



PREFEITURA DE  
**Santos**

**Paulo Alexandre Barbosa**  
**Prefeito**

**Fábio Ferraz**  
**Secretário de Saúde**

# **CURSO INTRODUTÓRIO AGENTES COMUNITÁRIOS DA SAÚDE**

**Edital nº 02/2017 – SEGES-PMS**

**Outubro de 2017**



**BEM VINDOS  
CANDIDATOS AO CARGO  
DE**

**AGENTES COMUNITÁRIOS DA  
SAÚDE**

**DA SECRETARIA DE SAÚDE DE  
SANTOS**

**ANEXO VII – CONTEÚDO PROGRAMÁTICO DO CURSO INTRODUTÓRIO DE FORMAÇÃO INICIAL – EDITAL nº 02/2017 - SEGES**

| Temas   | Bibliografia  |
|---|---|
| <p>Atenção Primária à Saúde:</p> <p>a) Atributos</p> <p>b) O Sistema de Saúde e a Atenção Básica em Santos</p>  | <p><b>Política Nacional de Atenção Básica (2012)</b></p> <p><a href="http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pn_ab.pdf">http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pn_ab.pdf</a></p> <p>Caderno “Modelos de Atenção e à Saúde da Família”, Coleção Educação Profissional e docência em saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde.</p> <p><a href="http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/l26.pdf">http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/l26.pdf</a></p> |
| <p>a) Território e processo saúde-doença</p> <p>b) Visita Domiciliar:</p> <p>c) Territorialização</p> <p>d) Rede de serviços nos territórios</p>                  | <p>Caderno “Modelos de Atenção e à Saúde da Família” e Caderno “Território e o processo saúde-doença”, Coleção Educação Profissional e docência em saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde.</p> <p><a href="http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/l26.pdf">http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/l26.pdf</a></p> <p><a href="http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/l24.pdf">http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/l24.pdf</a></p>               |
| <p>Educação em Saúde:</p> <p>a) Educação, Promoção e Prevenção</p> <p>b) Práticas Integrativas e de promoção a Saúde</p>  | <p>Caderno “Educação e Saúde”, Coleção Educação Profissional e docência em saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde.</p> <p><a href="http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/l29.pdf">http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/l29.pdf</a></p>  |
| <p>a) Sistema de Informação em Saúde: definições e importância</p> <p>b) Sistema e-SUS</p> <p>c) Integra Santos</p> <p>d) Atribuição dos Agentes comunitários</p> | <p>Caderno “Políticas de Saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde”, Coleção Educação Profissional e docência em saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde.</p> <p><a href="http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/l25.pdf">http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/l25.pdf</a></p>   |

**Edital nº  
02/2017 -  
SEGES-PMS**

**Pág.32**

## **ALGUMAS OBSERVAÇÕES :**

- Cada tema será desenvolvido em aproximadamente 90 minutos, sendo contemplado com: \* apresentação; \* desenvolvimento do conteúdo; \* consolidação da aprendizagem

**ATENÇÃO: NÃO HAVERÁ DEBATE DO CONTEÚDO APRESENTADO EM AULA.**

## Horários das aulas

aula 1 : 8h-10h

aula 2 : 10h-12h

aula 3 : 13h30-15h30

aula 4: 15h30-17h30

## REGRAS :

- desligar o celular= guardado nos envelopes fechados
- não é permitido deixar o auditório antes do término da aula---**75% PRESENÇA**
- Assinar a lista de presença em TODAS as saídas e retornos.

# Atenção Primária à Saúde- APS-

a) Atributos

b) O Sistema de Saúde e a  
Atenção Básica em Santos

# ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE-APS

1920- Inglaterra- “ Relatório Dawson”

Marco na história da organização dos sistemas de saúde. Propõe um sistema integrado de medicina curativa e preventiva por meio de ações primária-secundária-terciária

# APS- Denominações

## Serviços básicos

### Atenção Primária à Saúde

(Alma-Ata)

### Primeiros Cuidados

(Tejada de Riveiro)

### Atenção Primária

(Starfield)

### Atenção Básica

(Ministério da Saúde)

A partir da Conferência de Cuidados Primários em Saúde, realizada no ano de 1978, em **Alma-Ata**, Cazaquistão, que se buscou uma definição para APS.



CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE ATENCION PRIMARIA DE SALUD

**ALMA ATA**

Nos anos 60 e 70, OMS  
organizou a **I Conferência Internacional  
Sobre Cuidados Primários em Saúde**

----- APS como estratégia para ampliar a  
cobertura dos sistemas nacionais de saúde e,  
conseqüentemente, alcançar as metas do  
Programa **Saúde Para Todos no Ano 2000**

## DEFINIÇÃO DE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE NA CONFERÊNCIA DE **ALMA-ATA** (Unicef, 1979:1)

Cuidados essenciais baseados em métodos práticos de **acesso universal para indivíduos e suas famílias na comunidade**, e a um custo que a comunidade e o país possam manter

. Além de serem o **primeiro nível de contato de indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde**, aproximando ao máximo possível os serviços de saúde nos lugares onde o povo vive e trabalha, constituem também o primeiro elemento de um **contínuo processo** de atendimento em saúde.

# Porque Atenção Primária como Orientadora de um Sistema de Saúde?

**Sistemas de saúde orientados pelos princípios da APS alcançam:**

- \* Maior acesso aos serviços de saúde**
- **Maior resolutividade**
- **maior satisfação dos usuários**
- **maior equidade**
- **menores custos**

## **IMPACTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

### **. DIMINUEM OS PRINCIPAIS INDICADORES DE SAÚDE:**

**-MORTALIDADE GERAL**

**- MORTALIDADE POR DOENÇAS CARDÍACAS, POR CÂNCER,**

**-MORTALIDADE INFANTIL**

**-AUMENTA EXPECTATIVA DE VIDA,**

1965- LEAVELL e CLARK propuseram o modelo **da história natural da doença**, composto por 3 níveis de prevenção: primária, secundária, terciária

## PREVENÇÃO PRIMÁRIA

PREVENÇÃO  
PROMOÇÃO DA  
SAÚDE E  
PROTEÇÃO  
ESPECÍFICA



## PREVENÇÃO SECUNDÁRIA

DIAGNÓSTICO E  
TRATAMENTO  
PRECOCE: LIMITA  
ÇÃO DA  
INVALIDEZ

## PREVENÇÃO TERCIÁRIA

REABILITAÇÃO

## ***PREVENÇÃO DE DOENÇA***

**GARANTIR PROTEÇÃO ÀS  
DOENÇAS ESPECÍFICAS,  
REDUZINDO SUA  
INCIDÊNCIA E  
PREVALÊNCIA NAS  
POPULAÇÕES**

**OBJETIVO GERAL=EVITAR  
ÀS DOENÇAS**

## ***PROMOÇÃO DA SAÚDE***

**INCREMENTAR A SAÚDE E  
O BEM ESTAR  
GERAL,PROMOVENDO  
MUDANÇAS NAS  
CONDIÇÕES DE VIDA E DE  
TRABALHO CAPAZES DE  
BENEFICIAR A SAÚDE,  
FACILITAR O ACESSO ÀS  
ESCOLHAS MAIS  
SAUDÁVEIS**

## **Ações mínimas da APS :**

- **educação em saúde voltada para a prevenção e proteção**
- **distribuição de alimentos e nutrição apropriada**
- **tratamento da água e saneamento**
- **saúde materno-infantil**
- **planejamento familiar**
- **imunização**
- **prevenção e controle de doenças endêmicas**
- **tratamento de doenças e lesões comuns**
- **fornecimento de medicamentos essenciais**

A APS, no sistema de saúde, compreenderia o primeiro nível de atenção, tendo uma abordagem que **forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis do sistema de saúde**, devendo organizar e racionalizar o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde (**Starfield**, 2002).

# APS (STARFIELD,1998)

## 4 ATRIBUTOS ESSENCIAIS

1º CONTATO

INTEGRALIDADE

LONGITUDINALIDADE

COORDENAÇÃO DO CUIDADO

## ATRIBUTOS DERIVADOS

-ORIENTAÇÃO FAMILIAR

-ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA

-COMPETÊNCIA CULTURAL

# Primeiro contato

- **Porta de entrada, primeiro acesso no sistema de saúde**
- **implica acessibilidade e uso do serviço a cada novo problema ou novo episódio de um problema pelo qual as pessoas buscam atenção à saúde.**

# Integralidade do cuidado

- Capacidade com que o profissional percebe outras necessidades de saúde além da queixa principal com que o usuário se apresentou
- Ofertar os serviço de APS ou em outros serviços que compõem o sistema de saúde. Isto inclui o encaminhamento para serviços nos diferentes níveis de atenção, dentro ou fora do sistema de saúde.

# Continuidade do cuidado (Longitudinalidade)

- maior atenção preventiva
- maior aderência (SAFRAN et al, 1998)
- menor chance de futuras internações (GILL e MAINOUS, 1998)
- diminui a frequência de uso PS
- **pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo, exigindo a delimitação da população às equipes de atenção primária.**

# Coordenação do cuidado

- significa garantir alguma forma de continuidade do cuidado que possa **ocorrer nos diferentes níveis de atenção, de forma a reconhecer os problemas que necessitam de segmento consecutivo**. Significa manter-se responsável por acompanhar o usuário vinculado ao serviço de APS, ainda que ele esteja temporariamente sob os cuidados de um outro serviço.

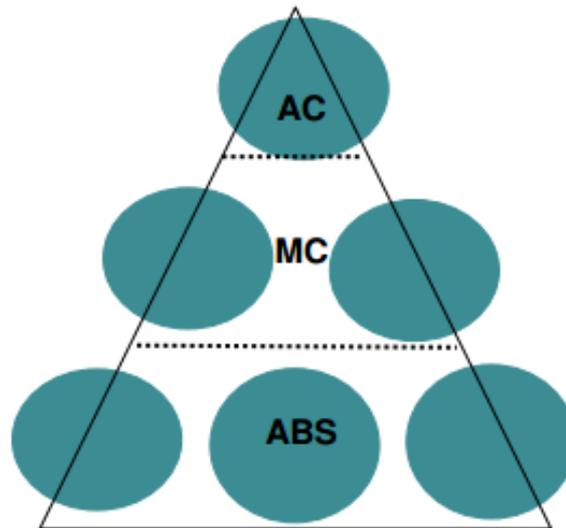
# **RAS= REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE**

**SÃO ARRANJOS ORGANIZATIVOS DE AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE, DE DIFERENTES DENSIDADES TECNOLÓGICAS, QUE INTEGRADAS POR MEIO DE SISTEMAS DE APOIO TÉCNICO, LOGÍSTICO E DE GESTÃO, BUSCAM GARANTIR A INTEGRALIDADE DO CUIDADO**

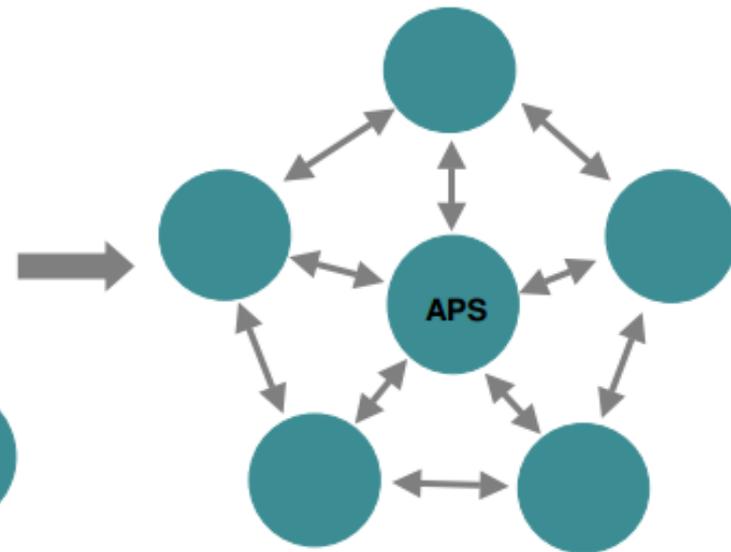
**FONTE: MINISTÉRIO DA SAÚDE (2010-Portaria 4279)**

# DOS SISTEMAS FRAGMENTADOS PARA AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

SISTEMA FRAGMENTADO E HIERARQUIZADO

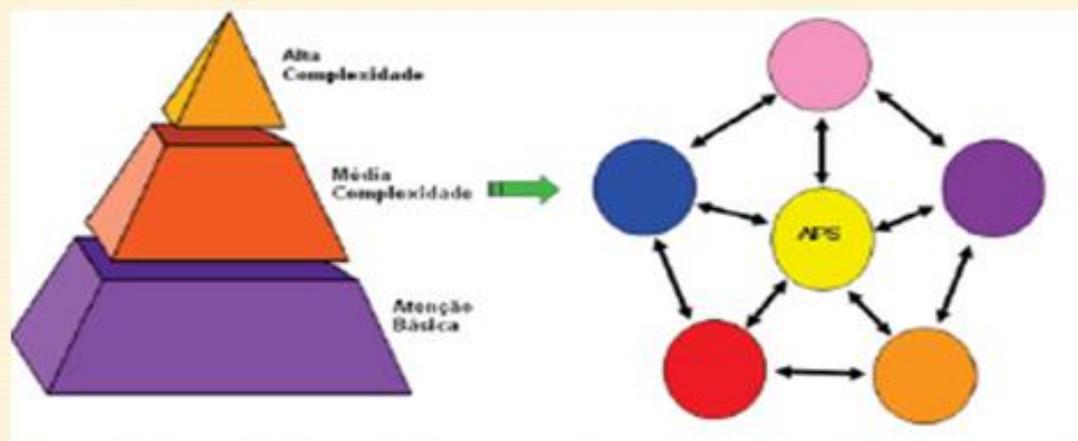


REDES POLIÁRQUICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE



FONTE: MENDES (2009)

# Construção de redes: da hierarquia à conectividade



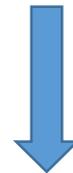
**NO BRASIL**



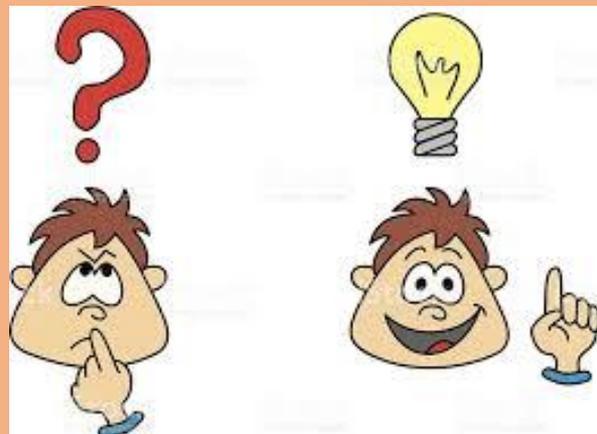
**SUS**



**ATENÇÃO BÁSICA**



**ESF-ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**



# CONSOLIDAÇÃO DE APRENDIZAGEM



## **CONCEITO DA HISTÓRIA NATURAL DOENÇA LEAVEL E CLARK**

**APS- MARCO IMPORTANTE OMS---ALMA ATA**

**DEFINIÇÃO APS--- PELA OMS E STARFIELD**

**APS- PREVENÇÃO E PROMOÇÃO SAÚDE- ACS**

**POR QUÊ APS DÁ CERTO? VANTAGENS? MUDA INDICADORES DE SAÚDE**

**AÇÕES MÍNIMAS NA APS**

**ATRIBUTOS ESSENCIAIS DA APS-STARFIELD**

**REDE DE ATENÇÃO SAÚDE X HIERARQUIZAÇÃO SERVIÇOS**



SÉRIE  
**PACTOS**  
PELA SAÚDE  
2006

## Política Nacional de Atenção Básica

# Política Nacional de Atenção Básica

PT GM nº 648, 28/03/06

MINISTÉRIO DA SAÚDE

# PNAB

Política Nacional  
de Atenção Básica



Brasília — DF  
2012

**PORTARIA Nº 2.488**  
**21 DE OUTUBRO DE 2011**



# CONSTITUIÇÃO REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL - 1988

## SEÇÃO II DA SAÚDE

**Art. 196.** A **SAÚDE** é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação

# Constituição

# República Federativa do Brasil - 1988

## SEÇÃO II DA SAÚDE

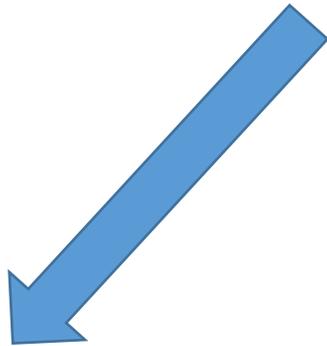
Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

Parágrafo 1º. As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

# SISTEMA PÚBLICO

## X

# SISTEMA PRIVADO



**VANTAGENS**

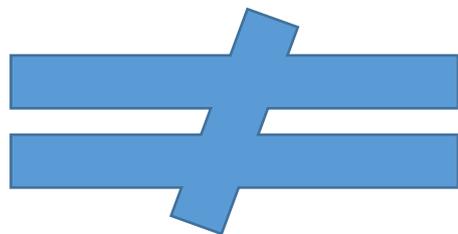
**X**

**DESVANTAGENS**

# SUS

**SISTEMA  
ÚNICO DE  
SAÚDE**

# SUS É PÚBLICO



# NÃO É GRATUITO

**# 27,9% % POPULAÇÃO COM ALGUM PLANO DE SAÚDE SUPLEMENTAR**

**56.358.000**

**100% População**

**SUS**

**202.000.000**

FONTE: Pesquisa nacional de saúde : 2013 : acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências : Brasil, grandes regiões e unidades da federação / IBGE.

# HISTÓRICO - SUS

A construção do SUS é um processo no qual a diretriz da descentralização das ações e dos serviços de saúde vem se desenhando desde o **movimento pela Reforma Sanitária na década de 70**.

**1975**

- **Criação do Sistema Nacional de Saúde (SNS)**  
ações de saúde pública ainda desarticulada da assistência médica
  - **Execução das ações e dos serviços de saúde é dividida entre os Ministérios da Saúde, da Previdência e da Assistência Social, da Educação e do Trabalho.**

**1986- VIII Conferência Nacional de Saúde**  
**“---Princípio da saúde como direito**  
**universal e como dever do Estado”**

**1987- Criação do SUDS- sistema unificado descentralizado**  
**de saúde**

# SUS=SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

**ARTIGO 198 DA CONSTITUIÇÃO DE 1988  
REGULAMENTADA PELA LEI 8080 DE 19/09/1990**

**“A SAÚDE TEM COMO FATORES DETERMINANTES E CONDICIONANTES, ENTRE OUTROS, A ALIMENTAÇÃO, A MORADIA, O SANEAMENTO BÁSICO, O MEIO AMBIENTE, O TRABALHO, A RENDA, A EDUCAÇÃO, O TRANSPORTE, O LAZER E O ACESSO AOS BENS E SERVIÇOS ESSENCIAIS; OS NÍVEIS DE SAÚDE DA POPULAÇÃO EXPRESSAM A ORGANIZAÇÃO SOCIAL E ECONÔMICA DOS PAÍIS”**

**Brasil - único país do mundo com mais de 100 milhões de habitantes com um sistema de saúde público, universal, integral e “*gratuita*”**



# **PRINCÍPIOS**

# **E**

# **DIRETRIZES**

# **do SUS**

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

<http://editora.saude.gov.br/?s=sus>

# ATRIBUIÇÕES DAS TRÊS ESFERAS DE GOVERNO

## Gestores do SUS:

- ▶ Ministro da Saúde;
- ▶ Secretário de Estado da Saúde;
- ▶ Secretário de Município da Saúde.

# DESCENTRALIZAÇÃO POLÍTICO-ADMINISTRATIVA

- ▶ O SUS existe em três níveis, também chamados de esferas: nacional, estadual e municipal, cada uma com comando único e atribuições próprias.
- ▶ As transferências de paciente ou de dinheiro passaram a ser baseadas em sua população e no tipo de serviço oferecido, e não no número de atendimentos.

# ATENDIMENTO UNIVERSAL- UNIVERSALIDADE

- ▶ **Garante acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; independentemente de sexo, raça, renda, ocupação e outras características sociais ou pessoais.**

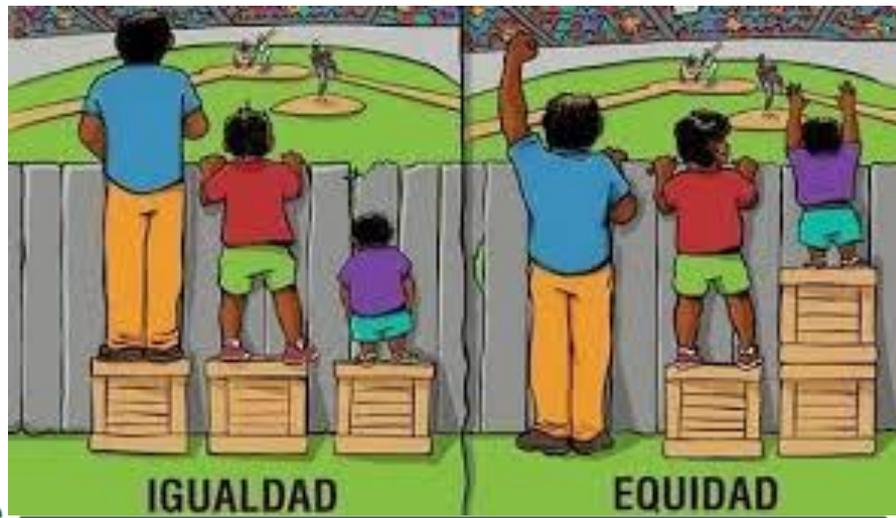


# INTEGRALIDADE

- ▶ **Considera a pessoa como um todo, atendendo a todas as suas necessidades;**
- ▶ **Integra as ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação;**
- ▶ **Promove a articulação com outras políticas públicas.**

# EQUIDADE

- ▶ Todo o cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme as suas necessidades.
- ▶ Os serviços de saúde, devem saber quais são as diferenças dos grupos da população e trabalhar para cada necessidade, oferecendo mais a quem mais precisa, diminuindo as desigualdades existentes.



# PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE

Os usuários participam da gestão do SUS por meio das **Conferências de Saúde**, que ocorrem a cada quatro anos em todos os níveis, e dos **Conselhos de Saúde**, que são órgãos colegiados envolvendo todos os níveis da sociedade.



## **LEI 8142 (1990)**

▶ **Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS)**

**Art. 1º: O SUS constará, em cada esfera de governo, com as seguintes instâncias colegiadas:**

**I. A Conferência de Saúde;**

**II. O Conselho de Saúde.**

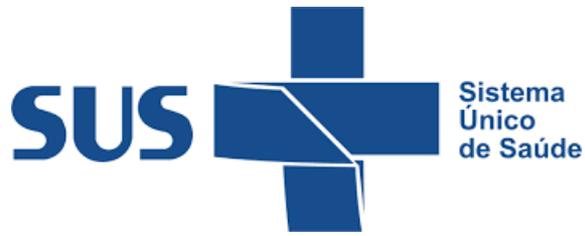
# CONSELHOS DE SAÚDE

## Composição:

- ▶ **50% usuários**
- ▶ **25% trabalhadores de Saúde**
- ▶ **25% prestadores de serviço**
- ▶ **Conselho Nacional de Saúde: 32 membros**
- ▶ **Conselhos Estaduais e Municipais: >10 e <40 pessoas.**

# CONSELHOS DE SAÚDE

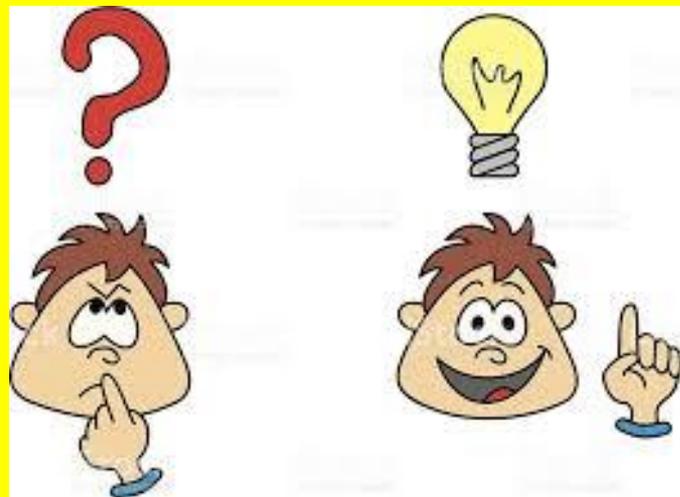
O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, **atua na formulação de estratégias e no controle da execução** da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos **econômicos e financeiros**, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.



**SUS**

**AS AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE  
QUE INTEGRAM UMA REDE  
*REGIONALIZADA E HIERARQUIZADA***

***DENTRO DE UM TERRITÓRIO***



# CONSOLIDAÇÃO DE APRENDIZAGEM





# PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SUS

## PARTICIPAÇÃO SOCIAL-CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE



MINISTÉRIO DA SAÚDE

# PNAB

Política Nacional  
de Atenção Básica



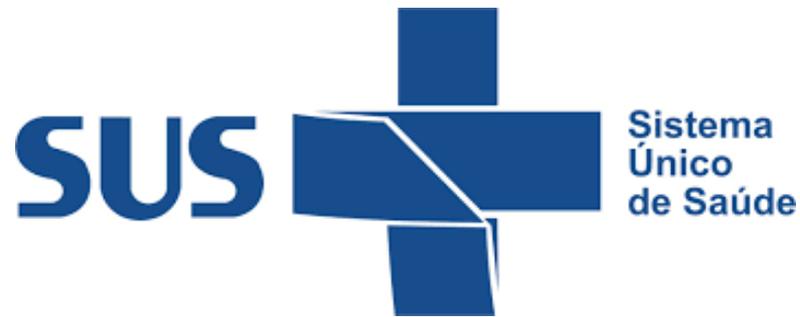
Brasília — DF  
2012

**PORTARIA Nº 2.488**  
**21 DE OUTUBRO DE 2011**





# ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL



# **A Atenção Básica no Brasil tem como fundamentos e diretrizes baseados na APS e no SUS**

A atenção básica estruturada como primeiro ponto de atenção e principal **porta de entrada do sistema**, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado e atendendo às suas necessidades de saúde.

**ATENÇÃO BÁSICA** é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no **local mais próximo da vida** das pessoas. Ela deve ser o contato preferencial dos usuários, a **principal porta de entrada** e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Por isso, é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social

- **Coordenar o cuidado**: elaborar, acompanhar e gerir projetos terapêuticos singulares, bem como acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS. Atuando como o **centro de comunicação** entre os diversos pontos de atenção, responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários por meio de uma relação horizontal, contínua e integrada, com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral. Articulando também as outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais

## - Ordenar as redes:

reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando-as em relação aos outros pontos de atenção, contribuindo para que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades de saúde dos usuários.

- **Ser resolutiva**: identificar riscos, necessidades e demandas de saúde,

**NESTA PERSPECTIVA E PREMISAS.....**



**DEC.1990- PACS-PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE**

**EACS- ESTRATÉGIA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE**

**1994- PSF-PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

**ESF-ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**



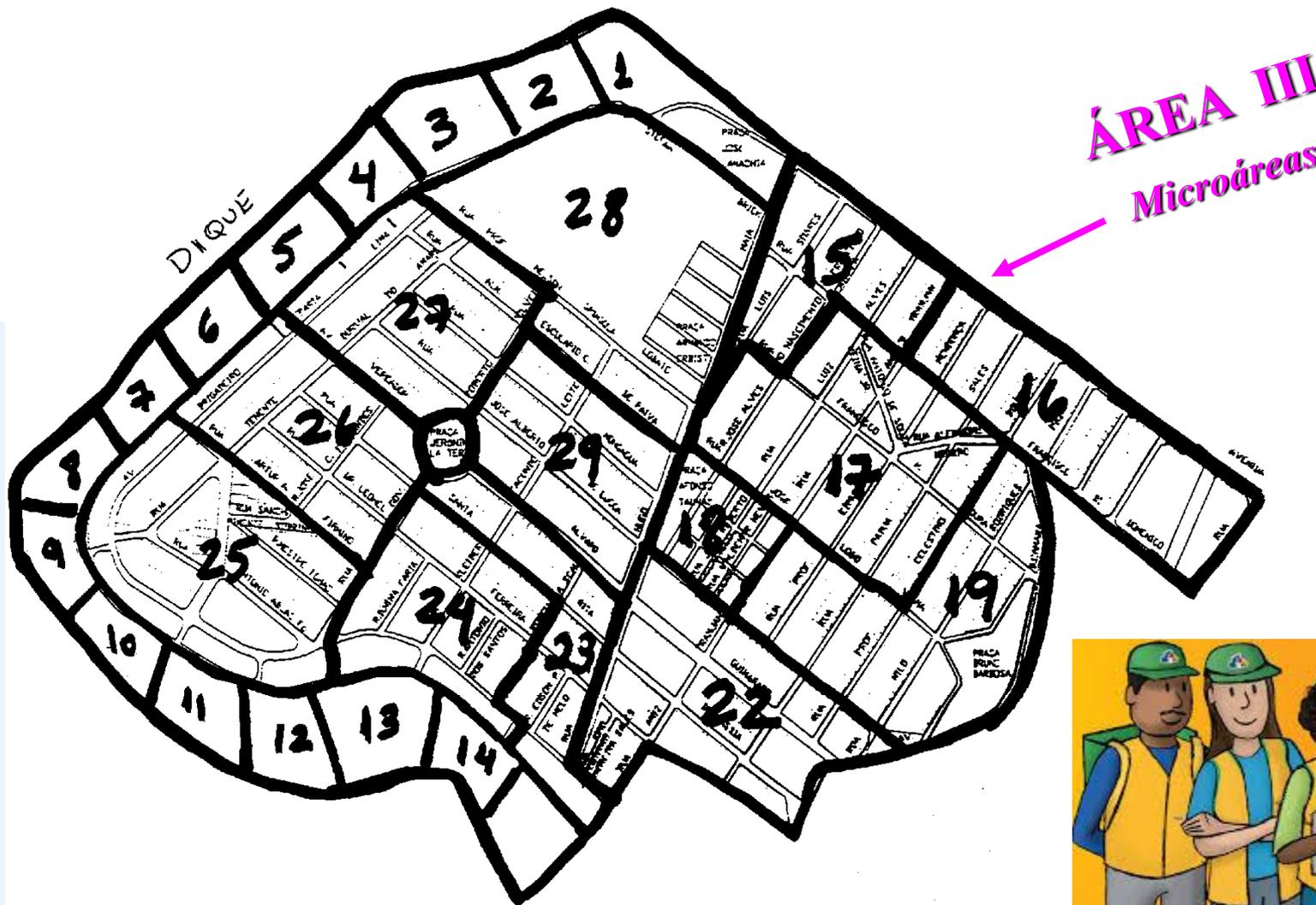
***ESF é uma estratégia que prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas de forma integral e contínua (MS)***

# EQUIPE ESF





# EQUIPE ESF- REGIONALIZAÇÃO



ÁREA III  
Microáreas



37 equipes= 127.650=30% pop



- População cadastrada
- Área delimitada
- Generalista/MFC
- ACS

### 1º. Nível de atenção



- População toda
- Preferencialmente regionalizada
- cli-ped-G.O



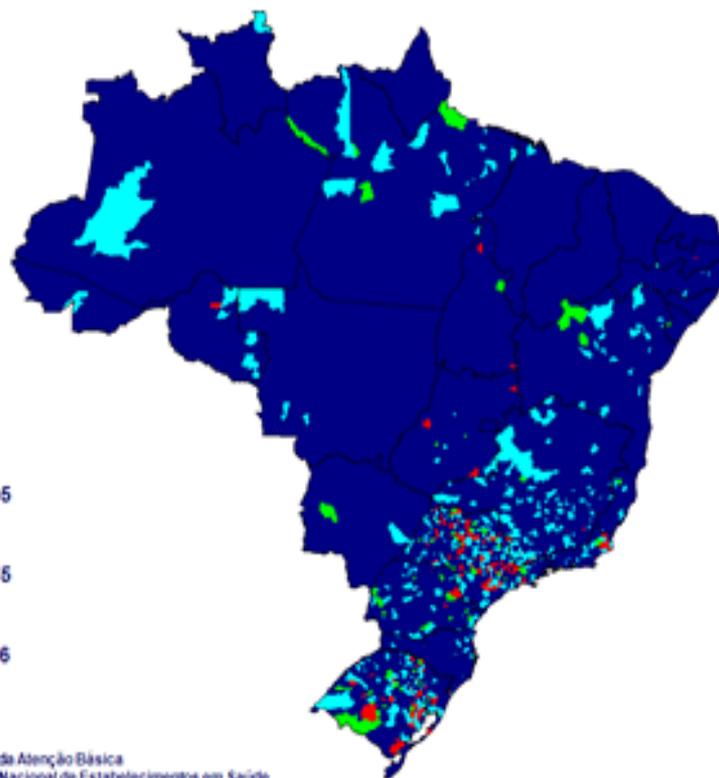
## Histórico de Cobertura do PSF

### Situação de Implantação de Equipes de Saúde da Família, Saúde Bucal e Agentes Comunitários de Saúde BRASIL - NOVEMBRO/2010

Nº ESF – 31.666  
Nº MUNICÍPIOS – 5.295

Nº ACS – 244.015  
Nº MUNICÍPIOS – 5.375

Nº ESB – 20.300  
Nº MUNICÍPIOS – 4.816



FONTE: SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica  
SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde

## DADOS MS (julho 2017)

**TOTAL DE MUNICÍPIOS BR= 5570---** 202.799.518 habitantes

**EQUIPES SF= 40.510 (dez2016)-----39.872**

**COBERTURA POPULAÇÃO 60,98 ----59,74% POPULAÇÃO  
BRASILEIRA= 124.688.199 ----123.126.735  
MILHÕES DE PESSOAS**

**SAÚDE BUCAL= -24.631 (38%)-----24.053**

**ACS=AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE= 265.272-( 64%)---  
257.872**

**COBERTURA POPULACIONAL= 128.880.157 ----126.334.462  
(61,29%)**

# **Princípios da ESF**

- Saúde integral e participativa
- Territorialização e cadastramento da clientela
- Área de abrangência definida (01 equipe = 2500-4.000 pessoas e cada ACS com 650-750 pessoas) dependendo das características do território e vulnerabilidade da população
- A USF absorve 85% dos problemas de saúde de sua comunidade
- Equipe multidisciplinar

I - Ter território adstrito

II - Possibilitar o **acesso universal e contínuo** a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde

III - Adscriver os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado

A **longitudinalidade** do cuidado pressupõe a continuidade da relação clínica, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente

IV - Coordenar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integrando as ações programáticas e demanda espontânea; articulando as ações de promoção à saúde, prevenção de agravos vigilância à saúde, tratamento e reabilitação

V - Estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território,

O **número de ACS** deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe;

- Cada **equipe de Saúde da Família** deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000, respeitando critérios de equidade para essa definição.

## **NASF- NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA**

responsabilização compartilhada entre a equipe do NASF e as equipes de Saúde da Família/equipes de atenção básica para populações específicas prevê a revisão da prática do encaminhamento com base nos processos de referência e contrarreferência

Os NASF devem buscar contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS principalmente por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários

**O NASF 1** deverá ter equipe formada por uma composição de profissionais de nível superior cuja soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular, no mínimo, 200 horas semanais;

**O NASF 2** deverá ter equipe formada por uma composição de profissionais de nível superior cuja soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular, no mínimo, 120 horas semanais;

**EQUIPES APOIADORAS PARA ESF**

**CONSULTÓRIO NA RUA**

**PSE-PROGRAMA SAÚDE ESCOLAR**

**ACADEMIA DA SAÚDE**

# **ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO DE SANTOS**

**32 UNIDADES DE SAÚDE- UBS E USF**

**3 NASF**

**ATIVIDADES DE PROMOÇÃO SAÚDE**

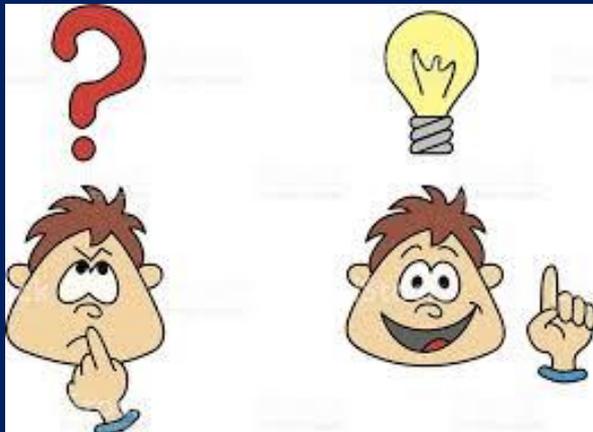
**TERAPIA COMUNITÁRIA**

**VIVA LEVE**

**GRUPO TABAGISMO**

**CUIDADOR IDOSO**

**MOVIMENTE-SE COM DANÇA**



# CONSOLIDAÇÃO DE APRENDIZAGEM



# COMPOSIÇÃO DA EQUIPE DA ESF

TERRITÓRIO ADSCRITO, PORTA DE ENTRADA,  
LONGITUDINALIDADE  
COORDENAÇÃO DO CUIDADO, INTEGRALIDADE

## NASF

A PARTIR DO DIA 5 OUTUBRO  
SITE DA PREFEITURA DE SANTOS

[www.santos.sp.gov.br](http://www.santos.sp.gov.br)



**ÓTIMO TRABALHO**

**BOA SORTE**