilância da saúde no espaço de práticas da atenção básica. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 929–936, 2009. DOI: https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000300029. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000300029. Acesso em: 7 out. 2026.

OLIVEIRA, Laura Suelen Honorio; BREZOLIN, Renan de Lima. Grupos terapêuticos na atenção primária segundo a percepção dos usuários. *Divers@!*, v. 18, n. 1, 2025. DOI: https://doi.org/10.5380/diver.v18i1.98726. Disponível em: https://revistas.ufpr.br/diver/article/view/98726. Acesso em: 10 nov. 2026.

OLIVEIRA, Mateus Regaçoni de; CARVALHO, Manoela; PAIZ, Laís Moraes. *Prescrição social na APS: um guia prático para conectar cuidado e comunidade no SUS*. 2026. Recurso educacional (Produto gerado no Mestrado Profissional PROFSAÚDE) – Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista (UNESP), Botucatu, 2026. Disponível em: https://hdl.handle.net/11449/323801. Acesso em: 7 nov. 2026.

PEDEBOS, Lucas Alexandre; ROCHA, Dayana Karla; TOMASI, Yaná. A vigilância do território na atenção primária: contribuição do agente comunitário na continuidade do cuidado. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n. 119, p. 940–951, out./dez. 2018. DOI: https://doi.org/10.1590/0103-1104201811912. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0103-1104201811912. Acesso em: 6 out. 2026.

PEREIRA VASCONCELOS NETO, T. *et al.* Territorialização em saúde: vivências, desafios e potencialidades em um território da Atenção

Primária. *Caderno de Ciências e Saúde do Semiárido*, v. 2, n. 1, 16 jul. 2026. DOI: https://doi.org/10.66761/k0r9np05. Disponível em: https://cienciasaudesemiarido.com.br/ccss/pt_BR/article/view/10. Acesso em 8 nov. 2026.

PINTO, Tiago Rocha; CYRINO, Eliana Goldfarb. Com a palavra, o trabalhador da Atenção Primária à Saúde: potencialidades e desafios nas práticas educacionais. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 19, supl. 1, p. 765–777, 2015. DOI: https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0991. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0991. Acesso em: 7 out. 2026.

SILVA, Denise Alves José da; TAVARES, Maria de Fátima Lobato. Ação intersetorial: potencialidades e dificuldades do trabalho em equipes da Estratégia Saúde da Família na cidade do Rio de Janeiro. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 40, n. 111, p. 193–205, out./dez. 2016. DOI: https://doi.org/10.1590/0103-1104201611115. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0103-1104201611115. Acesso em: 7 out. 2026.

SILVA, Geovânio Cadete da *et al.* Intersetorialidade em saúde e os desafios da Atenção Primária. *Revista JRG de Estudos Acadêmicos*, v. 7, n. 15, 2024. DOI: https://doi.org/10.55892/jrg.v7i15.1572. Disponível em: https://revistajrg.com/index.php/jrg/article/view/1572. Acesso em: 11 nov. 2026.

SILVA, Kênia Lara; RODRIGUES, Andreza Trevenzoli. Ações intersetoriais para promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: experiências, desafios e possibilidades. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 63, n. 5, p. 762–769, set./out. 2010. DOI: https://doi.org/10.1590/S0034-71672010000500011. Disponível em:

https://www.scielo.br/j/reben/a/FqzM4D9v75DcPdNrRZJ7NxP/abstract/?lang=pt. Acesso em: 7 out. 2026.

SOUSA, Leonardo Honorato de *et al.* Atenção primária à saúde (APS) e intersetorialidade: desafios e implicações para o acesso das gestantes ao Programa de Atenção à Primeira Infância (PAI) em uma unidade básica de saúde no sertão da Paraíba. *Revista Foco*, v. 18, n. 12, e10889, 2025. DOI: https://doi.org/10.54751/revistafoco.v18n12-063. Disponível em: https://ojs.focopublicacoes.com.br/foco/article/view/10889. Acesso em: 9 nov. 2026.

STARFIELD, Barbara. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília, DF: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002. 726 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf. Acesso em: 4 out. 2026.

TEIXEIRA, Maria Glória *et al.* Reorganização da atenção primária à saúde para vigilância universal e contenção da COVID-19. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 29, n. 4, e2020494, 2020. DOI: https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000400015. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ress/a/P9w3DZSdrQGHDbjDxGnQ8HM/?lang=pt. Acesso em: 11 nov. 2026.

VASCONCELOS, Maristela Inês Osawa *et al.* Educação em saúde na atenção básica: uma análise das ações com hipertensos. *Revista de APS*, v. 20, n. 2, p. 253–262, 2017. DOI: https://doi.org/10.34019/1809-8363.2017.v20.15943. Disponível em:

https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15943. Acesso em: 10 out. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION; UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND. *Primary health care measurement framework and indicators: monitoring health systems through a primary health care lens*. Geneva: WHO, 2022. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789240044210. Acesso em: 10 nov. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION; UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND. *Progress on household drinking-water, sanitation and hygiene 2000–2024: special focus on inequalities*. Geneva: WHO; UNICEF, 2025. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789240115149. Acesso em: 10 nov. 2026.

---

[1] Mestre em Saúde da Família Universidade Federal do Paraná (UFPR) Ponta Grossa, PR, Brasil E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail. ORCID: https://orcid.org/0000-0002-4242-8318

[2] Graduada em enfermagem pela Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG). Enfermeira residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva da Secretaria Municipal de Saúde de Ponta Grossa, Ponta Grossa, Paraná, Brasil. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail. ORCID: https://orcid.org/0009-0009-0606-3225

[3] Graduada em enfermagem pela Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG). Enfermeira residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva da Secretaria Municipal de

Saúde de Ponta Grossa, Ponta Grossa, Paraná, Brasil. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail. ORCID: https://orcid.org/0009-0001-0609-7785

[4] Graduada em enfermagem pela Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG). Enfermeira residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva da Secretaria Municipal de Saúde de Ponta Grossa, Ponta Grossa, Paraná, Brasil. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail. ORCID: https://orcid.org/0009-0004-9820-2811

[5] Graduada em enfermagem pela Universidade Estadual do Norte do Paraná (UENP), Campus Bandeirantes. Enfermeira residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva da Secretaria Municipal de Saúde de Ponta Grossa, Ponta Grossa, Paraná, Brasil. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail. ORCID: https://orcid.org/0009-0008-9073-1128

[6] Graduada em enfermagem pela Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG). Enfermeira residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva da Secretaria Municipal de Saúde de Ponta Grossa, Ponta Grossa, Paraná, Brasil. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail. ORCID: https://orcid.org/0009-0000-4697-6429

[7] Doutorando em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail. ORCID: https://orcid.org/0000-0001-8451-5439

[8] Doutora em Filosofia da Enfermagem. Professora titular da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), vinculada ao Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Saúde Pública e Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC), Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail. ORCID: https://orcid.org/0000-0001-7407-6786

[9] Graduada em Enfermagem pela Universidade Cesumar (UniCesumar). Enfermeira residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva da Secretaria Municipal de Saúde de Ponta Grossa, Ponta Grossa, Paraná, Brasil. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail. ORCID: https://orcid.org/0009-0009-0315-6565