



**ESTADO DE RONDÔNIA
PREFEITURA DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE OURO PRETO DO OESTE
GABINETE DO PREFEITO**

PROJETO DE LEI Nº 3467

23 DE ABRIL DE 2026

Dispõe sobre a atualização da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) do cargo de Agente Comunitário de Saúde no âmbito do Município de Ouro Preto do Oeste/RO e dá outras providências.

O PREFEITO DO MUNICÍPIO DE OURO PRETO DO OESTE, Estado de Rondônia, no uso de suas atribuições legais, conferidas pela Lei Orgânica Municipal e pela Constituição Federal, faz saber que a Câmara Municipal aprova e ele sanciona a seguinte Lei:

Art. 1º. Fica atualizada, no âmbito da Administração Pública Municipal, a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) do cargo de Agente Comunitário de Saúde, em conformidade com as normas federais vigentes.

Art. 2º. Os Agentes Comunitários de Saúde que possuem formação técnica específica terão sua referência funcional vinculada ao código CBO 3222-55 — Técnico em Agente Comunitário de Saúde, conforme a Portaria nº SAPS/MS nº 31, de 14 de maio de 2024, a Nota Técnica nº 13/2025-CGESCO/DESCO/SAPS/MS e a Nota Técnica nº 27/2024-CGESCO/DESCO/SAPS/MS.

Art. 3º. Os Agentes Comunitários de Saúde que não possuem formação técnica permanecerão vinculados ao código CBO 5151-05 — Agente Comunitário de Saúde, até a conclusão do curso técnico correspondente.

Art. 4º. A atualização da CBO prevista nesta Lei tem como finalidade adequar o enquadramento funcional dos servidores às disposições da Lei Federal nº 11.350, de 5 de outubro de 2006 e suas posteriores alterações.





ESTADO DE RONDÔNIA
PREFEITURA DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE OURO PRETO DO OESTE
GABINETE DO PREFEITO

Art. 5º. Permanecem inalteradas as atribuições, a jornada de trabalho, os requisitos de ingresso e as demais condições previstas na legislação municipal vigente, ressalvadas as atividades específicas autorizadas pela legislação federal aplicável aos Agentes Comunitários de Saúde com formação técnica.

Art. 6º. O Agente Comunitário de Saúde com formação técnica poderá executar, no exercício de suas funções, as seguintes atividades, em caráter excepcional:

I – Aferir a pressão arterial durante visita domiciliar, devendo encaminhar o usuário à unidade de saúde de referência;

II – Medir a glicemia capilar durante visita domiciliar, devendo encaminhar o usuário à unidade de saúde de referência;

III – Aferir a temperatura axilar durante visita domiciliar, devendo encaminhar o usuário à unidade de saúde de referência, quando necessário;

IV – Orientar e prestar apoio, em domicílio, para a correta administração de medicamentos a pacientes em situação de vulnerabilidade;

V – Realizar a verificação de dados antropométricos.

Parágrafo único. As atividades previstas neste artigo deverão observar integralmente o disposto na Lei Federal nº 11.350, de 5 de outubro de 2006 e suas posteriores alterações, bem como as diretrizes técnicas do Ministério da Saúde.

Art. 7º. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

JUAN ALEX TESTONI
PREFEITO





ESTADO DE RONDÔNIA
PREFEITURA DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE OURO PRETO DO OESTE
GABINETE DO PREFEITO

MENSAGEM Nº 3282/2026

Honra-nos encaminhar o Projeto de Lei nº 3466 de 23 de abril de 2026, que " **Dispõe sobre a atualização da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) do cargo de Agente Comunitário de Saúde no âmbito do Município de Ouro Preto do Oeste/RO e dá outras providências**", para que seja submetida à elevada apreciação desta Augusta Casa de Leis.

Encaminhamos a presente solicitação visando à adequação legal e administrativa do cargo de Agente Comunitário de Saúde (ACS) no âmbito deste município, fundamentada nas recentes atualizações legislativas federais e nas diretrizes nacionais de atuação integrada.

A regulamentação das atividades de ACS e de Agentes de Combate às Endemias (ACE) é regida pela Lei nº 11.350/2006, que sofreu alterações significativas pela Lei nº 13.595/2018, reformulando atribuições e condições de trabalho. Adicionalmente, a Lei nº 14.536/2023 passou a considerar os ACS e ACE como profissionais de saúde, com profissões regulamentadas.

Ressalta-se que o gestor local do SUS possui a responsabilidade de dispor sobre a criação dos cargos ou empregos públicos e demais aspectos inerentes à atividade, respeitando as normas federais. Atualmente, o Ministério da Saúde promove a qualificação técnica desses profissionais por meio do programa Mais Saúde com Agente, visando habilitá-los para novas funções de maior complexidade.

Com base na Diretriz Nacional para Atuação Integrada e na Lei nº 11.350/2006, as atribuições do cargo devem ser estruturadas da seguinte forma:

- Atividades Precípua: Realização de visitas domiciliares rotineiras para busca ativa de pessoas com sinais ou sintomas de doenças e agravos, com o devido encaminhamento à unidade de saúde de referência.
- Atribuições Típicas: Utilização de instrumentos para diagnóstico demográfico e sociocultural; detalhamento das visitas com registro de dados; mobilização comunitária; e acompanhamento de grupos específicos (gestantes, lactantes, crianças, adolescentes, idosos, pessoas em sofrimento psíquico e dependentes químicos).
- Atribuições Técnicas (Condicionaladas à Formação Técnica e Equipamentos): Desde que o profissional possua o curso técnico e equipamentos adequados, e sob supervisão de profissional de nível superior, o ACS poderá realizar:
 1. Aferição da pressão arterial.
 2. Medição de glicemia capilar.
 3. Aferição de temperatura axilar.
 4. Verificação antropométrica.





ESTADO DE RONDÔNIA
PREFEITURA DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE OURO PRETO DO OESTE
GABINETE DO PREFEITO

5. Orientação para administração de medicação em pacientes vulneráveis.
- Atuação Integrada e Compartilhada: Participação no planejamento e mapeamento territorial; orientação da comunidade sobre manejo ambiental para controle de vetores; e execução de ações integradas com a vigilância em saúde e os ACE em situações de mutirões ou campanhas.

Para o exercício das atividades, o candidato deve residir na área da comunidade em que atuar desde a data de publicação do edital, ter concluído o ensino médio e concluído, com aproveitamento, o curso de formação inicial de quarenta horas.

Assim, com este intuito é que sujeitamos a presente matéria, à apreciação dos Senhores Vereadores, aguardando desde já, a sua aprovação do presente Projeto de Lei.

Gabinete do Prefeito, Ouro Preto do Oeste/RO, 23 de abril de 2026.

JUAN ALEX TESTONI
PREFEITO





ESTADO DE RONDÔNIA
PREFEITURA DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE OURO PRETO DO OESTE
GABINETE DO PREFEITO

Ofício n.131 /GAB/2026

Ouro Preto do Oeste-RO, 23 de abril 2026.

À Sua Excelência, o Senhor
GILVANE FERNANDES DA SILVA
Presidente da Câmara
Municipal Ouro Preto do
Oeste – RO.

Excelentíssimo Senhor Presidente

Honra-nos encaminhar o Projeto de Lei nº 3467 de 23 de abril de 2026, que "**Dispõe sobre a atualização da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) do cargo de Agente Comunitário de Saúde no âmbito do Município de Ouro Preto do Oeste/RO e dá outras providências**", para que seja submetido à elevada apreciação desta Augusta Casa de Leis, na oportunidade, renovamos os protestos de elevada estima e consideração.

Atenciosamente,

JUAN ALEX TESTONI
PREFEITO





Município de Ouro Preto do Oeste

04.380.507/0001-79

Praça da Liberdade

www.ouropretodoeste.ro.gov.br

FICHA CADASTRAL DO DOCUMENTO ELETRÔNICO

Tipo do Documento	Identificação/Número	Data
Projeto de Lei	3467	23/04/2026

ID:	1571744	Processo	Documento
CRC:	0A02C0B1		
Processo:	1-1318/2026		
Usuário:	Kelle Aparecida Lucas dos Santos		
Criação:	23/04/2026 12:42:39	Finalização:	23/04/2026 12:45:01

MD5:	7CBCF831B9F6D39D5CF7BE93FA7F6310
SHA256:	699214240E3C5323812ACD320ABBC3105D676BC9247ACDD1BA3E888E88C71E8F

Súmula/Objeto:

Dispõe sobre a atualização da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) do cargo de Agente Comunitário de Saúde no âmbito do Município de Ouro Preto do Oeste/RO e dá outras providências.

INTERESSADOS

SEMSAU - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	OURO PRETO DO OESTE	RO	23/04/2026 12:42:39
--	---------------------	----	---------------------

ASSUNTOS

CRIAÇÃO DE PROJETO DE LEI	23/04/2026 12:42:39
---------------------------	---------------------

ANEXOS

Cópia Integral de Processo Administrativo 1318	23/04/2026	1571802
--	------------	---------

ASSINATURAS ELETRÔNICAS

 Juan Alex Testoni	Prefeito (a)	23/04/2026 12:50:22
--	--------------	---------------------

Assinado na forma do Decreto Municipal nº 13.714/2020.

A autenticidade deste documento pode ser conferida através do QRCode acima ou ainda através do site transparencia.ouropretodoeste.ro.gov.br informando o ID 1571744 e o CRC 0A02C0B1.



Município de Ouro Preto do Oeste

04.380.507/0001-79

Praça da Liberdade

www.ouropretodoeste.ro.gov.br

FICHA DO PROCESSO ELETRÔNICO

PROCESSO ADMINISTRATIVO

1-1318/2026

Abertura: 06 de abril de 2026 (segunda-feira) às 11:59:36 hs

Interessado: SEMSAU - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Assunto: CRIAÇÃO DE PROJETO DE LEI

Unidade: SEMSAU - SECRETARIA MUN. DE SAÚDE

Súmula/Objeto:

Criação de Projeto de Lei para atualização da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) aplicável aos cargos de Agente Comunitário de Saúde e Agente de Combate às Endemias no âmbito do Município.

TRÂMITES / MOVIMENTAÇÕES

Seq.	Origem	Destino	Envio	Recebimento
1	SEMSAU - SECRETARIA MUN. DE SAÚDE	GABINETE DO PREFEITO	09/04/2026 09:46:17	14/04/2026 09:55:13
2	GABINETE DO PREFEITO	PJ - PROCURADORIA JURIDICA	14/04/2026 09:55:24	23/04/2026 10:54:24

DOCUMENTOS

Seq.	Documento (Tipo e Identificação)	Data	Qtd. Pág.	Pág/Folha	ID Docto
1	Termo de Abertura Integrado 1318	06/04/2026	1	2	1554048
2	Memorando 63	02/04/2026	2	3	1551883
3	Documento diretriz	02/04/2026	54	5	1552273
4	Documento nota técnica	02/04/2026	11	59	1552274
5	Lei 13.595	02/04/2026	13	70	1552322
6	Lei 14.536	02/04/2026	3	83	1552316
7	Minuta de Projeto de Lei 01	06/04/2026	3	86	1554442
8	Memorando 322	06/04/2026	2	89	1553964
9	Despacho Integrado 1	09/04/2026	1	91	1558403
10	Despacho Integrado 2	14/04/2026	1	92	1563468
11	Projeto de Lei 3467	23/04/2026	6	93	1571744



ESTADO DE RONDÔNIA
PREFEITURA DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE OURO PRETO DO OESTE

TERMO DE ABERTURA DE PROCESSO
1-1318/2026

No dia 06 de abril de 2026 às 11:59 horas, foi protocolado nesta repartição, sob número 1-1318/2026 o presente processo, através de SEMSAU - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, referente a CRIAÇÃO DE PROJETO DE LEI (843) com a finalidade de:

Criação de Projeto de Lei para atualização da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) aplicável aos cargos de Agente Comunitário de Saúde e Agente de Combate às Endemias no âmbito do Município.

Para constar, lavrou-se o presente TERMO DE ABERTURA que constará dos autos administrativos.

Stefany Santos
SEMSAU - SECRETARIA MUN. DE SAUDE

Avenida Daniel Comboni, nº 1156 - Bairro Jardim Tropical - Ouro Preto do Oeste/RO
Contato: (69) 3461-2416 - Site: www.ouropretodooeste.ro.gov.br - CNPJ: 04.380.507/0001-79



SIMPLES
ASSINATURA
ELETRÔNICA
LOGIN E SENHA

Documento assinado eletronicamente por **Stefany Santos, Agente Administrativo**, em 06/04/2026 às 12:46, horário de Ouro Preto do Oeste/RO, com fulcro no art. 18 do [Decreto nº 13.714 de 27/08/2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site transparencia.ouropretodooeste.ro.gov.br, informando o ID **1554048** e o código verificador **149E0F53**.

Referência: [Processo nº 1-1318/2026](#).

Docto ID: 1554048 v1





ESTADO DE RONDÔNIA
PREFEITURA DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE OURO PRETO DO OESTE

Memorando nº 63/SEMSAU/ATB/2026

Ilmo(a). Senhor(a)

Representante do Departamento Jurídico da Prefeitura Municipal de Ouro Preto do Oeste

Assunto: SOLICITAÇÃO DE CRIAÇÃO OU ALTERAÇÃO DO CARGO DE AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE (ACS) E ATUALIZAÇÃO DE ATRIBUIÇÕES CONFORME DIRETRIZES FEDERAIS.

Encaminhamos a presente solicitação visando à adequação legal e administrativa do cargo de Agente Comunitário de Saúde (ACS) no âmbito deste município, fundamentada nas recentes atualizações legislativas federais e nas diretrizes nacionais de atuação integrada.

JUSTIFICATIVA LEGAL E CONTEXTO A regulamentação das atividades de ACS e de Agentes de Combate às Endemias (ACE) é regida pela Lei nº 11.350/2006, que sofreu alterações significativas pela Lei nº 13.595/2018, reformulando atribuições e condições de trabalho. Adicionalmente, a Lei nº 14.536/2023 passou a considerar os ACS e ACE como profissionais de saúde, com profissões regulamentadas.

Ressalta-se que o gestor local do SUS possui a responsabilidade de dispor sobre a criação dos cargos ou empregos públicos e demais aspectos inerentes à atividade, respeitando as normas federais. Atualmente, o Ministério da Saúde promove a qualificação técnica desses profissionais por meio do programa Mais Saúde com Agente, visando habilitá-los para novas funções de maior complexidade.

NOVAS ATRIBUIÇÕES PROPOSTAS Com base na Diretriz Nacional para Atuação Integrada e na Lei nº 11.350/2006, as atribuições do cargo devem ser estruturadas da seguinte forma:

- Atividades Precípua: Realização de visitas domiciliares rotineiras para busca ativa de pessoas com sinais ou sintomas de doenças e agravos, com o devido encaminhamento à unidade de saúde de referência.
- Atribuições Típicas: Utilização de instrumentos para diagnóstico demográfico e sociocultural; detalhamento das visitas com registro de dados; mobilização comunitária; e acompanhamento de grupos específicos (gestantes, lactantes, crianças, adolescentes, idosos, pessoas em sofrimento psíquico e dependentes químicos).
- Atribuições Técnicas (Condicionadas à Formação Técnica e Equipamentos): Desde que o profissional possua o curso técnico e equipamentos adequados, e sob supervisão de profissional de nível superior, o ACS poderá realizar:
 1. Aferição da pressão arterial.
 2. Medição de glicemia capilar.
 3. Aferição de temperatura axilar.
 4. Verificação antropométrica.
 5. Orientação para administração de medicação em pacientes vulneráveis.
- Atuação Integrada e Compartilhada: Participação no planejamento e mapeamento territorial; orientação da comunidade sobre manejo ambiental para controle de vetores; e execução de ações integradas com a vigilância em saúde e os ACE em situações de mutirões ou campanhas.



3. REQUISITOS PARA O CARGO Para o exercício das atividades, o candidato deve residir na área da comunidade em que atuar desde a data de publicação do edital, ter concluído o ensino médio e concluído, com aproveitamento, o curso de formação inicial de quarenta horas.

4. CONCLUSÃO Diante do exposto, solicitamos a análise deste departamento para a redação de projeto de lei ou decreto que oficialize a criação ou alteração do cargo de ACS, garantindo que as atribuições municipais estejam em estrita consonância com a legislação federal e as diretrizes do Ministério da Saúde, assegurando a resolutividade da Atenção Primária no município de Ouro Preto do Oeste.

Atenciosamente,

Atenciosamente,

Ouro Preto do Oeste/RO, 02 de abril de 2026.

Gizelli Pezzin Simoes
Enfermeiro(a) 40h

Avenida Daniel Comboni, nº 1156 - Bairro Jardim Tropical - Ouro Preto do Oeste/RO
Contato: (69) 3461-2416 - Site: www.ouropretodooeste.ro.gov.br - CNPJ: 04.380.507/0001-79



Documento assinado eletronicamente por **Gizelli Pezzin Simoes, Coordenador da Atenção Básica-ATB-SEMSAU**, em 02/04/2026 às 13:12, horário de Ouro Preto do Oeste/RO, com fulcro no art. 18 do [Decreto nº 13.714 de 27/08/2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site transparencia.ouropretodooeste.ro.gov.br, informando o ID **1551883** e o código verificador **8C7721C5**.

Cientes			
Seq.	Nome	CPF	Data/Hora
1	Francielli Luiza Silva Malaquias	***.063.402-**	06/04/2026 14:20

Anexos			
Seq.	Documento	Data	ID
1	Documento diretriz	02/04/2026	1552273
2	Documento nota técnica	02/04/2026	1552274
3	Lei 14.536	02/04/2026	1552316
4	Lei 13.595	02/04/2026	1552322

Referência: [Processo nº 1-1318/2026](#). Docto ID: 1551883 v1



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



Brasília DF 2025



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



2025 Ministério da Saúde.



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

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: bvsms.saude.gov.br.

1ª edição – 2025 – versão eletrônica

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente

Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador

Coordenação-Geral de Vigilância em Saúde Ambiental

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

CEP: 70719-040 – Brasília/DF

Site: www.saude.gov.br/svs

E-mail: cgvam@saude.gov.br

Secretaria de Atenção Primária à Saúde

Departamento de Estratégias e Políticas de Saúde Comunitária

Esplanada dos Ministérios, Bloco O, 8º andar

CEP: 70050-000 – Brasília/DF

E-mail: gabinete.saps@saude.gov.br

Ministro de Estado da Saúde:

Alexandre Rocha Santos Padilha

Secretária de Vigilância em Saúde e Ambiente:

Mariângela Batista Galvão Simão

Secretária de Atenção Primária à Saúde:

Ana Luiza Ferreira Rodrigues Caldas

Edição-geral:

Agnes Soares da Silva – DVSAT/SVSA/MS

Alessandro Aldrin Pinheiro Chagas – Conasems

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

Darwin Renne Florencio Cardoso – DVSAT/SVSA/MS

Eliane Ignotti – CGVAM/DVSAT/SVSA/MS

Ethel Leonor Noia Maciel – Universidade Federal do Espírito Santo – Ufes

Fernando Campos Avendanho – Conass

Kandice de Melo Falcão – Conasems

Kauara Brito Campos – CGVAM/DVSAT/SVSA/MS

Marcela Alvarenga de Moraes – Conasems

Nereu Henrique Mansano – Conass

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

Rosângela Treichel Saenz Surita – Conasems

Viviane Aparecida Bruno Inácio – Conasems

Organização:

Agnes Soares da Silva – DVSAT/SVSA/MS

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

Darwin Renne Florencio Cardoso – DVSAT/SVSA/MS

Eliane Ignotti – CGVAM/DVSAT/SVSA/MS

Kauara Brito Campos – CGVAM/DVSAT/SVSA/MS

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

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

Editoria técnico-científica:

Natália Peixoto Lima – CGEVSA/Daevs/SVSA/MS

Paola Barbosa Marchesini – CGEVSA/Daevs/SVSA/MS

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

Tatiane Fernandes Portal de Lima Alves da Silva – CGEVSA/Daevs/SVSA/MS

Capa e ilustração:

Ademildo Coelho Mendes – GAB/SVSA/MS

Diagramação:

Fred Lobo – CGEVSA/Daevs/SVSA/MS

Revisão:

Tatiane Souza – CGEVSA/Daevs/SVSA/MS

Normalização:

Delano de Aquino Silva – Editora MS/CGDI

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde.

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

51 p. : il.

Modo de acesso: World Wide Web:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretriz_atuacao_integrada_agentes_combate_endemias.pdf

ISBN 978-65-5993-788-2

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

CDU 616.036.22

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

Título para indexação:

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



ID: 1532800 e CRC: 2947843B

LISTA DE FIGURAS

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



LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

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



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



SUMÁRIO



ID: 1532800 e CRC: 29478438



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



6 RECOMENDAÇÕES GERAIS	36
-------------------------------	-----------

REFERÊNCIAS	37
--------------------	-----------

ANEXOS	42
---------------	-----------

Anexo A – Reorganização do processo de trabalho: ciclo PFEA	42
---	----

Anexo B – Instrumento de estratificação de risco de Coelho-Savassi	46
--	----

Anexo C – Objetivos SMART	47
---------------------------	----

Anexo D – Matriz GUT (Gravidade, Urgência e Tendência)	48
---	----

Anexo E – Planilha 5W2H	49
-------------------------	----

EQUIPE TÉCNICA	50
-----------------------	-----------





APRESENTAÇÃO

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

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

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

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

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

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

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



1

INTRODUÇÃO



1.1 Contexto histórico e evolução profissional dos agentes de saúde

1.1.1 Agentes de combate às endemias

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

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

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

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

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

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



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

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

1.1.2 Agentes comunitários de saúde

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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



FIGURA 1

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

AGENTES DE COMBATE ÀS ENDEMIAS

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

AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

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

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



1.2 Distribuição dos ACE e ACS no território brasileiro

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

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

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

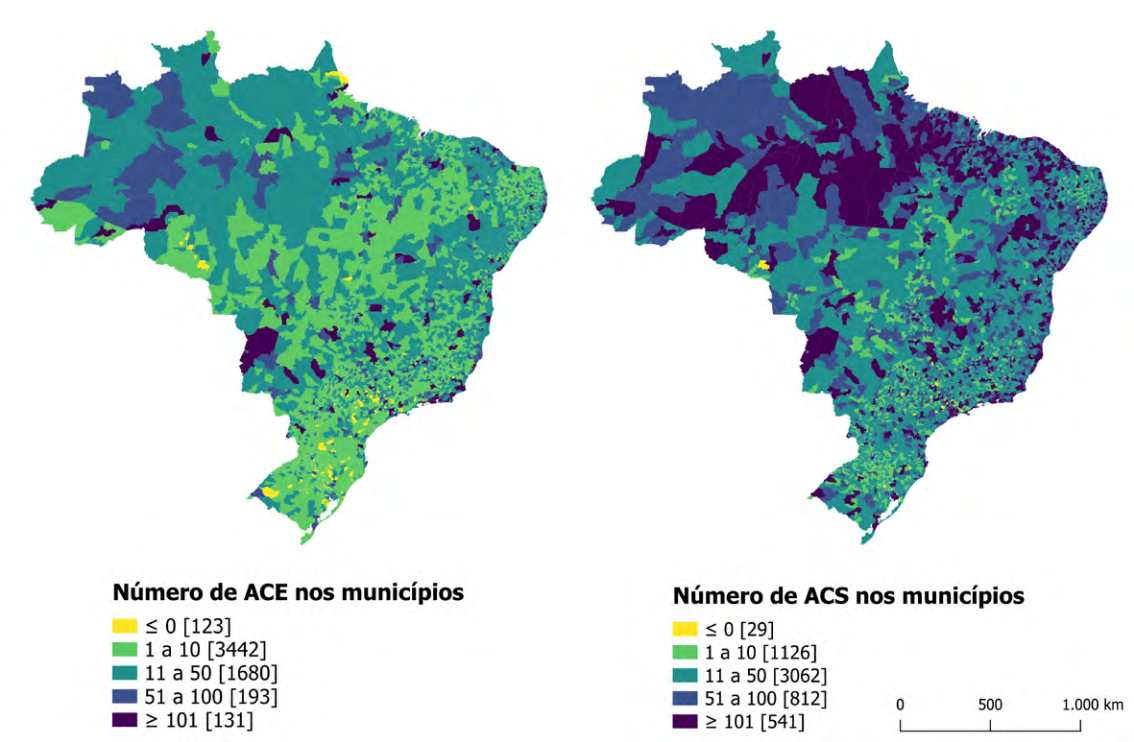
Na competência SCNES de dezembro de 2024, o Brasil contava com 281.008 ACS cofinanciados. Atualmente, estão distribuídos entre as categorias de agente comunitário de saúde CBO 5151-05) e técnico em agente comunitário de saúde (CBO 3222-55) (Brasil, 2024b).

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



FIGURA 2

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



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

2

ATUAÇÃO DOS AGENTES DE SAÚDE NA PERSPECTIVA DA INTEGRAÇÃO

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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



2.1 Atribuições dos agentes de saúde

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

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

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

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



VIGILÂNCIA E IDENTIFICAÇÃO DE RISCOS À SAÚDE



ATIVIDADES COMUNS

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



ATIVIDADES TÍPICAS ACE

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



ATIVIDADES TÍPICAS ACS

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



MONITORAMENTO DE CONDIÇÕES E AGRAVOS À SAÚDE AMBIENTAL E COMUNITÁRIA



ATIVIDADES COMUNS

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



ATIVIDADES TÍPICAS ACE

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



ATIVIDADES TÍPICAS ACS

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



PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO COMUNITÁRIA E MOBILIZAÇÃO SOCIAL



ATIVIDADES COMUNS

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



ATIVIDADES TÍPICAS ACE

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



ATIVIDADES TÍPICAS ACS

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



MITIGAÇÃO DE RISCOS E AÇÕES PREVENTIVAS



ATIVIDADES COMUNS

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



ATIVIDADES TÍPICAS ACE

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



ATIVIDADES TÍPICAS ACS

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



2.2 Atuação em áreas de risco e de maior vulnerabilidade

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

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

FIGURA 3

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



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



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



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



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



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



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

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



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

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

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

FIGURA 4

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

ACE

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

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

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

ACS

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

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

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

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



3

REORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO



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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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



Paralelamente a toda essa compreensão sobre a mudança do modelo e a necessidade de integração, em 2023, o governo federal elaborou o Plano Plurianual (PPA) para o período 2024-2027, com ampla participação da sociedade civil por meio de debates com os Conselhos Intergestores, acolhimento de propostas a partir da Plataforma Brasil Participativo² e Plenárias com os estados e o Distrito Federal.

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

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

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

3.1 Desafios para integração dos ACE e ACS

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

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



FIGURA 5

Desafios para integração dos ACE e ACS



FALTA DE ARTICULAÇÃO ENTRE COORDENAÇÕES

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



ÁREAS GEOGRÁFICAS E TERRITÓRIO DE ATUAÇÃO DIFERENTES

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



AUSÊNCIA DE DEFINIÇÃO OBJETIVA DAS ATRIBUIÇÕES COMUNS

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



AUSÊNCIA DE FLUXO BEM DEFINIDO NOS ÂMBITOS INTRA E INTERSETORIAL

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



A FALTA DE ESTRATÉGIAS QUE FOMENTEM A INTEGRAÇÃO

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



NECESSIDADE DE REORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO

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

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

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

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



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

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

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

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



4

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

TOME NOTA!



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



5

FORMAÇÃO TÉCNICA DOS ACE E ACS



5.1 Programa de formação dos agentes de saúde

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

5.1.1 Treinamento inicial

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

5.1.2 Programa de Formação/Qualificação profissional

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

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

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



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

5.2 Programa de educação permanente dos agentes de saúde

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



6

RECOMENDAÇÕES GERAIS



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

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





REFERÊNCIAS

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



ANEXOS

Anexo A – Reorganização do processo de trabalho: ciclo PFEA

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

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

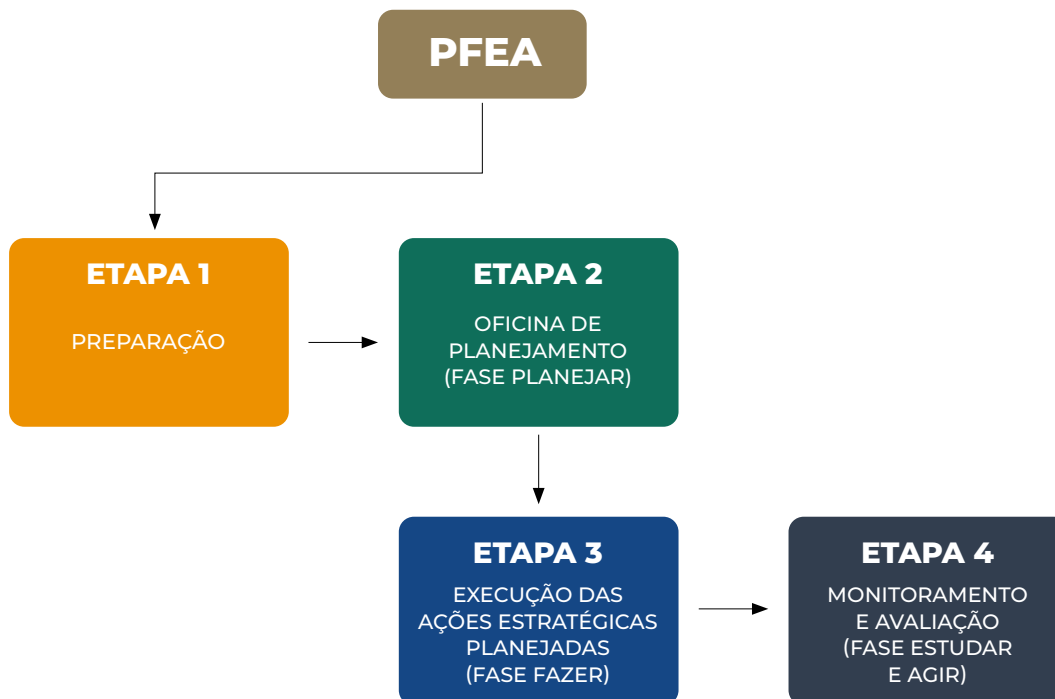
O ciclo de planejamento PFEA (Figura 1) é um método flexível e interativo de melhoria da qualidade que inclui as seguintes etapas:

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



FIGURA 1

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



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

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

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

Etapa 1 – Preparação

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



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

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

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

Nessa etapa, a coordenação e equipe de VS, incluindo os ACE, a coordenação de APS e as eSF/eAP, deverão apresentar os dados levantados durante a primeira parte da Oficina, elencar os principais problemas identificados, estabelecer os problemas prioritários a serem enfrentados, definir os objetivos (SMART³, sugerido no Anexo C), planejar as ações estratégicas e atribuir os papéis de cada profissional da equipe para alcançar os objetivos.

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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



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

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

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

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



Anexo C – Objetivos SMART

Specific (Específico) ▪ Quem? ▪ Qual? ▪ Detalhes:	▪ Refere-se a ser o mais específico possível com o objetivo desejado. Geralmente, quanto mais restrito e específico for um objetivo, mais claros serão os passos para alcançá-lo. ▪ Defina o que você espera. ▪ Determine quem fará isso. ▪ Responsabilidade detalhada. ▪ Use verbos de ação, expressando ação física ou mental, tanto quanto possível. ▪ Forneça detalhes suficientes – isso depende do objetivo, mas deve ser claro as suas ações.
Measurable (Mensurável) ▪ Quantos? ▪ Documentado por: ▪ Responsável por: ▪ Quais são os indicadores de progresso? ▪ Como o definidor da meta saberá quando a meta foi alcançada?	▪ Refere-se a garantir que haverá evidências que possam ser monitoradas para analisar o progresso. ▪ Identifique como você saberá que o objetivo foi alcançado – geralmente isso pode ser realizado quantitativamente, mas também pode ser qualitativamente (por exemplo, 80% dos imóveis foram visitados essa semana).
Attainable (Atingível) ▪ Justificativa: ▪ Como o indivíduo atinge a meta? ▪ Quão realista é o objetivo? ▪ O que seria necessário para atingir a meta? ▪ Quais ferramentas e habilidades serão necessárias para atingir a meta?	▪ Refere-se a garantir que a meta definida seja realista e possível de ser concluída ou mantida dentro do prazo definido. ▪ Certifique-se de ter tempo, mão de obra, recursos e autoridade para atingir o objetivo. ▪ Considere se pode haver fatores que fogem do seu controle.
Relevant (Relevante) ▪ Razões. ▪ A pessoa designada é a pessoa certa para cumprir esse objetivo? ▪ Será este um objetivo adequado ao atual ambiente social e econômico? ▪ É o momento certo para cumprir o objetivo?	▪ Refere-se a garantir que a meta em si esteja alinhada com os valores e as metas e objetivos de longo prazo.
Time-bound (Tempo limite) ▪ Quando o objetivo será alcançado? ▪ O que pode ser alcançado daqui a seis semanas? ▪ O que pode ser realizado hoje?	▪ Refere-se a garantir que a meta seja definida dentro de um prazo apropriado. ▪ Especifique quando o objetivo deve ser concluído. ▪ Incluir referências cronológicas para metas de longo prazo e todos os objetivos.

Objetivos SMART				
Específico	Mensurável	Atingível	Relevante	Datado no tempo



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

Número	Problema	Gravidade	Urgência	Tendência	Total

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

Pontuação da matriz

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

Anexo E – Planilha 5W2H

Objetivo: _____

O que	Por que	Como	Quem fará	Quando	Onde	Custo

O que – Especifique o que será realizado.

Por que – Explique o porquê da ação.

Como – Detalhe como será feito.

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

Quando – Quando ocorrerá a ação.

Onde – Onde será realizada a ação.

Quanto custa – Calcule os custos da ação.

Indicadores de monitoramento e avaliação:

1-.....

2-.....



EQUIPE TÉCNICA

Elaboração:

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

Darwin Renne Florencio Cardoso – DVSAT/SVSA/MS

Eliane Ignotti – CGVAM/DVSAT/SVSA/MS

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

Kauara Brito Campos – CGVAM/DVSAT/SVSA/MS

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

Luciana Pelucio Ferreira – Cgesco/Desco/Saps/MS

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

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

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

Colaboração:

Alexander Vargas – Cema/Dedt/SVSA/MS

Edhuarda Jardim dos Santos – Cgaep/Cgesco/Desco/Saps/MS

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

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

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

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

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

Jaqueline Martins – CGVAM/DVSAT/SVSA/MS

Leonardo Pimentel Berzoini – DVSAT/SVSA/MS

Lucas Carvalho Sanglard – CGVAM/DVSAT/SVSA/MS

Lucas Edel Donato – CGVZ/Dedt/SVSA/MS

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



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

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



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



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

Governo
Federal



ID: 1532800 e CRC: 2947841B



Município de Ouro Preto do Oeste

04.380.507/0001-79

Praça da Liberdade

www.ouropretodoeste.ro.gov.br

FICHA CADASTRAL DO DOCUMENTO ELETRÔNICO

Tipo do Documento	Identificação/Número	Data
Documento	diretriz	02/04/2026
ID: 1552273		Processo
CRC: 2D7DC10B		Documento
Processo: 1-1318/2026		
Usuário: Gizelli Pezzin Simoes		
Criação: 02/04/2026 12:58:53	Finalização: 02/04/2026 12:59:48	
MD5: D7AE9A6A67711ABF3E4C5DD02C5D4586		
SHA256: B55A3B840687A8B27FB815F53879ED44AD9013B08EF164DBF9124ED75EEDF564		

Súmula/Objeto:

solicitação ao setor jurídico para criar ou alterar o cargo de ACS para TACS

INTERESSADOS

ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE - SEMSAU	Ouro Preto do Oeste	RO	02/04/2026 12:58:53
----------------------------------	---------------------	----	---------------------

ASSUNTOS

SOLICITAÇÃO	02/04/2026 12:58:53
-------------	---------------------

DOCUMENTOS RELACIONADOS

Memorando 63	02/04/2026	1551883
--------------	------------	---------

ASSINATURAS ELETRÔNICAS

 Gizelli Pezzin Simoes	Coordenador da Atenção Básica-ATB-SEMSAU	02/04/2026 13:20:16
--	--	---------------------

Assinado na forma do Decreto Municipal nº 13.714/2020.

A autenticidade deste documento pode ser conferida através do QRCode acima ou ainda através do site transparencia.ouropretodoeste.ro.gov.br informando o ID 1552273 e o CRC 2D7DC10B.



Ministério da Saúde
Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
Departamento de Gestão da Educação na Saúde
Coordenação-Geral de Ações Estratégicas de Educação na Saúde

NOTA TÉCNICA Nº 32/2023-CGAES/DEGES/SGTES/MS

Processo SEI nº: 25000.173299/2023-46

Assunto: Publicação de Portaria que institui o Programa Mais Saúde com Agente.

Área: Coordenação-Geral de Ações Estratégicas em Educação na Saúde (CGAES/DEGES/SGTES/MS)

1. **ASSUNTO**

1.1. Nota Técnica de Análise de Impacto Regulatório – AIR sobre a publicação da Portaria que institui o Programa Mais Saúde com Agente.

2. **SUMÁRIO EXECUTIVO**

2.1. Trata a presente Nota Técnica da Análise de Impacto Regulatório (AIR) para fins de formalização do Programa Mais Saúde com Agente em atendimento ao Decreto nº 10.411 de 2020, que regulamenta a Análise do Impacto Regulatório - AIR no âmbito da administração pública federal e estabelece a obrigatoriedade de tal procedimento, para fins de publicação da Portaria.

2.2. O Sistema Único de Saúde – SUS, previsto no art. 198, §1º, da Constituição Federal de 1988, e regulamentado pelas Leis Federais nº 8.080/1990 e 8.142/1990, tem por objetivo conferir efetividade ao direito constitucional à saúde. O ordenamento jurídico pátrio trata de pensar, formular e aplicar políticas e programas concernentes aos serviços de atenção à saúde. As políticas públicas de saúde brasileiras, ora fundamentadas nas diretrizes do SUS, têm demonstrado importante papel para desencadear mudanças no processo de educação na saúde. O inciso III do art. 200 da Constituição Federal de 1988 estabelece que compete ao Sistema Único de Saúde, dentre outras atribuições, a ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde.

2.3. No âmbito nacional, o marco de destaque na gestão do trabalho e da educação na saúde está sob a égide da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – SGTES, do Ministério da Saúde, Secretaria responsável pelo planejamento, coordenação e apoio às atividades relacionadas ao trabalho, à educação, à integração ensino e serviço e à organização da gestão da educação e do trabalho na área de saúde, bem como da regulação profissional na área da saúde no Brasil, cabendo, ainda, a função de promover a integração dos setores de ensino e serviço relacionados à saúde, nos termos do art. 50, do Anexo do Decreto nº 11.358, de 1 de janeiro de 2023.

2.4. Ao longo dos seus 20 (vinte) anos existência, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde - SGTES adotou inúmeras estratégias indutoras, através da formulação de Políticas Públicas, para ordenar o processo de formação e qualificação dos trabalhadores e a efetiva integração entre gestão do trabalho e da educação na saúde.

2.5. No elenco destas iniciativas, recentemente, com vistas a cumprir com o arcabouço normativo do SUS, o Programa Saúde com Agente foi instituído pelo Ministério Saúde por meio da Portaria GM/MS nº 3.241/2020, e suas alterações, destinado à formação técnica dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e dos Agentes de Combate às Endemias (ACEs), mediante a oferta de dois cursos, em ciclo único, para o triênio 2021-2023:

- I - Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde, com carga horária mínima de 1.200 (mil e duzentas) horas, para habilitação nas atividades descritas no § 4º do art. 3º e no art. 4º-A, ambos da Lei nº 11.350, de 2006; e
- II - Curso Técnico em Vigilância em Saúde com Ênfase no Combate às Endemias, com carga horária mínima de 1.200 (mil e duzentas) horas, para habilitação nas atividades descritas no § 2º e no § 3º do art. 4º e no art. 4º-A, ambos da Lei nº 11.350, de 2006.

2.6. O Programa Saúde com Agente vem sendo executado de modo tripartite, pela União, por intermédio do Ministério da Saúde, pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos 5.452 municípios, que formularam anuência, por meio dos seus gestores municipais de saúde, o que representa 98% dos municípios brasileiros.

2.7. A Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde é a coordenadora do Programa no âmbito do Ministério da Saúde, promovendo a integração com as demais Secretarias do Ministério da Saúde, e sua efetiva execução conta com o apoio das três esferas de gestão, além da importante atuação do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

2.8. Cabe destacar que o financiamento do Programa Saúde com Agente garantido pelo Ministério da Saúde, para o primeiro ciclo, limitou-se à oferta de 200.000 mil vagas, não atingindo o total de Agentes de Saúde, com vínculos e atuando no SUS. Considerando haver registros de 215.227 (duzentos e quinze mil, duzentos e vinte e sete) agentes de saúde, profissionais das duas categorias, que não participaram dessa primeira oferta, é razoável projetar a demanda para um segundo ciclo de formação técnica.

2.9. O quantitativo expressivo de estudantes diplomados e a reduzida taxa de evasão, neste primeiro ciclo de oferta, demonstram o êxito desta iniciativa. Além disso, a presente proposta do Programa Mais Saúde com Agente foi elaborada, tendo em vista haver capacidade instalada, materiais pedagógicos (teleaulas, e-books, aulas interativas) já produzidos e equipes capacitadas nas instituições parceiras, em razão do primeiro ciclo de oferta, bem como saldo de recursos financeiros disponíveis nos instrumentos firmandos, que complementaria o orçamento para o oferecimento de novas vagas.

2.10. A proposta objetiva ofertar mais 180 mil vagas (cento e oitenta mil) ACS e ACEs, em todo o país, até 2025, sendo uma iniciativa inovadora para a formação técnica do ACS e do ACE, em âmbito nacional, com vistas à qualificação destes profissionais para o SUS, sobretudo, reconhecendo o papel que representam no fortalecimento do SUS, para maior resolutividade da Atenção Primária à Saúde (APS), da Vigilância em Saúde e Ambiente (VSA), o ato normativo pretende fortalecer as ações de planejamento integrado, no tocante à promoção da saúde, prevenção, controle de doenças e agravos nos territórios de atuação desses Agentes de Saúde.

2.11. Posto isto, considerando o fato de que é um programa já iniciado em dezembro de 2020, e, portanto, com várias ações desenvolvidas e implementadas, conduziremos nossos argumentos avaliativos do impacto regulatório discorrendo sobre o cenário do programa em execução atualmente no país, no sentido de chamar atenção para necessidade de sua formalização através da proposta da minuta de Portaria.

3. PROBLEMA REGULATÓRIO

3.1. De acordo com o Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), do Ministério da Saúde (MS), atualmente existem 397.942 (trezentos e noventa e sete mil, novecentos e quarenta e dois) ACS e ACEs com vínculos ativos, atuando no SUS.

3.2. O Programa Saúde com Agente foi instituído em dezembro de 2020, por meio da Portaria GM/MS n.º 3.241, de 07 de dezembro de 2020, alterada pela Portaria GM/MS n.º 569, de 29 de março de 2021 e pela Portaria n.º 3.941/2021 GM/SM, de 27 de dezembro de 2021, para oferta do Curso Técnico de Agente Comunitário em Saúde e Técnico em Vigilância em Saúde, com ênfase no combate às Endemias, com o objetivo de prover de formação técnica os Agentes Comunitários de Saúde - ACS e os Agentes de Combate às Endemias - ACEs que atuam em todo o território nacional, ante o estabelecimento dos respectivos parâmetros curriculares e mecanismos de acompanhamento, monitoramento e sustentabilidade.

3.3. O Programa foi criado em atenção às leis que ampliaram as atribuições dos ACS e ACEs e, tem como objetivo melhorar os indicadores de saúde, a qualidade e a resolutividade dos serviços da Atenção Primária aos brasileiros.

3.4. De acordo com o Projeto Pedagógico do Curso (PPC) Técnico em Agente Comunitário de Saúde (CTACS) e do Curso Técnico em Vigilância em Saúde, com ênfase no Combate às Endemias (TVS-ACE), as formações ofertadas no âmbito do Programa Saúde com Agente possuem a carga horária de 1.275 horas. As atividades dos cursos são desenvolvidas e ministradas na modalidade semipresencial (metodologia na qual estudantes vivenciam o processo de aprendizagem por meio das modalidades presencial e a distância, de forma integrada), o que torna especialmente relevante a atuação dos preceptores, profissionais responsáveis por conectar o ensino teórico à prática profissional. Atuando como facilitadores, eles têm ainda entre as suas atribuições fazer o acompanhamento e a orientação das atividades práticas e de campo a serem desenvolvidas pelos estudantes matriculados, enquanto, no *on-line* os tutores se utilizam de ferramentas digitais para criar as interações necessárias ao aprendizado e acompanhamento dos estudantes.

3.5. Assim, de forma a apoiar os estados e municípios no processo de formação técnica dos ACS e ACEs, cumprindo o compromisso do governo federal em aprimorar a formação de profissionais para atuarem no Sistema Único de Saúde - SUS, bem como a atribuição conferida pela Constituição Federal de 1988, no artigo 200, inciso III, que compete ao SUS ordenar a formação de Recursos Humanos na área da saúde, este Ministério, por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - SGTES celebrou parceria com o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS, por meio do Convênio n.º 907673/2020, com a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), por meio do Termo de Execução Descentralizada (TED) n.º 45/2021 e com os municípios, por meio do Termo de Adesão, para a implementação das ações relativas ao desenvolvimento e oferta dos cursos técnicos previstos no Programa Saúde com Agente. Dos 5.570 municípios do Brasil, 5.452 (98%) aderiram ao Programa.

3.6. Em atendimento à Portaria GM/MS n.º 3.241, de 07 de dezembro de 2020, e suas respectivas alterações, a oferta dos dois cursos técnicos previstos no Programa ocorreu, em ciclo único, abrangendo o triênio 2021-2023. Com isso, os cursos técnicos ofertados tiveram duração de 11 meses, com início em 23 de agosto de 2022 e finalizando em 15 de julho de 2023.

3.7. Desde o início do planejamento do Programa Saúde com Agente, estava prevista a formação técnica dos 380.000 profissionais, entre ACS e ACEs, em exercício, conforme dados extraídos em 2020, do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES, do MS. No entanto, diante da disponibilidade de recursos, no MS, alocados à época,



para a execução do Programa, impôs-se a necessidade de revisão desse quantitativo, e para as primeiras turmas, foram ofertadas o quantitativo de 200.00 (duzentas mil) vagas, sendo 62.000 (sessenta e duas mil) para o Curso Técnico em Vigilância em Saúde, com Ênfase no Combate às Endemias e 138.000 (cento e trinta e oito mil) para o Curso Técnico em Agente Comunitário de Saúde.

3.8. Assim, puderam concorrer às 200.000 mil vagas os Agentes Comunitários de Saúde e os Agentes de Combate às Endemias, trabalhadores ativos do Sistema Único de Saúde - SUS, em atividade profissional nos municípios que aderiram ao Programa Saúde com Agente do Ministério da Saúde, que possuíam a formação de nível médio ou que estavam cursando o último ano do Ensino Médio ou matriculados na Educação de Jovens e Adultos (EJA) do Ensino Médio.

3.9. Considerando que as inscrições para o Curso Técnico em Vigilância em Saúde, com Ênfase no Combate às Endemias não preencheram a totalidade das vagas disponíveis no Edital (62 mil), as vagas que não foram preenchidas foram remanejadas para ampliação das vagas do Curso Técnico em Agente Comunitário de Saúde, buscando garantir o total de 200 mil estudantes.

3.10. Confirmando a expectativa de grande interesse na formação ofertada, 236.453 mil inscrições foram recebidas pela UFRGS, instituição de ensino, sendo 187.329 mil para o Curso Técnico em Agente Comunitário de Saúde e 49.124 mil para o Curso Técnico em Vigilância em Saúde, com Ênfase no Combate às Endemias.

3.11. Para operacionalização de um programa de tamanha dimensão, a fim de atender a oferta de dois cursos técnicos e a oferta de capacitação pedagógica de tutores, supervisores de tutores, preceptores e supervisores de preceptor, foi necessária a estruturação de gestão acadêmica, pedagógica, logística e de equipes, incluindo: (1) Estabelecimento de grupos de trabalho, com representantes do MS, UFRGS e Conasems para fins de gestão e operacionalização do programa; (2) elaboração e aprovação dos Projetos Pedagógicos dos Cursos; (3) Editais de seleção pela UFRGS, para provimento das funções de conteudistas, preceptores, tutores, supervisores, dentre outras funções, totalizando 34 editais em 2022 e 04 editais em 2023; (4) uso de inteligência artificial, Plataforma Moodle UFRGS, Plataforma AVA CONASEMS, sistema Gestor para registros financeiros de pagamentos das bolsas dos tutores, preceptores e supervisores; (5) revisão dos textos e conversão de conteúdos dos cursos, exercícios e avaliações desenvolvidos pela Instituição Formadora (UFRGS) em módulos de ensino a distância (EAD) no Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA), para a formação docente e discente; (6) produção, gravação e editoração das videoaulas com vistas à inserção e administração do conteúdo de cada curso, em múltiplos formatos (imagens, vídeos, e e-books); (7) implementação das disciplinas dos cursos na plataforma de ensino a distância (AVA CONASEMS); (8) Estabelecimento de equipes de call center para gestores e para estudantes; (9) Desenvolvimento de sistema operacional seguro para emissão de diplomas e históricos escolares de forma digital e gratuita; (10) estratégias de anti-evasão dos estudantes; (11) disponibilização de site com informações sobre o Programa Saúde com Agente, dentre tantas outras.

3.12. Foram desenvolvidos como materiais didáticos 53 teleaulas, 52 e-books, totalizando 4.000 páginas de conteúdos inéditos, 52 aulas com interatividade para o AVA, além de diversos produtos feitos pelos próprios alunos dentro de suas atividades laborativas/educacionais.

3.13. Uma vez iniciados os Cursos Técnicos, 200.000 mil estudantes, de 5.452 municípios, foram acompanhados simultaneamente por 4.000 tutores, 757 supervisores e 10.800 preceptores nesta jornada de troca de experiências, saberes e práticas voltadas ao aprimoramento dos serviços prestados pelo SUS à população brasileira. Sendo que, ao longo dos 11 meses de cursos, houve a manutenção de mais de 196 mil estudantes ativos.

3.14. Com a conclusão das atividades disponíveis no Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA) do CONASEMS, e com o lançamento das avaliações dos estudantes na referida Plataforma, já temos cerca de 176 mil diplomas e históricos escolares emitidos, o que aponta para uma taxa de conclusão dos Cursos de mais de 88% dos estudantes ativos na plataforma. As estimativas indicam uma taxa de evasão de 4,68%. Em recuperação - 10.619 (5,4%). Reprovados (Evadidos) - 8.833 (4,6%). Atestados e Licenças - 3.560 (1,8%). Números esses, contabilizados até outubro de 2023.

3.15. No momento existindo, um número reduzido de estudantes em curso, em razão de licenças legais e/ou que estão finalizando a carga horária de dispersão (parte presencial), em razão da falta de um preceptor local para o acompanhamento das atividades, durante o período regular.

3.16. Cabe destacar, ainda, que a UFRGS está realizando uma pesquisa qualitativa e quantitativa com os estudantes ACS e ACEs, tutores e preceptores desta primeira oferta do Programa Saúde com Agente, que já apresenta previamente indicadores muito positivos dos cursos técnicos ofertados.

3.17. Recentemente, esta Coordenação-Geral de Ações Estratégicas de Educação na Saúde - CGAES solicitou a extração dos dados dos ACS e ACEs ativos, a partir da base de dados CNES do Ministério da Saúde, para cruzamento com a lista dos agentes de saúde que já foram diplomados. Do cruzamento de dados do CNES com os CPFs dos estudantes diplomados nas primeiras turmas do Programa, foram identificados 215.227 ACS e ACEs que não participaram da primeira oferta do Saúde com Agente e, que demonstram a necessidade de uma nova oferta dos cursos técnicos. Assim, esse seria o público total para o Programa Mais Saúde com Agente, para uma segunda oferta dos cursos técnicos.

3.18. Na referida base de dados, também foram encontradas cerca de 7 mil CPFs de estudantes ACS e ACEs diplomados, que não estão mais com vínculos ativos no CNES, o que pode ser identificado como casos de aposentadoria ou demissões pelos municípios.



3.19. Assim, a iniciativa do Programa Mais Saúde com Agente, será destinada à continuidade da oferta dos cursos técnicos aos ACS e ACEs. Com o êxito do Programa Saúde com Agente expresso nas taxas mencionadas acima, e considerando haver registros de 215.227 agentes de saúde, profissionais das duas categorias, vinculados aos 5.570 municípios, das cinco regiões brasileiras, em atividade em todo o Brasil e, que não participaram dessa primeira oferta, é razoável projetar a demanda para uma nova rodada de formação técnica para aqueles profissionais que não conseguiram vagas na primeira oportunidade, e também para outros agentes de saúde que não se inscreveram na primeira oferta de vagas.

3.20. É imperioso acrescentar, que a presente proposta do Programa Mais Saúde com Agente, foi elaborada tendo em vista haver capacidade já instalada na UFRGS e no CONASEMS, bem como a sobra de recursos disponíveis nos instrumentos de parceria firmados (TED e Convênio), que abarca um nova oferta de 180.000 mil vagas, com o objetivo de formar tecnicamente os ACS e ACE's, em todo o país, até 2025. Assim, a ampliação da ação educacional, por meio do Programa Mais Saúde com Agente, implicaria a necessidade de suplementação de apenas uma parte dos recursos financeiros.

3.21. Ainda, de modo específico, concernentes à ausência de formação técnica de todos esses profissionais – foram identificados, os seguintes problemas:

(i) Dificuldade de inserção desses profissionais nas equipes das unidades básicas de saúde e o desconhecimento da sua função;

(ii) execução deficitária dos recursos orçamentários disponíveis nos municípios;

(iii) carência da formação técnica desses trabalhadores;

(iv) investimento no modelo de atenção que valoriza a atuação profissional dos ACS e ACE nos territórios, sem a oferta de uma formação técnica, específica para estas duas categorias profissionais;

(v) grande número de Agentes de Saúde com elevada experiência profissional, contudo, muitos destes atuando há vários anos sem terem realizado qualquer ação formativa voltada ao exercício de suas atividades laborais; e

(vi) necessidade de fomentar a integração dos processos de trabalho do ACS e do ACE.

3.22. Assim, a nova Portaria, aqui proposta para uma segunda oferta dos cursos técnicos, faz-se necessária em razão de solucionar os problemas elencados, e visto que o número de vagas disponibilizadas na primeira oferta não contemplou todos os Agentes de Saúde, em exercício no SUS, bem como pela possibilidade de potencializar a formação técnica profissional, visando preparar esses profissionais de acordo com as políticas e estratégias desenvolvidas pelo SUS, de forma a garantir o fortalecimento da atenção à saúde dos cidadãos e usuários do SUS.

3.23. Nesse sentido, foram realizados ajustes na Portaria do Programa Saúde com Agente, para caracterização da proposta de uma segunda oferta, a partir das contribuições da nova gestão, que assumiu recentemente o Governo Federal, e tendo em vista também o nosso compromisso de fazer deste investimento com recursos públicos, um grande sucesso formativo, com desdobramentos para os processos de cuidados em saúde nos territórios.

4. AGENTES ECONÔMICOS, USUÁRIOS DOS SERVIÇOS PRESTADOS E DEMAIS GRUPOS AFETADOS

4.1. Diversos atores são afetados pelo problema em questão e são citados a seguir, bem como é descrita a forma como cada grupo é afetado:

-Usuários do SUS

Os usuários do SUS fazem parte do grupo mais diretamente afetado pela ausência de formação dos Agentes de Saúde, pois esses profissionais são o elo entre a comunidade e o sistema público de saúde. Eles atuam diretamente nas casas das pessoas, levando e captando informações, prestando atendimentos básicos e mapeando os principais riscos que podem comprometer a saúde e a qualidade de vida dos moradores em suas comunidades. Quando esses profissionais não têm a formação adequada para fazer o acompanhamento nas visitas domiciliares ou nas ações de prevenção e vigilância em saúde e ambiente, não recebem o cuidado precoce ou em tempo oportuno, as orientações e encaminhamentos adequados, ou seja, não é ofertado o cuidado do qual necessitam.

- Profissionais da APS e VSA:

Os profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde (APS) devem manejar os agravos mais prevalentes no território, incluindo os agravos diabetes, hipertensão arterial, doenças crônicas, dentre outras. Já os profissionais da Vigilância em Saúde e Ambiente orientam no planejamento, execução e avaliação das ações de de vigilância epidemiológica e ambiental. Esses profissionais orientam e supervisionam os ACS e ACEs, para que estes exerçam suas atribuições de maneira adequada e dedicada à saúde da população, visto que estes atores podem utilizar sua capacidade de comunicação com os moradores para exercer um papel de educativo na comunidade.

- Gestores do SUS:

Os ACS e ACEs levantam uma diversidade de informações e dados na sua área de atuação, por meio das visitas e repassam à equipe de saúde, e quando esses dados são mal qualificados dificultam o planejamento da oferta de programas e políticas públicas pelos gestores do SUS.



4.2. Ressalta-se que o ato normativo terá implicações positivas diretas para os usuários do SUS, por formar essa categoria de profissionais em prol de uma assistência à saúde mais próxima da população, visto que os Agentes de Saúde atuam em visitas residenciais e rotinas de trabalho diário, como integrantes das equipes multiprofissionais da APS e da vigilância em saúde nos municípios de todo o país.

4.3. Atualmente há, aproximadamente, 397.722 (trezentos e noventa e sete mil, setecentos e vinte e dois mil) Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias cadastrados regularmente no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES, atuando em cerca de 44.000 (quarenta e quatro mil) equipes da Estratégia Saúde da Família - ESF em todo o país, sendo 295.378 (duzentos e noventa e cinco mil, trezentos e setenta e oito) ACS e cerca de 102.344 (cento e dois mil, trezentos e quarenta e quatro) ACEs ativos e com vínculo profissional, no mês de novembro de 2023.

4.4. Dessa forma, a concepção pedagógica da proposta do programa é prover de formação técnica 180.000 (cento e oitenta mil) Agentes de Saúde, sob a perspectiva de outros agentes envolvidos neste processo – como usuários dos serviços de saúde, 4.000 tutores do AVA, 10.000 preceptores presenciais nas Unidades Básicas de Saúde durante o desenvolvimento do curso e gestores, ampliando a visão sobre a formação ofertada no âmbito do Programa Mais Saúde com Agente.

5. FUNDAMENTAÇÃO LEGAL

- Constituição Federal da República do Brasil, art. 200, III, V, que atribui ao Sistema Único de Saúde (SUS) a competência de ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;
- Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que inclui no campo de atuação do SUS a ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde;
- Lei nº 9.394, de 20 de setembro 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional;
- Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, e suas alterações, que regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição e dispõe sobre as atividades de Agente Comunitário de Saúde e de Agente de Combate às Endemias e, em especial, o art. 5º, § 3º, que dispõe sobre os Cursos Técnicos de Agente Comunitário de Saúde e de Agente de Combate às Endemias;
- Lei do Processo Administrativo Federal – Lei Nacional nº 9.784/1999;
- Decreto Federal nº 9.203/2017 (Governança Pública);
- Decreto Federal nº 10.411/2020 (Análise de Impacto Regulatório);
- Decreto nº 3.189 de 4 de outubro de 1999, que fixa as diretrizes para o exercício profissional do Agente Comunitário de Saúde;
- Decreto nº 7.508, de 21 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 1990, que dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa;
- Resolução CNE/CP nº 1, de 5 de Janeiro de 2021, que define as Diretrizes Curriculares Nacionais Gerais para a Educação Profissional e Tecnológica;
- Portaria nº 2.436/GM/MS, de 21 de setembro de 2017, que 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);
- Política Nacional de Atenção Básica - PNAB, disposta no Anexo XXII da Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017;
- Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, disposta no Anexo XL da Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017;
- Portaria GM/MS nº 3.241, de 07 de dezembro de 2020, alterada pela Portaria GM/MS nº 569, de 29 de março de 2021 e pela Portaria Nº 3.941/2021 GM/SM, de 27 de dezembro de 2021
- Decreto nº 11.358, de 1º de Janeiro de 2023, art. 50, que dispõe sobre a competência da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - SGTES;
- Resolução Nº 588, de 12 de Julho de 2018, que institui a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS).

6. OBJETIVOS DO ATO NORMATIVO

6.1. O ato normativo é uma ação da SGTES que pretende habilitar tecnicamente os(as) ACS e ACEs de acordo com as novas atribuições da categoria, previstas na Lei n.º 11.350/2006, oferecendo condições para analisar informações



coletadas nas residências, além de orientar a população que necessita de atendimento, a fim de melhorar a qualidade e resolatividade da Atenção Primária.

6.2. Dentre os objetivos do Programa Mais Saúde com Agente, estão:

- I – prover os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e aos Agentes de Combate às Endemias (ACEs) de todo o país, de formação técnica em conformidade com as necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS);
- II – contribuir para a melhoria da saúde da população;
- III – fortalecer a Atenção Primária à Saúde (APS) em seus atributos essenciais, como acesso, longitudinalidade, coordenação do cuidado e integralidade, e em seus atributos derivados, como orientação familiar e comunitária e competência popular e cultural; e
- IV – fortalecer a Vigilância em Saúde e aperfeiçoar as ações de combate às endemias e vigilância visando à promoção da saúde.

7. RESULTADOS ESPERADOS

7.1. Espera-se como resultados do Programa Mais Saúde com Agente:

- Apropriação dos Agentes de Saúde da importância do seu papel na promoção da saúde e prevenção das doenças e agravos em todas as fases do ciclo de vida da pessoa;
- Valorização dos Agentes de Saúde como membros da equipe multiprofissional de saúde;
- Integração nos processos de trabalho do Agente Comunitário de Saúde e do Agente de Combate às Endemias;
- Promoção da equidade em Saúde;
- Melhoria da cobertura vacinal da população;
- Identificação de situações de risco à família e ao indivíduo;
- Melhoria dos indicadores de saúde.

8. ALTERNATIVAS

8.1. Os gestores locais do SUS detém a responsabilidade pela seleção, admissão e formação dos ACS e ACEs, de acordo com a natureza e complexidade de suas atribuições e requisitos específicos para sua atuação. Sendo assim, verifica-se como primeira alternativa do problema identificado os municípios assumirem a responsabilidade de formação técnica de seus agentes comunitários de saúde, nos territórios com financiamento próprio.

8.2. Como segunda alternativa apresenta-se o reconhecimento do Ministério da Saúde da formação técnica Nacional dos agentes de saúde como pautas prioritárias para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde, com garantia de financiamento federal para a sua execução através de parcerias interinstitucionais.

8.3. Como terceira alternativa, seria a não oferta da formação técnica e a não implementação do Programa Mais Saúde com Agente.

9. POSSÍVEIS IMPACTOS DAS ALTERNATIVAS IDENTIFICADAS

9.1. Para a opção de a alternativa dos municípios assumirem individualmente a formação dos agentes de saúde há impactos negativos pelo alto risco de não implementação, pelas dimensões continentais do país com 5.570 municípios, apresentando múltiplas realidades sociais, econômicas e gerenciais. Historicamente há experiências da tentativa desta formação e se mostraram inviável, com pouca adesão dos estados e municípios, sobretudo pelo argumento de insuficiência econômica (MÉLLO et al., 2021). Positivamente, caso assumisse sua responsabilidade, haveria uma formação com personalização territorial, segundo as demandas sócio-epidemiológicas locais.

9.2. A segunda alternativa se impõe com os seguintes impactos positivos: garantia de execução operacional e financeira do curso técnico em todo território nacional; uniformização metodológica e padronização da qualidade formativa dos agentes; institucionalização de um curso técnico coordenado pelo MS qualificação do trabalho em saúde dos agentes; valorização do trabalho de nível técnico no SUS; como impactos negativos aponta-se: elevado custo orçamentário a nível federal para implementação do curso; pouco envolvimento de recursos dos municípios na execução do curso; menor personalização da formação segundo necessidades locais.

9.3. A terceira alternativa se impõe a opção de não implementar Programa em cenário de constantes pedidos para a oferta de uma segunda turma de formação, portanto não sendo opção viável.

10. CENÁRIO INTERNACIONAL

10.1. Ao menos oito experiências de formação a longo prazo ou técnica de trabalhadores comunitários de saúde são apontadas em uma revisão internacional de Mélló e colaboradores (2023). Países como África do Sul, Irã, Índia, Gana, Nigéria, Paquistão, Tanzânia e Venezuela têm apresentado modelos de formação desses profissionais com a finalidade de capacitar sua atuação territorial e melhorar os resultados dos seus sistemas e modelos de atenção à saúde. As estratégias

11. EFEITOS E RISCOS

11.1. Acerca dos riscos relacionados à alternativa escolhida, que poderiam inviabilizar a realização da oferta de 180.000 (cento e oitenta mil vagas) dos cursos técnicos, por meio do Programa Mais Saúde com Agente, podemos citar como exemplo, questões logísticas de terceiros - como as situações diversos tipos de contratos trabalhistas, que se apresentam nos municípios em relação aos ACS, ACEs e também em relação aos preceptores. Importante registrar que trata-se de um Programa inédito, cujos desafios são diários e, portanto, não sendo possível, quando do planejamento da oferta educacional, prever todos os possíveis nós críticos que se apresentariam, bem como as soluções imediatas. Assim, a busca de soluções aos nós críticos cotidianos, pela equipe de gestão do Programa, são diárias, e envolvem o acompanhamento e monitoramento pelos grupos de trabalho, e repactuações de processos de trabalho entre o Ministério da Saúde, da UFRGS e do CONASEMS.

11.2. Prosseguindo, como se sabe, em 2024 acontecerá novo pleito eleitoral em todos os municípios brasileiros, com vistas à eleição de prefeitos e vereadores, o que ainda é um risco para a implementação e andamento do Programa, visto que poderá haver a desmobilização das equipes nos territórios.

11.3. Ainda, os efeitos do ato normativo estão atrelados ao valor do repasse. Nesse sentido, as atividades para o monitoramento do Programa Mais Saúde com Agente visa reduzir os riscos decorrentes do ato normativo, por intermédio da análise de relatórios periódicos da execução das ações do Programa com o acompanhamento físico e financeiro do cumprimento das metas estabelecidas e dos instrumentos convencionais, contratuais e congêneres na implantação das ações.

11.4. A tabela abaixo sintetiza os riscos elencados para alternativa escolhida e suas possíveis causas, que se relacionam ao Programa Mais Saúde com Agente:

Risco	Etapas impactadas pelo risco	Causa	Controle Preventivo	Controle de atenuação e recuperação	Categoria	Probabilidade	Impacto
Pouca Adesão ou a desistência do ente federativo na participação do Programa	Início	Falta de interesse por parte dos gestores Falta de condições para cumprimento das exigências do termo de adesão Indisponibilidade de Agentes de Saúde que cumprem com os requisitos para a participação nos cursos ou não interesses destes; Dúvidas quanto as condições estabelecidas na Portaria, Edital ou Termo de Adesão.	Criação de FAQ; Realização de Reuniões com os gestores; Realização de reuniões com o CONASEMS para auxílio na sensibilização dos gestores; Realização de reuniões com os representantes das categorias dos ACS e ACE; Ações de comunicação para a divulgação do Programa; Participação em lives e webnários; Criação de linha de comunicação no Ouvidor-SUS.	Sensibilização dos gestores públicos.	Operacional	Baixa	Alto
Evasão dos docentes (estudantes)	Execução	Afastamentos do trabalho; Abandono do curso; Licenças legais superiores a 6 meses; Demissão ou encerramento do contrato de trabalho; Desistência pelo ente federado que o agente é vinculado	Declaração de vinculação ao Sistema Único de Saúde (SUS) e autorização da Chefia/Gestor, atestando a atuação como Agente de Saúde, em exercício profissional, e que atendam aos requisitos do Programa instituído pela Portaria MS 3.241/2020, assinado pela Chefia do candidato ou Gestor. Acompanhamento junto a UFRGS e os gestores locais do SUS. Obrigações de comunicação oficial e de imediato, pelo Gestor aderente à Instituição de Ensino, os afastamentos por motivos de férias, transferência, licenças e demissão, assim como situações de irregularidade ou denúncia de que se tenha ciência em razão de atos de terceiros ou de ofício para que sejam adotadas as providências	Sensibilização dos gestores públicos por meio de ofícios, ligações e visitas in loco.	Operacional	Alta	Alto

			pertinentes e necessárias ao bom andamento e à execução dos curso. Publicação do Edital com as normas do Curso. Publicação do Plano de Curso; Publicação de Notas Informativas sobre a execução do Programa; Aula inaugural detalhando todo o Curso;				
Atraso nos cronogramas (execução e financeiro)	Execução	Indisponibilidade orçamentária; Atrasos nas publicações dos Editais de contratação de tutores, preceptores, supervisores e conteúdistas;	Gerenciamento da equipe do projeto por meio da equipe de projeto (reuniões semanais, gerenciamento de tarefas) Gestão de recursos orçamentários/financeiros para minimizar esses atrasos pelas áreas responsáveis de cada Instituição Parceira; Empenhos orçamentários (Notas de Crédito)	Sensibilização dos gestores do Programa	Operacional	Provável	Alto
Inscrições/Matrículas acima do orçado o que necessitaria de aditivo aos Instrumentos de Parceria do Programa	Execução	Número de inscrições/matrículas maior do que 180 mil vagas oferecidas	Acompanhamento sistemático junto à UFRGS do número de matrículas; planilha de previsão de custo	Criação de um cadastro reserva das inscrições. Havendo disponibilidade financeira do Ministério da Saúde, poderá haver o aumento do número de vagas para o atendimento do cadastro reserva	Financeiro/Orçamentária	Média	Médio
Inscrições/Matrículas abaixo do necessário para cumprimento da meta	Execução	Número de inscrições/matrículas abaixo do que o orçado	Acompanhamento sistemático junto à UFRGS do número de matrículas	Sensibilização dos Agentes de Saúde, por meio das suas entidades representativas	Financeiro/Orçamentária	Média	Médio
Não liberação do Profissional da saúde para o exercício das atividades de Preceptoría	Execução	Contexto local	Pactuações-Termo de Adesão	Sensibilização do Gestor	Operacional	Baixa	Alto
Unidades Básicas de Saúde e/ou Unidades de Vigilância Epidemiológica ou outro espaço disponibilizado pelo gestor sem infraestrutura adequada para a realização das teleaulas síncronas e para as atividades práticas e avaliativas dos cursos	Execução	Falta de acesso pelos Agentes Comunitários de Saúde a equipamentos de acesso as aulas e ao trabalho: medidor de pressão arterial automático de braço, oxímetro e glicosímetro, com a finalidade de realizarem-se as atividades práticas para a assimilação/apropriação dos conteúdos ministrados;	Monitoramento SGTES/CONASEMS E UFRGS junto aos gestores, preceptores e agentes de saúde participantes dos cursos técnicos	Sensibilização do Gestor e dos profissionais	Operacional	Média	Alto
Atraso no cronograma de atividades - do material didático (e-book) e gravações das vídeo-aulas	Execução	Fatores de força maior	Acompanhamento sistemático semanal junto aos elaboradores	Cadastro reserva de conteúdistas	Operacional	Baixa	Baixo
Falta de profissionais interessados em atuar como preceptores	Execução	Contexto local	sensibilização dos profissionais e gestores	Edital de seleção para preceptoría regional Cadastro de reserva de preceptores	Operacional	Média	Baixo

12.1. Quando das discussões a respeito da proposição de novo Programa Mais Saúde com Agente, para possibilitar a oferta, houve um profundo debate entre a equipe de gestão a respeito do modelo de financiamento do programa. Diversas reuniões virtuais com os representantes do Grupo Técnico Executivo do Programa Saúde com Agente e no encontro presencial de avaliação do programa, realizado em 2023, foram levantados alguns desafios e sugestões para serem implementados na segunda oferta de vagas dos cursos técnicos ofertados pelo Programa.

12.2. Na ocasião, após análise de prós e contras, concluiu-se pelo financiamento Nacional por parte do Ministério da Saúde ao já adotado pelo Programa Saúde com Agente, como a opção mais favorável à sociedade pelos motivos já elencados no item que trata dos possíveis impactos das alternativas identificadas.

13. **IMPLEMENTAÇÃO, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

13.1. Algumas práticas e estratégias para a implementação, monitoramento e avaliação do Programa Saúde com Agente, que serão continuadas na proposta deste segundo ciclo de oferta dos Cursos, por meio do Programa Mais Saúde com Agente.

13.2. Para fins de implementação do Programa serão constituídos Grupos de Trabalho Executivo, Pedagógico, Curadoria e Preceptorial, com integrantes do MS, UFRGS, CONASEMS e Escolas de Saúde do SUS, para atualização da proposta metodológica e apoio ao processo de descentralização e implementação dos cursos técnicos nos municípios aderentes ao Programa.

13.3. O monitoramento das ações do Programa será realizado de forma contínua e periódica a fim de apontar desvios, necessidade de atualizações e ajustes que permitam aprimorar o processo, dentre essas: a) Formação de tutores e de preceptores para o uso do AVA adotado; b) Formação contínua de tutores nas estratégias de mediação a distância c) Formação de preceptores pelas Escolas de Saúde do SUS para a compreensão da metodologia e da proposta do curso, além de reuniões online semanais com grupos de tutores/preceptores para acompanhamento e resolução de possíveis dificuldades/desafios nos diferentes polos; d) Monitoramento permanente do status dos alunos em relação à sua participação no curso, a partir dos relatórios mensais de acesso à Plataforma AVA em três categorias em relação à sua participação no curso: “assíduo” (75% das atividades realizadas), “regular” (possui entre 50% a 74% das atividades concluídas) e “em risco de abandono” (menos de 50% das atividades). Os tutores concederão atenção especial aos alunos na categoria “em risco de abandono”, realizando contatos por mensagens ou outros recursos (WhatsApp, Facebook, e-mail) a fim de identificar possíveis dificuldades e propor estratégias de acompanhamento mais adequadas; e) Apoio de equipe de gestão local das Escolas de Saúde do SUS. f) Estímulo à troca entre os estudantes de suas experiências, projetos, dificuldades como forma de fortalecimento do diálogo e as trocas entre os pares, através do uso de redes sociais (Instagram, Facebook, Twitter, entre outros); g) Possibilitar aos estudantes a avaliação e autoavaliação do curso por meio da aplicação de enquetes e questionários; h) visitas in loco.

13.4. Convém ressaltar que sempre que necessário, será solicitado o envio de relatórios e comprovações, além dos já previstos nas normativas de execução do instrumento. Para as situações de solicitação de ajuste ou remanejamento de recursos, será feita análise criteriosa das justificativas apresentadas.

14. **CONCLUSÃO**

14.1. O presente ato normativo reforça a valorização profissional, tanto do ACS quanto os ACE, que são trabalhadores de extrema relevância para ações e políticas públicas do SUS em todo o país. Investir na formação desses profissionais é essencial para desenvolver as competências necessárias para o desempenho adequado de suas funções, bem mais complexas e abrangentes, a fim de garantir um sistema de saúde mais acessível, eficiente e justo, que atenda às necessidades de todos os cidadãos.

14.2. O Ministério da Saúde reconhece a relevância da formação técnica dos Agentes de Saúde e os resultados positivos elencados no primeiro ciclo de oferta dos cursos técnicos pelo Programa Saúde com Agente, portanto, a continuidade dessa oferta de cursos técnicos por meio do Programa Mais Saúde com Agente, busca minimizar o efeito do lapso temporal de formação profissional dos referidos ACS e ACE que restou evidenciado nos últimos anos.

14.3. Assim, considera-se importante destacar a continuidade da formação técnica, por meio do Programa Mais Saúde com Agente.

14.4. Desta forma, submetemos à apreciação superior, a anexa Minuta da proposta de Portaria Ministerial ([0037402224](#)), com sugestão de envio ao Gabinete da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e posterior remessa à douta Consultoria Jurídica junto ao Ministério da Saúde.

15. **REFERÊNCIAS:**

Méllo LMB de D e, Santos RC dos, Albuquerque PC de. Agentes Comunitárias de Saúde: o que dizem os estudos internacionais?. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2023Feb;28(2):501–20. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023282.12222022>

Méllo LMB de D e, Albuquerque PC de, Santos RC dos, Felipe DA, Queirós AAL de. Agentes comunitárias de saúde: práticas, legitimidade e formação profissional em tempos de pandemia de Covid-19 no Brasil. Interface (Botucatu) [Internet]. 2021;25:e210306. Available from: <https://doi.org/10.1590/interface.210306>



Documento assinado eletronicamente por **Suellen da Silva Ferreira, Bolsista**, em 21/11/2023, às 16:14, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Lívia Milena Barbosa de Deus e Mélo, Coordenador(a)-Geral de Ações Estratégicas de Educação na Saúde**, em 21/11/2023, às 17:52, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0037346976** e o código CRC **C972ED21**.

Referência: Processo nº 25000.173299/2023-46

SEI nº 0037346976

Coordenação-Geral de Ações Estratégicas de Educação na Saúde - CGAES
Esplanada dos Ministérios, Bloco G - Bairro Zona Cívico-Administrativa, Brasília/DF, CEP 70058-900
Site - saude.gov.br

Criado por [suellen.ferreira](#), versão 71 por [suellen.ferreira](#) em 21/11/2023 16:12:31.





Município de Ouro Preto do Oeste

04.380.507/0001-79

Praça da Liberdade

www.ouropretodoeste.ro.gov.br

FICHA CADASTRAL DO DOCUMENTO ELETRÔNICO

Tipo do Documento	Identificação/Número	Data
Documento	nota técnica	02/04/2026

ID: **1552274**

CRC: **6763326C**

Processo: **1-1318/2026**

Usuário: **Gizelli Pezzin Simoes**

Criação: **02/04/2026 13:00:17** Finalização: **02/04/2026 13:00:41**

Processo



Documento



MD5: **A9EC03F867900B9C576E86E806DBEED8**

SHA256: **12AD6B8F513847AE706CA0F02D63D9199DA6FF5E87B90D5C989F700639E207B4**

Súmula/Objeto:

solicitação ao setor jurídico para criar ou alterar o cargo de ACS para TACS

INTERESSADOS

ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE - SEMSAU	Ouro Preto do Oeste	RO	02/04/2026 13:00:17
----------------------------------	---------------------	----	---------------------

ASSUNTOS

SOLICITAÇÃO	02/04/2026 13:00:17
-------------	---------------------

DOCUMENTOS RELACIONADOS

Memorando 63	02/04/2026	1551883
--------------	------------	---------

ASSINATURAS ELETRÔNICAS



Gizelli Pezzin Simoes

Coordenador da Atenção Básica-ATB-SEMSAU

02/04/2026 13:20:45

Assinado na forma do Decreto Municipal nº 13.714/2020.

A autenticidade deste documento pode ser conferida através do QRCode acima ou ainda através do site transparencia.ouropretodoeste.ro.gov.br informando o ID 1552274 e o CRC 6763326C.



Presidência da República
Secretaria-Geral
Subchefia para Assuntos Jurídicos

LEI Nº 13.595, DE 5 DE JANEIRO DE 2018.

[Mensagem de veto](#)

[Promulgação de partes vetadas](#)

Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para dispor sobre a reformulação das atribuições, a jornada e as condições de trabalho, o grau de formação profissional, os cursos de formação técnica e continuada e a indenização de transporte dos profissionais Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º O art. 2º da [Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006](#), passa a vigorar acrescido dos seguintes §§ 1º e 2º:

“Art. 2º

~~§ 1º (VETADO).~~

[§ 1º](#) É essencial e obrigatória a presença de Agentes Comunitários de Saúde na estrutura de atenção básica de saúde e de Agentes de Combate às Endemias na estrutura de vigilância epidemiológica e ambiental. [\(Promulgação\)](#)

§ 2º Incumbe aos Agentes Comunitários de Saúde e aos Agentes de Combate às Endemias desempenhar com zelo e presteza as atividades previstas nesta Lei.” (NR)

Art. 2º O art. 3º da [Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006](#), passa a vigorar com a seguinte redação:

“ [Art. 3º](#) O Agente Comunitário de Saúde tem como atribuição o exercício de atividades de prevenção de doenças e de promoção da saúde, a partir dos referenciais da Educação Popular em Saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS que normatizam a saúde preventiva e a atenção básica em saúde, com objetivo de ampliar o acesso da comunidade assistida às ações e aos serviços de informação, de saúde, de promoção social e de proteção da cidadania, sob supervisão do gestor municipal, distrital, estadual ou federal.

Parágrafo único. (Revogado).

I - (revogado);

II - (revogado);

III - (revogado);

IV - (revogado);

V - (revogado);

VI - (revogado).

§ 1º Para fins desta Lei, entende-se por Educação Popular em Saúde as práticas político-pedagógicas que decorrem das ações voltadas para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, estimulando o autocuidado, a prevenção de doenças e a promoção da saúde individual e coletiva a partir do diálogo sobre a diversidade de saberes culturais, sociais e científicos e a valorização dos saberes populares, com vistas à ampliação da participação popular no SUS e ao fortalecimento do vínculo entre os trabalhadores da saúde e os usuários do SUS.

~~§ 2º (VETADO).~~

~~§ 3º (VETADO).~~

~~§ 4º (VETADO).~~

~~§ 5º (VETADO).~~

§ 2º No modelo de atenção em saúde fundamentado na assistência multiprofissional em saúde da família, é considerada atividade precípua do Agente Comunitário de Saúde, em sua área geográfica de atuação, a realização de visitas domiciliares rotineiras, casa a casa,

para a busca de pessoas com sinais ou sintomas de doenças agudas ou crônicas, de agravos ou de eventos de importância para a saúde pública e consequente encaminhamento para a unidade de saúde de referência. [\(Promulgação\)](#)

§ 3º No modelo de atenção em saúde fundamentado na assistência multiprofissional em saúde da família, são consideradas atividades típicas do Agente Comunitário de Saúde, em sua área geográfica de atuação:

I - a utilização de instrumentos para diagnóstico demográfico e sociocultural; [\(Promulgação\)](#)

II - o detalhamento das visitas domiciliares, com coleta e registro de dados relativos a suas atribuições, para fim exclusivo de controle e planejamento das ações de saúde;

III - a mobilização da comunidade e o estímulo à participação nas políticas públicas voltadas para as áreas de saúde e socioeducacional;

IV - a realização de visitas domiciliares regulares e periódicas para acolhimento e acompanhamento:

- a) da gestante, no pré-natal, no parto e no puerpério;
- b) da lactante, nos seis meses seguintes ao parto;
- c) da criança, verificando seu estado vacinal e a evolução de seu peso e de sua altura;
- d) do adolescente, identificando suas necessidades e motivando sua participação em ações de educação em saúde, em conformidade com o previsto na Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente);
- e) da pessoa idosa, desenvolvendo ações de promoção de saúde e de prevenção de quedas e acidentes domésticos e motivando sua participação em atividades físicas e coletivas;
- f) da pessoa em sofrimento psíquico;
- g) da pessoa com dependência química de álcool, de tabaco ou de outras drogas;
- h) da pessoa com sinais ou sintomas de alteração na cavidade bucal;
- i) dos grupos homossexuais e transexuais, desenvolvendo ações de educação para promover a saúde e prevenir doenças;
- j) da mulher e do homem, desenvolvendo ações de educação para promover a saúde e prevenir doenças;

V - realização de visitas domiciliares regulares e periódicas para identificação e acompanhamento:

- a) de situações de risco à família;
- b) de grupos de risco com maior vulnerabilidade social, por meio de ações de promoção da saúde, de prevenção de doenças e de educação em saúde;
- c) do estado vacinal da gestante, da pessoa idosa e da população de risco, conforme sua vulnerabilidade e em consonância com o previsto no calendário nacional de vacinação;

VI - o acompanhamento de condicionalidades de programas sociais, em parceria com os Centros de Referência de Assistência Social (Cras).

§ 4º No modelo de atenção em saúde fundamentado na assistência multiprofissional em saúde da família, desde que o Agente Comunitário de Saúde tenha concluído curso

técnico e tenha disponíveis os equipamentos adequados, são atividades do Agente, em sua área geográfica de atuação, assistidas por profissional de saúde de nível superior, membro da equipe: [\(Promulgação\)](#).

I - a aferição da pressão arterial, durante a visita domiciliar, em caráter excepcional, encaminhando o paciente para a unidade de saúde de referência;

II - a medição de glicemia capilar, durante a visita domiciliar, em caráter excepcional, encaminhando o paciente para a unidade de saúde de referência;

III - a aferição de temperatura axilar, durante a visita domiciliar, em caráter excepcional, com o devido encaminhamento do paciente, quando necessário, para a unidade de saúde de referência;

IV - a orientação e o apoio, em domicílio, para a correta administração de medicação de paciente em situação de vulnerabilidade;

V - a verificação antropométrica.

§ 5º No modelo de atenção em saúde fundamentado na assistência multiprofissional em saúde da família, são consideradas atividades do Agente Comunitário de Saúde compartilhadas com os demais membros da equipe, em sua área geográfica de atuação: [\(Promulgação\)](#).

I - a participação no planejamento e no mapeamento institucional, social e demográfico;

II - a consolidação e a análise de dados obtidos nas visitas domiciliares;

III - a realização de ações que possibilitem o conhecimento, pela comunidade, de informações obtidas em levantamentos socioepidemiológicos realizados pela equipe de saúde;

IV - a participação na elaboração, na implementação, na avaliação e na reprogramação permanente dos planos de ação para o enfrentamento de determinantes do processo saúde-doença;

V - a orientação de indivíduos e de grupos sociais quanto a fluxos, rotinas e ações desenvolvidos no âmbito da atenção básica em saúde;

VI - o planejamento, o desenvolvimento e a avaliação de ações em saúde;

VII - o estímulo à participação da população no planejamento, no acompanhamento e na avaliação de ações locais em saúde.

~~Art. 3º (VETADO):~~

Art. 3º O art. 4º da Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, passa a vigorar acrescido dos seguintes §§ 1º, 2º e 3º : [\(Promulgação\)](#).

‘Art. 4º

§ 1º São consideradas atividades típicas do Agente de Combate às Endemias, em sua área geográfica de atuação:

I - desenvolvimento de ações educativas e de mobilização da comunidade relativas à prevenção e ao controle de doenças e agravos à saúde;

II - realização de ações de prevenção e controle de doenças e agravos à saúde, em interação com o Agente Comunitário de Saúde e a equipe de atenção básica;

III - identificação de casos suspeitos de doenças e agravos à saúde e encaminhamento, quando indicado, para a unidade de saúde de referência, assim como comunicação do fato à autoridade sanitária

responsável;

IV - divulgação de informações para a comunidade sobre sinais, sintomas, riscos e agentes transmissores de doenças e sobre medidas de prevenção individuais e coletivas;

V - realização de ações de campo para pesquisa entomológica, malacológica e coleta de reservatórios de doenças;

VI - cadastramento e atualização da base de imóveis para planejamento e definição de estratégias de prevenção e controle de doenças;

VII - execução de ações de prevenção e controle de doenças, com a utilização de medidas de controle químico e biológico, manejo ambiental e outras ações de manejo integrado de vetores;

VIII - execução de ações de campo em projetos que visem a avaliar novas metodologias de intervenção para prevenção e controle de doenças;

IX - registro das informações referentes às atividades executadas, de acordo com as normas do SUS;

X - identificação e cadastramento de situações que interfiram no curso das doenças ou que tenham importância epidemiológica relacionada principalmente aos fatores ambientais;

XI - mobilização da comunidade para desenvolver medidas simples de manejo ambiental e outras formas de intervenção no ambiente para o controle de vetores.

§ 2º É considerada atividade dos Agentes de Combate às Endemias assistida por profissional de nível superior e condicionada à estrutura de vigilância epidemiológica e ambiental e de atenção básica a participação:

I - no planejamento, execução e avaliação das ações de vacinação animal contra zoonoses de relevância para a saúde pública normatizadas pelo Ministério da Saúde, bem como na notificação e na investigação de eventos adversos temporalmente associados a essas vacinações;

II - na coleta de animais e no recebimento, no acondicionamento, na conservação e no transporte de espécimes ou amostras biológicas de animais, para seu encaminhamento aos laboratórios responsáveis pela identificação ou diagnóstico de zoonoses de relevância para a saúde pública no Município;

III - na necropsia de animais com diagnóstico suspeito de zoonoses de relevância para a saúde pública, auxiliando na coleta e no encaminhamento de amostras laboratoriais, ou por meio de outros procedimentos pertinentes;

IV - na investigação diagnóstica laboratorial de zoonoses de relevância para a saúde pública;

V - na realização do planejamento, desenvolvimento e execução de ações de controle da população de animais, com vistas ao combate à propagação de zoonoses de relevância para a saúde pública, em caráter excepcional, e sob supervisão da coordenação da área de vigilância em saúde.

§ 3º O Agente de Combate às Endemias poderá participar, mediante treinamento adequado, da execução, da coordenação ou da supervisão das ações de vigilância epidemiológica e ambiental.

~~Art. 4º (VETADO).~~

Art. 4º A Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, passa a vigorar acrescida do seguinte art. 4º -A: [\(Promulgação\)](#)

‘Art. 4º -A. O Agente Comunitário de Saúde e o Agente de Combate às Endemias realizarão atividades de forma integrada, desenvolvendo mobilizações sociais por meio da Educação Popular em Saúde, dentro de sua área geográfica de atuação, especialmente nas seguintes situações:

I - na orientação da comunidade quanto à adoção de medidas simples de manejo ambiental para o controle de vetores, de medidas de proteção individual e coletiva e de outras ações de promoção de saúde, para a prevenção de doenças infecciosas, zoonoses, doenças de transmissão vetorial e agravos causados por animais peçonhentos;

II - no planejamento, na programação e no desenvolvimento de atividades de vigilância em saúde, de forma articulada com as equipes de saúde da família;

III - (VETADO);

IV - na identificação e no encaminhamento, para a unidade de saúde de referência, de situações que, relacionadas a fatores ambientais, interfiram no curso de doenças ou tenham importância epidemiológica;

V - na realização de campanhas ou de mutirões para o combate à transmissão de doenças infecciosas e a outros agravos.

Art. 5º A [Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006](#), passa a vigorar acrescida do seguinte art. 4º-B:

“ [Art. 4º-B.](#) Deverão ser observadas as ações de segurança e de saúde do trabalhador, notadamente o uso de equipamentos de proteção individual e a realização dos exames de saúde ocupacional, na execução das atividades dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias.”

Art. 6º O art. 5º da [Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006](#), passa a vigorar com a seguinte redação:

“ [Art. 5º](#) O Ministério da Saúde regulamentará as atividades de vigilância, prevenção e controle de doenças e de promoção da saúde a que se referem os arts. 3º, 4º e 4º-A e estabelecerá os parâmetros dos cursos previstos no inciso II do caput do art. 6º, no inciso I do caput do art. 7º e no § 2º deste artigo, observadas as diretrizes curriculares nacionais definidas pelo Conselho Nacional de Educação.

~~§ 1º (VETADO).~~

~~§ 2º (VETADO).~~

§ 1º Os cursos a que se refere o **caput** deste artigo utilizarão os referenciais da Educação Popular em Saúde e serão oferecidos ao Agente Comunitário de Saúde e ao Agente de Combate às Endemias nas modalidades presencial ou semipresencial durante a jornada de trabalho. ([Promulgação](#))

§ 2º O Agente Comunitário de Saúde e o Agente de Combate às Endemias deverão frequentar cursos bienais de educação continuada e de aperfeiçoamento. ([Promulgação](#))

§ 3º Cursos técnicos de Agente Comunitário de Saúde e de Agente de Combate às Endemias poderão ser ministrados nas modalidades presencial e semipresencial e seguirão as diretrizes estabelecidas pelo Conselho Nacional de Educação.” (NR)

Art. 7º O art. 6º da [Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006](#), passa a vigorar com as seguintes alterações:

“Art. 6º

.....

[II](#) - ter concluído, com aproveitamento, curso de formação inicial, com carga horária mínima de quarenta horas;

III - ter concluído o ensino médio.

§ 1º Quando não houver candidato inscrito que preencha o requisito previsto no inciso III do caput deste artigo, poderá ser admitida a contratação de candidato com ensino fundamental, que deverá comprovar a conclusão do ensino médio no prazo máximo de três anos.

~~§ 2º (VETADO).~~

§ 2º É vedada a atuação do Agente Comunitário de Saúde fora da área geográfica a que se refere o inciso I do **caput** deste artigo. ([Promulgação](#))

§ 3º Ao ente federativo responsável pela execução dos programas relacionados às atividades do Agente Comunitário de Saúde compete a definição da área geográfica a que se refere o inciso I do caput deste artigo, devendo:

I - observar os parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde;



II - considerar a geografia e a demografia da região, com distinção de zonas urbanas e rurais;

III - flexibilizar o número de famílias e de indivíduos a serem acompanhados, de acordo com as condições de acessibilidade local e de vulnerabilidade da comunidade assistida.

§ 4º A área geográfica a que se refere o inciso I do caput deste artigo será alterada quando houver risco à integridade física do Agente Comunitário de Saúde ou de membro de sua família decorrente de ameaça por parte de membro da comunidade onde reside e atua.

§ 5º (VETADO).’ (NR)”

§ 5º Caso o Agente Comunitário de Saúde adquira casa própria fora da área geográfica de sua atuação, será excepcionado o disposto no inciso I do **caput** deste artigo e mantida sua vinculação à mesma equipe de saúde da família em que esteja atuando, podendo ser remanejado, na forma de regulamento, para equipe atuante na área onde está localizada a casa adquirida. ([Promulgação](#))

Art. 8º O art. 7º da [Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006](#), passa a vigorar com as seguintes alterações:

“Art. 7º

I - ter concluído, com aproveitamento, curso de formação inicial, com carga horária mínima de quarenta horas;

II - ter concluído o ensino médio.

Parágrafo único. (Revogado).

§ 1º Quando não houver candidato inscrito que preencha o requisito previsto no inciso II do caput deste artigo, poderá ser admitida a contratação de candidato com ensino fundamental, que deverá comprovar a conclusão do ensino médio no prazo máximo de três anos.

§ 2º Ao ente federativo responsável pela execução dos programas relacionados às atividades do Agente de Combate às Endemias compete a definição do número de imóveis a serem fiscalizados pelo Agente, observados os parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde e os seguintes:

I - condições adequadas de trabalho;

II - geografia e demografia da região, com distinção de zonas urbanas e rurais;

III - flexibilização do número de imóveis, de acordo com as condições de acessibilidade local.” (NR)

Art. 9º (VETADO).

Art. 10. O art. 9º-A da [Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006](#), passa a vigorar com as seguintes alterações

“Art. 9º-A.

.....

§ 2º (VETADO);

§ 2º A jornada de trabalho de quarenta horas semanais exigida para garantia do piso salarial previsto nesta Lei deverá ser integralmente dedicada a ações e serviços de promoção da saúde, de vigilância epidemiológica e ambiental e de combate a endemias, em prol das famílias e comunidades assistidas, dentro dos respectivos territórios de atuação, e será distribuída em: ([Promulgação](#))

I - trinta horas semanais, para atividades externas de visita domiciliar, execução de ações de campo, coleta de dados, orientação e mobilização da comunidade, entre outras;

II - dez horas semanais, para atividades de planejamento e avaliação de ações, detalhamento das atividades, registro de dados e formação e aprimoramento técnico.

.....



§ 4º As condições climáticas da área geográfica de atuação serão consideradas na definição do horário para cumprimento da jornada de trabalho.” (NR)

Art. 11. O art. 9º-E da [Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006](#), passa a vigorar com a seguinte redação:

“ [Art. 9º-E.](#) Atendidas as disposições desta Lei e as respectivas normas regulamentadoras, os recursos de que tratam os arts. 9º-C e 9º-D serão repassados pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS) aos fundos de saúde dos Municípios, Estados e Distrito Federal como transferências correntes, regulares, automáticas e obrigatórias, nos termos do disposto no [art. 3º da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990](#). ” (NR)

~~Art. 12. (VETADO).~~

Art. 12. A Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, passa a vigorar acrescida do seguinte art. 9º -H: [\(Promulgação\)](#)

‘Art. 9º -H. Será concedida indenização de transporte ao Agente Comunitário de Saúde e ao Agente de Combate às Endemias que realizar despesas com locomoção para o exercício de suas atividades, conforme disposto em regulamento.’

~~Art. 13. (VETADO).~~

Art. 13. O art. 14 da Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, passa a vigorar com a seguinte redação: [\(Promulgação\)](#)

‘Art. 14. O gestor local do SUS responsável pela admissão dos profissionais de que trata esta Lei disporá sobre a criação dos cargos ou empregos públicos e demais aspectos inerentes à atividade, observadas as determinações desta Lei e as especificidades locais.’ (NR)”

Art. 14. (VETADO).

Art. 15. Não será exigida do Agente Comunitário de Saúde e do Agente de Combate às Endemias a conclusão de:

I - ensino fundamental, se estava exercendo as atividades em 5 de outubro de 2006;

II - ensino médio, se estiver exercendo as atividades na data de publicação desta Lei.

Art. 16. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 5 de janeiro de 2018; 197º da Independência e 130º da República.

MICHEL TEMER
Torquato Jardim
Henrique Meirelles
Ricardo José Magalhães Barros
Esteves Pedro Colnago Junior
Grace Maria Fernandes Mendonça

Este texto não substitui o publicado no DOU de 8.1.2018

*

LEI Nº 13.595, DE 5 DE JANEIRO DE 2018.

[Mensagem de veto](#)

Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para dispor sobre a reformulação das atribuições, a jornada e as condições de trabalho, o grau de formação profissional, os cursos de formação técnica e continuada e a indenização de transporte dos profissionais Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias.

O PRESIDENTE DA DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu promulgo, nos termos do parágrafo 5º do art. 66 da Constituição Federal, as seguintes partes vetadas da Lei nº 13.595, de 5 de janeiro de 2018 :

“Art. 1º O art. 2º da Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, passa a vigorar acrescido dos seguintes §§ 1º e 2º :

‘Art. 2º



§ 1º É essencial e obrigatória a presença de Agentes Comunitários de Saúde na estrutura de atenção básica de saúde e de Agentes de Combate às Endemias na estrutura de vigilância epidemiológica e ambiental.

.....”

“Art. 2º O art. 3º da Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, passa a vigorar com a seguinte redação:

‘Art. 3º

.....

“§ 2º No modelo de atenção em saúde fundamentado na assistência multiprofissional em saúde da família, é considerada atividade precípua do Agente Comunitário de Saúde, em sua área geográfica de atuação, a realização de visitas domiciliares rotineiras, casa a casa, para a busca de pessoas com sinais ou sintomas de doenças agudas ou crônicas, de agravos ou de eventos de importância para a saúde pública e consequente encaminhamento para a unidade de saúde de referência.

§ 3º No modelo de atenção em saúde fundamentado na assistência multiprofissional em saúde da família, são consideradas atividades típicas do Agente Comunitário de Saúde, em sua área geográfica de atuação:

I - a utilização de instrumentos para diagnóstico demográfico e sociocultural;

II - o detalhamento das visitas domiciliares, com coleta e registro de dados relativos a suas atribuições, para fim exclusivo de controle e planejamento das ações de saúde;

III - a mobilização da comunidade e o estímulo à participação nas políticas públicas voltadas para as áreas de saúde e socioeducacional;

IV - a realização de visitas domiciliares regulares e periódicas para acolhimento e acompanhamento:

a) da gestante, no pré-natal, no parto e no puerpério;

b) da lactante, nos seis meses seguintes ao parto;

c) da criança, verificando seu estado vacinal e a evolução de seu peso e de sua altura;

d) do adolescente, identificando suas necessidades e motivando sua participação em ações de educação em saúde, em conformidade com o previsto na Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente);

e) da pessoa idosa, desenvolvendo ações de promoção de saúde e de prevenção de quedas e acidentes domésticos e motivando sua participação em atividades físicas e coletivas;

f) da pessoa em sofrimento psíquico;

g) da pessoa com dependência química de álcool, de tabaco ou de outras drogas;

h) da pessoa com sinais ou sintomas de alteração na cavidade bucal;

i) dos grupos homossexuais e transexuais, desenvolvendo ações de educação para promover a saúde e prevenir doenças;

j) da mulher e do homem, desenvolvendo ações de educação para promover a saúde e prevenir doenças;

V - realização de visitas domiciliares regulares e periódicas para identificação e acompanhamento:

a) de situações de risco à família;

b) de grupos de risco com maior vulnerabilidade social, por meio de ações de promoção da saúde, de prevenção de doenças e de educação em saúde;



c) do estado vacinal da gestante, da pessoa idosa e da população de risco, conforme sua vulnerabilidade e em consonância com o previsto no calendário nacional de vacinação;

VI - o acompanhamento de condicionalidades de programas sociais, em parceria com os Centros de Referência de Assistência Social (Cras).

§ 4º No modelo de atenção em saúde fundamentado na assistência multiprofissional em saúde da família, desde que o Agente Comunitário de Saúde tenha concluído curso técnico e tenha disponíveis os equipamentos adequados, são atividades do Agente, em sua área geográfica de atuação, assistidas por profissional de saúde de nível superior, membro da equipe:

I - a aferição da pressão arterial, durante a visita domiciliar, em caráter excepcional, encaminhando o paciente para a unidade de saúde de referência;

II - a medição de glicemia capilar, durante a visita domiciliar, em caráter excepcional, encaminhando o paciente para a unidade de saúde de referência;

III - a aferição de temperatura axilar, durante a visita domiciliar, em caráter excepcional, com o devido encaminhamento do paciente, quando necessário, para a unidade de saúde de referência;

IV - a orientação e o apoio, em domicílio, para a correta administração de medicação de paciente em situação de vulnerabilidade;

V - a verificação antropométrica.

§ 5º No modelo de atenção em saúde fundamentado na assistência multiprofissional em saúde da família, são consideradas atividades do Agente Comunitário de Saúde compartilhadas com os demais membros da equipe, em sua área geográfica de atuação:

I - a participação no planejamento e no mapeamento institucional, social e demográfico;

II - a consolidação e a análise de dados obtidos nas visitas domiciliares;

III - a realização de ações que possibilitem o conhecimento, pela comunidade, de informações obtidas em levantamentos socioepidemiológicos realizados pela equipe de saúde;

IV - a participação na elaboração, na implementação, na avaliação e na reprogramação permanente dos planos de ação para o enfrentamento de determinantes do processo saúde-doença;

V - a orientação de indivíduos e de grupos sociais quanto a fluxos, rotinas e ações desenvolvidos no âmbito da atenção básica em saúde;

VI - o planejamento, o desenvolvimento e a avaliação de ações em saúde;

VII - o estímulo à participação da população no planejamento, no acompanhamento e na avaliação de ações locais em saúde.' (NR)''

“Art. 3º O art. 4º da Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, passa a vigorar acrescido dos seguintes §§ 1º, 2º e 3º :

‘Art. 4º

§ 1º São consideradas atividades típicas do Agente de Combate às Endemias, em sua área geográfica de atuação:

I - desenvolvimento de ações educativas e de mobilização da comunidade relativas à prevenção e ao controle de doenças e agravos à saúde;

II - realização de ações de prevenção e controle de doenças e agravos à saúde, em interação com o Agente Comunitário de Saúde e a equipe de atenção básica;

III - identificação de casos suspeitos de doenças e agravos à saúde e encaminhamento, quando indicado, para a unidade de saúde de referência, assim como comunicação do fato à autoridade sanitária responsável;



IV - divulgação de informações para a comunidade sobre sinais, sintomas, riscos e agentes transmissores de doenças e sobre medidas de prevenção individuais e coletivas;

V - realização de ações de campo para pesquisa entomológica, malacológica e coleta de reservatórios de doenças;

VI - cadastramento e atualização da base de imóveis para planejamento e definição de estratégias de prevenção e controle de doenças;

VII - execução de ações de prevenção e controle de doenças, com a utilização de medidas de controle químico e biológico, manejo ambiental e outras ações de manejo integrado de vetores;

VIII - execução de ações de campo em projetos que visem a avaliar novas metodologias de intervenção para prevenção e controle de doenças;

IX - registro das informações referentes às atividades executadas, de acordo com as normas do SUS;

X - identificação e cadastramento de situações que interfiram no curso das doenças ou que tenham importância epidemiológica relacionada principalmente aos fatores ambientais;

XI - mobilização da comunidade para desenvolver medidas simples de manejo ambiental e outras formas de intervenção no ambiente para o controle de vetores.

§ 2º É considerada atividade dos Agentes de Combate às Endemias assistida por profissional de nível superior e condicionada à estrutura de vigilância epidemiológica e ambiental e de atenção básica a participação:

I - no planejamento, execução e avaliação das ações de vacinação animal contra zoonoses de relevância para a saúde pública normatizadas pelo Ministério da Saúde, bem como na notificação e na investigação de eventos adversos temporariamente associados a essas vacinações;

II - na coleta de animais e no recebimento, no acondicionamento, na conservação e no transporte de espécimes ou amostras biológicas de animais, para seu encaminhamento aos laboratórios responsáveis pela identificação ou diagnóstico de zoonoses de relevância para a saúde pública no Município;

III - na necropsia de animais com diagnóstico suspeito de zoonoses de relevância para a saúde pública, auxiliando na coleta e no encaminhamento de amostras laboratoriais, ou por meio de outros procedimentos pertinentes;

IV - na investigação diagnóstica laboratorial de zoonoses de relevância para a saúde pública;

V - na realização do planejamento, desenvolvimento e execução de ações de controle da população de animais, com vistas ao combate à propagação de zoonoses de relevância para a saúde pública, em caráter excepcional, e sob supervisão da coordenação da área de vigilância em saúde.

§ 3º O Agente de Combate às Endemias poderá participar, mediante treinamento adequado, da execução, da coordenação ou da supervisão das ações de vigilância epidemiológica e ambiental.' (NR)"

"Art. 4º A Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, passa a vigorar acrescida do seguinte art. 4º -A:

'Art. 4º -A. O Agente Comunitário de Saúde e o Agente de Combate às Endemias realizarão atividades de forma integrada, desenvolvendo mobilizações sociais por meio da Educação Popular em Saúde, dentro de sua área geográfica de atuação, especialmente nas seguintes situações:

I - na orientação da comunidade quanto à adoção de medidas simples de manejo ambiental para o controle de vetores, de medidas de proteção individual e coletiva e de outras ações de promoção de saúde, para a prevenção de doenças infecciosas, zoonoses, doenças de transmissão vetorial e agravos causados por animais peçonhentos;

II - no planejamento, na programação e no desenvolvimento de atividades de vigilância em saúde, de forma articulada com as equipes de saúde da família;

III - (VETADO);

IV - na identificação e no encaminhamento, para a unidade de saúde de referência, de situações que, relacionadas a fatores ambientais, interfiram no curso de doenças ou tenham importância epidemiológica;

V - na realização de campanhas ou de mutirões para o combate à transmissão de doenças infecciosas e a outros agravos.”

“Art. 6º O art. 5º da Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, passa a vigorar com a seguinte redação:

‘Art. 5º

§ 1º Os cursos a que se refere o **caput** deste artigo utilizarão os referenciais da Educação Popular em Saúde e serão oferecidos ao Agente Comunitário de Saúde e ao Agente de Combate às Endemias nas modalidades presencial ou semipresencial durante a jornada de trabalho.

§ 2º O Agente Comunitário de Saúde e o Agente de Combate às Endemias deverão frequentar cursos bienais de educação continuada e de aperfeiçoamento.

.....”

“Art. 7º O art. 6º da Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, passa a vigorar com as seguintes alterações:

‘Art. 6º

.....

§ 2º É vedada a atuação do Agente Comunitário de Saúde fora da área geográfica a que se refere o inciso I do **caput** deste artigo.”

.....

§ 5º Caso o Agente Comunitário de Saúde adquira casa própria fora da área geográfica de sua atuação, será excepcionado o disposto no inciso I do **caput** deste artigo e mantida sua vinculação à mesma equipe de saúde da família em que esteja atuando, podendo ser remanejado, na forma de regulamento, para equipe atuante na área onde está localizada a casa adquirida.’ (NR)”

“Art. 10. O art. 9º -A da Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, passa a vigorar com as seguintes alterações:

‘Art. 9º -A.

.....

§ 2º A jornada de trabalho de quarenta horas semanais exigida para garantia do piso salarial previsto nesta Lei deverá ser integralmente dedicada a ações e serviços de promoção da saúde, de vigilância epidemiológica e ambiental e de combate a endemias, em prol das famílias e comunidades assistidas, dentro dos respectivos territórios de atuação, e será distribuída em:

I - trinta horas semanais, para atividades externas de visita domiciliar, execução de ações de campo, coleta de dados, orientação e mobilização da comunidade, entre outras;

II - dez horas semanais, para atividades de planejamento e avaliação de ações, detalhamento das atividades, registro de dados e formação e aprimoramento técnico.

.....”

“Art. 12. A Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, passa a vigorar acrescida do seguinte art. 9º -H:

‘Art. 9º -H. Será concedida indenização de transporte ao Agente Comunitário de Saúde e ao Agente de Combate às Endemias que realizar despesas com locomoção para o exercício de suas atividades, conforme disposto em regulamento.”

“Art. 13. O art. 14 da Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, passa a vigorar com a seguinte redação:

‘Art. 14. O gestor local do SUS responsável pela admissão dos profissionais de que trata esta Lei disporá sobre a criação dos cargos ou empregos públicos e demais aspectos inerentes à atividade, observadas as determinações desta Lei e as especificidades locais.’ (NR)”

Brasília, 17 de abril de 2018; 197º da Independência e 130º da República.

MICHEL TEMER

Este texto não substitui o publicado no DOU de 18.4.2018





Município de Ouro Preto do Oeste

04.380.507/0001-79

Praça da Liberdade

www.ouropretodoeste.ro.gov.br

FICHA CADASTRAL DO DOCUMENTO ELETRÔNICO

Tipo do Documento	Identificação/Número	Data
Lei	13.595	02/04/2026

ID:	1552322	Processo	Documento
CRC:	929A8FFF		
Processo:	1-1318/2026		
Usuário:	Gizelli Pezzin Simoes		
Criação:	02/04/2026 13:10:40	Finalização:	02/04/2026 13:11:01

MD5: 96E839EC50D4B28983B323A508F10899

SHA256: 1879D4B209C175E321B5EA3E1C242E72D592B8B632E916455C90B88C3F3DE933

Súmula/Objeto:

solicitação ao setor jurídico para criar ou alterar o cargo de ACS para TACS

INTERESSADOS

ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE - SEMSAU	Ouro Preto do Oeste	RO	02/04/2026 13:10:40
----------------------------------	---------------------	----	---------------------

ASSUNTOS

SOLICITAÇÃO	02/04/2026 13:10:40
-------------	---------------------

CIENTES

Stefany Santos	08/04/2026 13:28:40
----------------	---------------------

DOCUMENTOS RELACIONADOS

Memorando 63	02/04/2026	1551883
--------------	------------	---------

ASSINATURAS ELETRÔNICAS

 SIMPLES ASSINATURA ELETRÔNICA	Gizelli Pezzin Simoes	Coordenador da Atenção Básica-ATB-SEMSAU	02/04/2026 13:21:57
--	-----------------------	--	---------------------

Assinado na forma do Decreto Municipal nº 13.714/2020.

A autenticidade deste documento pode ser conferida através do QRCode acima ou ainda através do site transparencia.ouropretodoeste.ro.gov.br informando o ID 1552322 e o CRC 929A8FFF.



Presidência da República
Secretaria-Geral
Subchefia para Assuntos Jurídicos

LEI Nº 14.536, DE 20 DE JANEIRO DE 2023

Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, a fim de considerar os Agentes Comunitários de Saúde e os Agentes de Combate às Endemias como profissionais de saúde, com profissões regulamentadas, para a finalidade que especifica.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º A [Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006](#), passa a vigorar acrescida do seguinte art. 2º-A:

[“Art. 2º-A.](#) Os Agentes Comunitários de Saúde e os Agentes de Combate às Endemias são considerados profissionais de saúde, com profissões regulamentadas, para fins do disposto na [alínea 'c' do inciso XVI do caput do art. 37 da Constituição Federal.](#)”

Art. 2º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 20 de janeiro de 2023; 202º da Independência e 135º da República.

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA
Esther Dweck
Nísia Verônica Trindade Lima
Luiz Marinho

Este texto não substitui o publicado no DOU de 20.1.2023, Edição extra-

*







Município de Ouro Preto do Oeste

04.380.507/0001-79

Praça da Liberdade

www.ouropretodoeste.ro.gov.br

FICHA CADASTRAL DO DOCUMENTO ELETRÔNICO

Tipo do Documento	Identificação/Número	Data
Lei	14.536	02/04/2026

ID:	1552316	Processo	Documento
CRC:	AFA3DE57		
Processo:	1-1318/2026		
Usuário:	Gizelli Pezzin Simoes		
Criação:	02/04/2026 13:07:53	Finalização:	02/04/2026 13:08:12

MD5:	E4303315B6A89E508B0DE16D37473B27
SHA256:	C5E5725D7B8874592853651E0FF6B4A4B865B31E72CE9C827764034E0AA07AD3

Súmula/Objeto:

solicitação ao setor jurídico para criar ou alterar o cargo de ACS para TACS

INTERESSADOS

ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE - SEMSAU	Ouro Preto do Oeste	RO	02/04/2026 13:07:53
----------------------------------	---------------------	----	---------------------

ASSUNTOS

SOLICITAÇÃO	02/04/2026 13:07:53
-------------	---------------------

DOCUMENTOS RELACIONADOS

Memorando 63	02/04/2026	1551883
--------------	------------	---------

ASSINATURAS ELETRÔNICAS

 SIMPLES ASSINATURA ELETRÔNICA	Gizelli Pezzin Simoes	Coordenador da Atenção Básica-ATB-SEMSAU	02/04/2026 13:21:30
--	-----------------------	--	---------------------

Assinado na forma do Decreto Municipal nº 13.714/2020.

A autenticidade deste documento pode ser conferida através do QRCode acima ou ainda através do site transparencia.ouropretodoeste.ro.gov.br informando o ID 1552316 e o CRC AFA3DE57.

Dispõe sobre a atualização da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) do cargo de Agente Comunitário de Saúde no âmbito do Município de Ouro Preto do Oeste/RO e dá outras providências.

O PREFEITO DO MUNICÍPIO DE OURO PRETO DO OESTE, Estado de Rondônia, no uso de suas atribuições legais, conferidas pela Lei Orgânica Municipal e pela Constituição Federal, faz saber que a Câmara Municipal aprova e ele sanciona a seguinte Lei:

Art. 1º Fica atualizada, no âmbito da Administração Pública Municipal, a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) do cargo de Agente Comunitário de Saúde, em conformidade com as normas federais vigentes.

Art. 2º Os Agentes Comunitários de Saúde que possuem formação técnica específica terão sua referência funcional vinculada ao código CBO 3222-55 — Técnico em Agente Comunitário de Saúde, conforme a Portaria SAPS/MS nº 31, de 14 de maio de 2024, a Nota Técnica nº 13/2025-CGESCO/DESCO/SAPS/MS e a Nota Técnica nº 27/2024-CGESCO/DESCO/SAPS/MS.

Art. 3º Os Agentes Comunitários de Saúde que não possuem formação técnica permanecerão vinculados ao código CBO 5151-05 — Agente Comunitário de Saúde, até a conclusão do curso técnico correspondente.

Art. 4º A atualização da CBO prevista nesta Lei tem como finalidade adequar o enquadramento funcional dos servidores às disposições da Lei Federal nº 11.350, de 5 de outubro de 2006 e suas posteriores alterações.

Art. 5º Permanecem inalteradas as atribuições, a jornada de trabalho, os requisitos de ingresso e as demais condições previstas na legislação municipal vigente, ressalvadas as



atividades específicas autorizadas pela legislação federal aplicável aos Agentes Comunitários de Saúde com formação técnica.

Art. 6º O Agente Comunitário de Saúde com formação técnica poderá executar, no exercício de suas funções, as seguintes atividades, em caráter excepcional:

I – Aferir a pressão arterial durante visita domiciliar, devendo encaminhar o usuário à unidade de saúde de referência;

II – Medir a glicemia capilar durante visita domiciliar, devendo encaminhar o usuário à unidade de saúde de referência;

III – Aferir a temperatura axilar durante visita domiciliar, devendo encaminhar o usuário à unidade de saúde de referência, quando necessário;

IV – Orientar e prestar apoio, em domicílio, para a correta administração de medicamentos a pacientes em situação de vulnerabilidade;

V – Realizar a verificação de dados antropométricos.

Parágrafo único. As atividades previstas neste artigo deverão observar integralmente o disposto na Lei Federal nº 11.350, de 5 de outubro de 2006 e suas posteriores alterações, bem como as diretrizes técnicas do Ministério da Saúde.

Art. 7º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.





Município de Ouro Preto do Oeste

04.380.507/0001-79

Praça da Liberdade

www.ouropretodoeste.ro.gov.br

FICHA CADASTRAL DO DOCUMENTO ELETRÔNICO

Tipo do Documento	Identificação/Número	Data
Minuta de Projeto de Lei	01	06/04/2026

ID: 1554442	Processo	Documento
CRC: 211FBF84		
Processo: 1-1318/2026		
Usuário: Stefany Santos		
Criação: 06/04/2026 13:54:11	Finalização: 06/04/2026 13:54:12	

MD5: 55291D55628BAA25CBD131B71E5BB37B
SHA256: AE06A43A1D3911BB369D9CBDE34A59B09545BCD52C0EF3FBA7427CFF775BD715

Súmula/Objeto:
01

INTERESSADOS

SEMSAU - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	OURO PRETO DO OESTE	RO	06/04/2026 13:54:11
--	---------------------	----	---------------------

ASSUNTOS

CRIAÇÃO DE PROJETO DE LEI	06/04/2026 13:54:11
---------------------------	---------------------

ASSINATURAS ELETRÔNICAS

 USUÁRIO - ENTIDADE DO SISTEMA	DIGPROC	06/04/2026 13:54:58
--	---------	---------------------

Assinado na forma do Lei Federal nº 12.682/2012.

A autenticidade deste documento pode ser conferida através do QRCode acima ou ainda através do site transparencia.ouropretodoeste.ro.gov.br informando o ID 1554442 e o CRC 211FBF84.



ESTADO DE RONDÔNIA
PREFEITURA DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE OURO PRETO DO OESTE

Memorando nº 322/SEMSAU/2026

Da: Secretaria Municipal de Saúde

Para: Gabinete do Prefeito

Assunto: Solicitação de autorização para elaboração de Projeto de Lei.

Prezado(a) Senhor(a),

A Secretaria Municipal de Saúde vem, por meio deste, solicitar a autorização de Vossa Excelência para a criação de Projeto de Lei que dispõe sobre a atualização da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) do cargo de Agente Comunitário de Saúde no âmbito do Município de Ouro Preto do Oeste/RO, e dá outras providências.

Informamos que a minuta do referido Projeto de Lei encontra-se devidamente elaborada e anexada ao processo sob o ID nº 1554442, para análise e deliberação.

Diante do exposto, solicitamos a apreciação e autorização do Chefe do Executivo para prosseguimento dos trâmites legais necessários à formalização da referida proposta.

Sem mais para o momento, renovamos votos de estima e consideração.

Atenciosamente,

Ouro Preto do Oeste/RO, 06 de abril de 2026.

Avenida Daniel Comboni, nº 1156 - Bairro Jardim Tropical - Ouro Preto do Oeste/RO
Contato: (69) 3461-2416 - Site: www.ouropretodoeste.ro.gov.br - CNPJ: 04.380.507/0001-79



Documento assinado eletronicamente por **Francielli Luiza Silva Malaquias, Assessor Especial da SEMSAU**, em 13/04/2026 às 09:58, horário de Ouro Preto do Oeste/RO, com fulcro no art. 18 do [Decreto nº 13.714 de 27/08/2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site transparencia.ouropretodoeste.ro.gov.br, informando o ID **1553964** e o código verificador **9313553D**.







ESTADO DE RONDÔNIA
PREFEITURA DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE OURO PRETO DO OESTE

DESPACHO DO PROCESSO INTEGRADO (ID 1)
1-1318/2026

Data/Hora: **09/04/2026 09:46:17**

Origem: **SEMSAU - SECRETARIA MUN. DE SAUDE (85)**

Destino: **GABINETE DO PREFEITO (71)**

Finalidade: **()**

Despacho:

Segue o processo para análise e decisão do Chefe do Executivo, referente ao Memorando nº 322/SEMSAU/2026 ID 1553964.

Informamos que não haverá impacto financeiro, pois se trata apenas da atualização da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) do cargo de Agente Comunitário de Saúde no Município de Ouro Preto do Oeste/RO.

Após a decisão, encaminhar para a Contabilidade e, em seguida, para a Controladoria Geral do Município, para análise.

Depois, enviar ao setor jurídico para emissão de parecer e elaboração do projeto de lei.

Avenida Daniel Comboni, nº 1156 - Bairro Jardim Tropical - Ouro Preto do Oeste/RO
Contato: (69) 3461-2416 - Site: www.ouropretodooeste.ro.gov.br - CNPJ: 04.380.507/0001-79



Documento assinado eletronicamente por **Stefany Santos, Agente Administrativo**, em 09/04/2026 às 09:48, horário de Ouro Preto do Oeste/RO, com fulcro no art. 18 do [Decreto nº 13.714 de 27/08/2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site transparencia.ouropretodooeste.ro.gov.br, informando o ID **1558403** e o código verificador **3BB48964**.

Referência: [Processo nº 1-1318/2026](#).

Docto ID: 1558403 v1





ESTADO DE RONDÔNIA
PREFEITURA DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE OURO PRETO DO OESTE

DESPACHO DO PROCESSO INTEGRADO (ID 2)
1-1318/2026

Data/Hora: **14/04/2026 09:55:24**
Origem: **GABINETE DO PREFEITO (71)**
Destino: **PJ - PROCURADORIA JURIDICA (79)**
Finalidade: **()**

Despacho:

SEGUE PROCESSO AUTORIZADO PARA CRIAÇÃO OU ALTERAÇÃO DO CARGO DE AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE (ACS) E ATUALIZAÇÃO DE ATRIBUIÇÕES CONFORME DIRETRIZES FEDERAIS.

Avenida Daniel Comboni, nº 1156 - Bairro Jardim Tropical - Ouro Preto do Oeste/RO
Contato: (69) 3461-2416 - Site: www.ouropretodooeste.ro.gov.br - CNPJ: 04.380.507/0001-79



Documento assinado eletronicamente (ICP-BR) por **Juan Alex Testoni, Prefeito (a)**, em 14/04/2026 às 10:37, horário de Ouro Preto do Oeste/RO, com fulcro no art. 18 do [Decreto nº 13.714 de 27/08/2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site transparencia.ouropretodooeste.ro.gov.br, informando o ID **1563468** e o código verificador **5ACB6F7C**.

Referência: [Processo nº 1-1318/2026](#).

Docto ID: 1563468 v1





ESTADO DE RONDÔNIA
PREFEITURA DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE OURO PRETO DO OESTE
GABINETE DO PREFEITO

PROJETO DE LEI Nº 3467

23 DE ABRIL DE 2026

Dispõe sobre a atualização da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) do cargo de Agente Comunitário de Saúde no âmbito do Município de Ouro Preto do Oeste/RO e dá outras providências.

O PREFEITO DO MUNICÍPIO DE OURO PRETO DO OESTE, Estado de Rondônia, no uso de suas atribuições legais, conferidas pela Lei Orgânica Municipal e pela Constituição Federal, faz saber que a Câmara Municipal aprova e ele sanciona a seguinte Lei:

Art. 1º. Fica atualizada, no âmbito da Administração Pública Municipal, a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) do cargo de Agente Comunitário de Saúde, em conformidade com as normas federais vigentes.

Art. 2º. Os Agentes Comunitários de Saúde que possuem formação técnica específica terão sua referência funcional vinculada ao código CBO 3222-55 — Técnico em Agente Comunitário de Saúde, conforme a Portaria nº SAPS/MS nº 31, de 14 de maio de 2024, a Nota Técnica nº 13/2025-CGESCO/DESCO/SAPS/MS e a Nota Técnica nº 27/2024-CGESCO/DESCO/SAPS/MS.

Art. 3º. Os Agentes Comunitários de Saúde que não possuem formação técnica permanecerão vinculados ao código CBO 5151-05 — Agente Comunitário de Saúde, até a conclusão do curso técnico correspondente.

Art. 4º. A atualização da CBO prevista nesta Lei tem como finalidade adequar o enquadramento funcional dos servidores às disposições da Lei Federal nº 11.350, de 5 de outubro de 2006 e suas posteriores alterações.





ESTADO DE RONDÔNIA
PREFEITURA DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE OURO PRETO DO OESTE
GABINETE DO PREFEITO

Art. 5º. Permanecem inalteradas as atribuições, a jornada de trabalho, os requisitos de ingresso e as demais condições previstas na legislação municipal vigente, ressalvadas as atividades específicas autorizadas pela legislação federal aplicável aos Agentes Comunitários de Saúde com formação técnica.

Art. 6º. O Agente Comunitário de Saúde com formação técnica poderá executar, no exercício de suas funções, as seguintes atividades, em caráter excepcional:

I – Aferir a pressão arterial durante visita domiciliar, devendo encaminhar o usuário à unidade de saúde de referência;

II – Medir a glicemia capilar durante visita domiciliar, devendo encaminhar o usuário à unidade de saúde de referência;

III – Aferir a temperatura axilar durante visita domiciliar, devendo encaminhar o usuário à unidade de saúde de referência, quando necessário;

IV – Orientar e prestar apoio, em domicílio, para a correta administração de medicamentos a pacientes em situação de vulnerabilidade;

V – Realizar a verificação de dados antropométricos.

Parágrafo único. As atividades previstas neste artigo deverão observar integralmente o disposto na Lei Federal nº 11.350, de 5 de outubro de 2006 e suas posteriores alterações, bem como as diretrizes técnicas do Ministério da Saúde.

Art. 7º. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

JUAN ALEX TESTONI
PREFEITO





ESTADO DE RONDÔNIA
PREFEITURA DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE OURO PRETO DO OESTE
GABINETE DO PREFEITO

MENSAGEM Nº 3282/2026

Honra-nos encaminhar o Projeto de Lei nº 3466 de 23 de abril de 2026, que " **Dispõe sobre a atualização da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) do cargo de Agente Comunitário de Saúde no âmbito do Município de Ouro Preto do Oeste/RO e dá outras providências**", para que seja submetida à elevada apreciação desta Augusta Casa de Leis.

Encaminhamos a presente solicitação visando à adequação legal e administrativa do cargo de Agente Comunitário de Saúde (ACS) no âmbito deste município, fundamentada nas recentes atualizações legislativas federais e nas diretrizes nacionais de atuação integrada.

A regulamentação das atividades de ACS e de Agentes de Combate às Endemias (ACE) é regida pela Lei nº 11.350/2006, que sofreu alterações significativas pela Lei nº 13.595/2018, reformulando atribuições e condições de trabalho. Adicionalmente, a Lei nº 14.536/2023 passou a considerar os ACS e ACE como profissionais de saúde, com profissões regulamentadas.

Ressalta-se que o gestor local do SUS possui a responsabilidade de dispor sobre a criação dos cargos ou empregos públicos e demais aspectos inerentes à atividade, respeitando as normas federais. Atualmente, o Ministério da Saúde promove a qualificação técnica desses profissionais por meio do programa Mais Saúde com Agente, visando habilitá-los para novas funções de maior complexidade.

Com base na Diretriz Nacional para Atuação Integrada e na Lei nº 11.350/2006, as atribuições do cargo devem ser estruturadas da seguinte forma:

- Atividades Precípua: Realização de visitas domiciliares rotineiras para busca ativa de pessoas com sinais ou sintomas de doenças e agravos, com o devido encaminhamento à unidade de saúde de referência.
- Atribuições Típicas: Utilização de instrumentos para diagnóstico demográfico e sociocultural; detalhamento das visitas com registro de dados; mobilização comunitária; e acompanhamento de grupos específicos (gestantes, lactantes, crianças, adolescentes, idosos, pessoas em sofrimento psíquico e dependentes químicos).
- Atribuições Técnicas (Condicionaladas à Formação Técnica e Equipamentos): Desde que o profissional possua o curso técnico e equipamentos adequados, e sob supervisão de profissional de nível superior, o ACS poderá realizar:
 1. Aferição da pressão arterial.
 2. Medição de glicemia capilar.
 3. Aferição de temperatura axilar.
 4. Verificação antropométrica.





ESTADO DE RONDÔNIA
PREFEITURA DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE OURO PRETO DO OESTE
GABINETE DO PREFEITO

5. Orientação para administração de medicação em pacientes vulneráveis.
- Atuação Integrada e Compartilhada: Participação no planejamento e mapeamento territorial; orientação da comunidade sobre manejo ambiental para controle de vetores; e execução de ações integradas com a vigilância em saúde e os ACE em situações de mutirões ou campanhas.

Para o exercício das atividades, o candidato deve residir na área da comunidade em que atuar desde a data de publicação do edital, ter concluído o ensino médio e concluído, com aproveitamento, o curso de formação inicial de quarenta horas.

Assim, com este intuito é que sujeitamos a presente matéria, à apreciação dos Senhores Vereadores, aguardando desde já, a sua aprovação do presente Projeto de Lei.

Gabinete do Prefeito, Ouro Preto do Oeste/RO, 23 de abril de 2026.

JUAN ALEX TESTONI
PREFEITO





ESTADO DE RONDÔNIA
PREFEITURA DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE OURO PRETO DO OESTE
GABINETE DO PREFEITO

Ofício n.131 /GAB/2026

Ouro Preto do Oeste-RO, 23 de abril 2026.

À Sua Excelência, o Senhor
GILVANE FERNANDES DA SILVA
Presidente da Câmara
Municipal Ouro Preto do
Oeste – RO.

Excelentíssimo Senhor Presidente

Honra-nos encaminhar o Projeto de Lei nº 3467 de 23 de abril de 2026, que "**Dispõe sobre a atualização da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) do cargo de Agente Comunitário de Saúde no âmbito do Município de Ouro Preto do Oeste/RO e dá outras providências**", para que seja submetido à elevada apreciação desta Augusta Casa de Leis, na oportunidade, renovamos os protestos de elevada estima e consideração.

Atenciosamente,

JUAN ALEX TESTONI
PREFEITO





Município de Ouro Preto do Oeste

04.380.507/0001-79

Praça da Liberdade

www.ouropretodoeste.ro.gov.br

FICHA CADASTRAL DO DOCUMENTO ELETRÔNICO

Tipo do Documento	Identificação/Número	Data
Projeto de Lei	3467	23/04/2026

ID:	1571744	Processo	Documento
CRC:	0A02C0B1		
Processo:	1-1318/2026		
Usuário:	Kelle Aparecida Lucas dos Santos		
Criação:	23/04/2026 12:42:39	Finalização:	23/04/2026 12:45:01

MD5:	7CBCF831B9F6D39D5CF7BE93FA7F6310
SHA256:	699214240E3C5323812ACD320ABBC3105D676BC9247ACDD1BA3E888E88C71E8F

Súmula/Objeto:

Dispõe sobre a atualização da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) do cargo de Agente Comunitário de Saúde no âmbito do Município de Ouro Preto do Oeste/RO e dá outras providências.

INTERESSADOS

SEMSAU - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	OURO PRETO DO OESTE	RO	23/04/2026 12:42:39
--	---------------------	----	---------------------

ASSUNTOS

CRIAÇÃO DE PROJETO DE LEI	23/04/2026 12:42:39
---------------------------	---------------------

ASSINATURAS ELETRÔNICAS

Juan Alex Testoni	Prefeito (a)	23/04/2026 12:50:22
-------------------	--------------	---------------------

Assinado na forma do Decreto Municipal nº 13.714/2020.

A autenticidade deste documento pode ser conferida através do QRCode acima ou ainda através do site transparencia.ouropretodoeste.ro.gov.br informando o ID 1571744 e o CRC 0A02C0B1.



Município de Ouro Preto do Oeste

04.380.507/0001-79

Praça da Liberdade

www.ouropretodoeste.ro.gov.br

FICHA CADASTRAL DO DOCUMENTO ELETRÔNICO

Tipo do Documento	Identificação/Número	Data
Cópia Integral de Processo Administrativo	1318	23/04/2026

ID:	1571802	Processo	Documento
CRC:	7F64D451		
Processo:	1-1318/2026		
Usuário:	Kelle Aparecida Lucas dos Santos		
Criação:	23/04/2026 12:54:31	Finalização:	23/04/2026 12:54:47

MD5:	B1731C7D898634F0CB91E57DF39ACC0A
SHA256:	37051B19EE8EFBE455B2993195E13AC733BF8E03BD328E82D42926342862F0C3

Súmula/Objeto:

Dispõe sobre a atualização da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) do cargo de Agente Comunitário de Saúde no âmbito do Município de Ouro Preto do Oeste/RO e dá outras providências.

INTERESSADOS

SEMSAU - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	OURO PRETO DO OESTE	RO	23/04/2026 12:54:31
--	---------------------	----	---------------------

ASSUNTOS

CRIAÇÃO DE PROJETO DE LEI	23/04/2026 12:54:31
---------------------------	---------------------

DOCUMENTOS RELACIONADOS

Projeto de Lei 3467	23/04/2026	1571744
---------------------	------------	---------

A autenticidade deste documento pode ser conferida através do QRCode acima ou ainda através do site transparencia.ouropretodoeste.ro.gov.br informando o ID 1571802 e o CRC 7F64D451.



Município de Ouro Preto do Oeste

04.380.507/0001-79

Praça da Liberdade

www.ouropretodoeste.ro.gov.br

FICHA CADASTRAL DO DOCUMENTO ELETRÔNICO

Tipo do Documento	Identificação/Número	Data
Projeto de Lei	3467	23/04/2026

ID:	1571890	Processo	Documento
CRC:	E9473AB9		
Processo:	17-192/2026		
Usuário:	MARIA TEIXEIRA DE OLIVEIRA COELHO		
Criação:	23/04/2026 13:07:38	Finalização:	23/04/2026 13:09:33

MD5:	216EDBE611EDC54379B01764C9E13870
SHA256:	748A8656FFFDC1CD23A4D6AD1E1BB970E6723D0159D3E1B9A68C819840A6E74B

Súmula/Objeto:

PROJETO DE LEI Nº 3467 23 DE ABRIL DE 2026.

INTERESSADOS

PREFEITURA DE OURO PRETO DO OESTE/RO	OURO PRETO DO OESTE	RO	23/04/2026 13:07:38
--------------------------------------	---------------------	----	---------------------

ASSUNTOS

Projeto de Leis Municipais	23/04/2026 13:07:38
----------------------------	---------------------

ASSINATURAS ELETRÔNICAS

	MARIA TEIXEIRA DE OLIVEIRA COELHO	Agente de Serviços Diversos	23/04/2026 13:09:44
--	-----------------------------------	-----------------------------	---------------------

Assinado na forma do Decreto Municipal nº 13.714/2020.

A autenticidade deste documento pode ser conferida através do QRCode acima ou ainda através do site transparencia.ouropretodoeste.ro.gov.br informando o ID 1571890 e o CRC E9473AB9.