



PRÁTICAS EM SAÚDE: ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR



ORGANIZADORES

DR. AVELAR ALVES DA SILVA

DR WALLACE RODRIGUES DE HOLANDA MIRANDA

DR ARQUIMEDES CAVALCANTE CARDOSO





PRÁTICAS EM SAÚDE: ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR



ORGANIZADORES

DR. AVELAR ALVES DA SILVA
DR WALLACE RODRIGUES DE HOLANDA MIRANDA
DR ARQUIMEDES CAVALCANTE CARDOSO





O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial do SCISAUDE. Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.



LICENÇA CREATIVE COMMONS

A editora detém os direitos autorais pela edição e projeto gráfico. Os autores detêm os direitos autorais dos seus respectivos textos. PRÁTICAS EM SAÚDE UMA ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR 3 de [SCISAUDE](https://www.scisaude.com.br/catalogo/praticas-em-saude-uma-abordagem-multidisciplinar-3/92) está licenciado com uma Licença [Creative Commons - Atribuição-NãoComercial-SemDerivações 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/). (CC BY-NC-ND 4.0). Baseado no trabalho disponível em <https://www.scisaude.com.br/catalogo/praticas-em-saude-uma-abordagem-multidisciplinar-3/92>

2026 by SCISAUDE

Copyright © SCISAUDE

Copyright do texto © 2026 Os autores

Copyright da edição © 2026 SCISAUDE

Direitos para esta edição cedidos ao SCISAUDE pelos autores.

Open access publication by SCISAUDE



PRÁTICAS EM SAÚDE UMA ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR 3

ORGANIZADORES

Dr. Avelar Alves da Silva

<http://lattes.cnpq.br/8204485246366026>

<https://orcid.org/0000-0002-4588-0334>

Dr. Wallace Rodrigues de Holanda Miranda

<http://lattes.cnpq.br/9510895183615760>

<https://orcid.org/0000-0002-0306-251X>

Dr. Arquimedes Cavalcante Cardoso

<http://lattes.cnpq.br/0647092865505641>

<https://orcid.org/0000-0001-9546-805X>

Editor chefe

Paulo Sérgio da Paz Silva Filho

Projeto gráfico

Lenara Pereira Mota

Diagramação:

Paulo Sérgio da Paz Silva Filho

Lenara Pereira Mota

Revisão:

Os Autores



Conselho Editorial

Ana Flavia de Oliveira Ribeiro	Elane da Silva Barbosa	Juliane Maguetas Colombo Pazzanese
Ana Florise Morais Oliveira	Francine Castro Oliveira	Júlia Maria do Nascimento Silva
André de Lima Aires	Giovanna Carvalho Sousa Silva	Kaline Malu Gerônimo Silva dos Santos
Angélica de Fatima Borges Fernandes	Heloísa Helena Figuerêdo Alves	Laíza Helena Viana
Camila Tuane de Medeiros	Jamile Xavier de Oliveira	Leandra Caline dos Santos
Camilla Thaís Duarte Brasileiro	Jean Carlos Leal Carvalho De Melo Filho	Lennara Pereira Mota
Carla Fernanda Couto Rodrigues	João Paulo Lima Moreira	Luana Bastos Araújo
Daniela de Castro Barbosa Leonello	Juliana Britto Martins de Oliveira	Maria Isabel Soares Barros
Dayane Dayse de Melo Costa	Juliana de Paula Nascimento	Maria Luiza de Moura Rodrigues
Maria Vitalina Alves de Sousa	Raissa Escandiusi Avramidis	Wesley Romário Dias Martins
Maryane Karolyne Buarque Vasconcelos	Renata Pereira da Silva	Wilianne da Silva Gomes
Paulo Sérgio da Paz Silva Filho	Sannya Paes Landim Brito Alves	Willame de Sousa Oliveira
Mayara Stefanie Sousa Oliveira	Suellen Aparecida Patricio Pereira	Naila Roberta Alves Rocha
Michelle Carvalho Almeida	Thamires da Silva Leal	Neusa Camilla Cavalcante Andrade Oliveira
Márcia Farsura de Oliveira		



Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Práticas em saúde [livro eletrônico] : uma abordagem multidisciplinar / organizadores Avelar Alves da Silva, Wallace Rodrigues de Holanda Miranda, Arquimedes Cavalcante Cardoso. -- 1. ed. -- Teresina, PI : SCISAUDE, 2026.
PDF

Vários autores. **Bibliografia.**
ISBN 978-65-85376-79-2

1. Ciências da saúde 2. Educação em saúde
3. Multidisciplinaridade 4. Promoção da saúde
5. Saúde pública 6. Sistema Único de Saúde (Brasil)
I. Silva, Avelar Alves da. II. Miranda, Wallace Rodrigues de Holanda. III. Cardoso, Arquimedes Cavalcante

26-333388.0

CDD-613

Índices para catálogo sistemático:

1. Promoção da saúde 613

Aline Grazielle Benitez - Bibliotecária - CRB-1/3129



10.56161/sci.ed.20260204



978-65-85376-79-2



SCISAUDE

Teresina – PI – Brasil

scienceesaude@hotmail.com

www.scisaude.com.br



APRESENTAÇÃO

A promoção da saúde é um pilar essencial para a construção de sociedades mais saudáveis e resilientes. Com o avanço das pesquisas e a necessidade de abordagens cada vez mais integradas e interdisciplinares, **"PRÁTICAS EM SAÚDE UMA ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR 3"** surge como uma obra fundamental para profissionais, pesquisadores e estudantes que desejam aprofundar seus conhecimentos sobre o tema.

Este livro reúne uma série de estudos atualizados, abordando estratégias inovadoras, políticas públicas, desafios contemporâneos e práticas bem-sucedidas na promoção da saúde. A diversidade dos temas tratados reflete a amplitude desse campo, explorando desde a atenção primária até a implementação de tecnologias na saúde, passando por programas de prevenção, educação em saúde e análise epidemiológica.

Com uma linguagem clara e fundamentação científica rigorosa, **"PRÁTICAS EM SAÚDE UMA ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR 3"** é uma leitura indispensável para aqueles que buscam compreender as novas tendências e contribuir para a efetivação de ações voltadas ao bem-estar da população.

Este livro não apenas compartilha conhecimento, mas também incentiva a reflexão crítica e a aplicação de estratégias baseadas em evidências para um futuro mais saudável e sustentável.

Boa Leitura!!!



Sumário

CAPÍTULO 1	11
A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE COMO EIXO ESTRUTURANTE DA PROMOÇÃO DA SAÚDE	11
10.56161/sci.ed.20260204C1	11
CAPÍTULO 2	20
CONTRIBUIÇÕES DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE NO SUS	20
10.56161/sci.ed.20260204C2	20
CAPÍTULO 3	29
A INVISIBILIDADE DA OBESIDADE INFANTIL NA SAÚDE PÚBLICA	29
10.56161/sci.ed.20260204C3	29
CAPÍTULO 4	42
A MERCANTILIZAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA: COMO PARCERIAS PÚBLICO-PRIVADAS APROFUNDAM DESIGUALDADES NO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE	42
10.56161/sci.ed.20260204C4	42
CAPÍTULO 5	53
EDUCAÇÃO AMBIENTAL COMO ESTRATÉGIA PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE COMUNITÁRIA	53
10.56161/sci.ed.20260204C5	53
CAPÍTULO 6	61
INTEGRAÇÃO ENTRE ENFERMAGEM E ODONTOLOGIA NA PROMOÇÃO DA SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA	61
10.56161/sci.ed.20260204C6	61
CAPÍTULO 7	81
EDUCAÇÃO NUTRICIONAL NO SEMIÁRIDO COMO ESTRATÉGIA DE FORTALECIMENTO DA CULTURA ALIMENTAR: RELATO DE EXPERIÊNCIA EXTENSIONISTA	81
10.56161/sci.ed.20260204C7	81
CAPÍTULO 8	91
ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E VULNERABILIDADES À SAÚDE SEXUAL: EPIDEMIOLOGIA DAS ISTS EM IDOSOS NO BRASIL	91
10.56161/sci.ed.20260204C8	91
CAPÍTULO 9	101
ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DE DOENÇAS EVITÁVEIS: CONTRIBUIÇÕES DA VIGILÂNCIA PARA A GESTÃO DO SUS	101
10.56161/sci.ed.20260204C9	101
CAPÍTULO 10	111
BASES MOLECULARES DA ONCOLOGIA: VIAS DE SINALIZAÇÃO COMO ALVOS PARA TERAPIAS DE PRECISÃO	111
10.56161/sci.ed.20260204C10	111
CAPÍTULO 11	123



INSEGURANÇA ALIMENTAR E OBESIDADE DUAS FACES SOCIAIS DO BRASIL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA.....	123
10.56161/sci.ed.20260204C11.....	123
CAPÍTULO 12	136
IMPACTOS DA CIRURGIA ORTOGNÁTICA, PALATOPLASTIA E QUEILOPLASTIA EM INDIVÍDUOS COM FISSURA LABIOPALATINA.....	136
10.56161/sci.ed.20260204C12	136
CAPÍTULO 13	143
POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E MEIO AMBIENTE FRENTE ÀS MUDANÇAS CLIMÁTICAS	143
10.56161/sci.ed.20260204C13	143
CAPÍTULO 14	155
RACISMO ESTRUTURAL COMO DETERMINANTE INVISIBILIZADO NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE	155
10.56161/sci.ed.20260204C14	155
CAPÍTULO 15	170
SIMULAÇÃO COMO MÉTODO DE APRENDIZAGEM NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO (IAM).....	170
10.56161/sci.ed.20260204C15	170
CAPÍTULO 16	180
TECNOLOGIAS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE PÚBLICA: PROTEÇÃO COLETIVA OU EROSÃO DAS LIBERDADES INDIVIDUAIS?	180
10.56161/sci.ed.20260204C16	180
CAPÍTULO 17	191
AVALIAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE PRÉ-NATAL NO SUS: AVANÇOS E LACUNAS DO CUIDADO INTEGRAL	191
10.56161/sci.ed.20260204C17	191
CAPÍTULO 18	200
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA DENGUE NO BRASIL: UMA DÉCADA DE ANÁLISE.....	200
10.56161/sci.ed.20260204C18	200
CAPÍTULO 19	214
TRATAMENTO COM SAMÁRIO-153 NA METÁSTASE ÓSSEA	214
10.56161/sci.ed.20260204C19	214
CAPÍTULO 20	221
ATUALIZAÇÃO DO PLANO GLOBAL SOBRE RESISTÊNCIA ANTIMICROBIANA: VIGILÂNCIA, USO RACIONAL E IMPACTOS NO SUS	221
10.56161/sci.ed.20260204C20	221
CAPÍTULO 21	231
SAÚDE COLETIVA FRENTE ÀS EMERGÊNCIAS SANITÁRIAS GLOBAIS: LIÇÕES DA COVID-19, MONKEYPOX E ARBOVIROSES PARA VIGILÂNCIA, RESPOSTA RÁPIDA E COMUNICAÇÃO EM SAÚDE.....	231
10.56161/sci.ed.20260204C21	231
CAPÍTULO 22	243



AGENDA 2030 E SAÚDE COLETIVA: DESAFIOS PARA O CUMPRIMENTO DAS METAS RELACIONADAS À SAÚDE EM CONTEXTOS DE DESIGUALDADE SOCIAL E FRAGILIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA.....	243
10.56161/sci.ed.20260204C22	243
CAPÍTULO 23	255
AVALIAÇÃO DO CICLO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA E NO TERRITÓRIO.....	255
10.56161/sci.ed.20260204C23	255
CAPÍTULO 24	272
CONTINUIDADE DO CUIDADO INFANTIL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: DESAFIOS E PERSPECTIVAS	272
10.56161/sci.ed.20260204C24	272
CAPÍTULO 25	283
EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA EM FORMATO ONLINE: RELATO DE EXPERIÊNCIA DO PROJETO ENTARDECER CIENTÍFICO.....	283
10.56161/sci.ed.20260204C25	283
CAPÍTULO 26	294
O PAPEL DA AMPLITUDE DE DISTRIBUIÇÃO DE GLÓBULOS VERMELHOS (RDW) NA TRIAGEM DO CÂNCER DE MAMA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA.....	294
10.56161/sci.ed.20260204C26	294
CAPÍTULO 27	309
INTEGRAÇÃO VIGILÂNCIA-PROMOÇÃO E O PAPEL DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NO CONTROLE TERRITORIAL DAS ARBOVIROSES.....	309
10.56161/sci.ed.20260204C27	309
CAPÍTULO 28	328
SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE COMO FERRAMENTAS ESTRATÉGICAS NO PLANEJAMENTO EM SAÚDE COLETIVA	328
10.56161/sci.ed.20260204C28	328
CAPÍTULO 29	339
A CARTA DOS DIREITOS DOS USUÁRIOS DA SAÚDE E OS LIMITES DE SUA EFETIVAÇÃO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	339
10.56161/sci.ed.20260204C29	339
CAPÍTULO 30	351
A FORMAÇÃO HISTÓRICO-INSTITUCIONAL DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: REFORMA SANITÁRIA, CONSTITUCIONALIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE E ARRANJOS DE GOVERNANÇA	351
10.56161/sci.ed.20260204C30	351



CAPÍTULO 27

INTEGRAÇÃO VIGILÂNCIA-PROMOÇÃO E O PAPEL DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NO CONTROLE TERRITORIAL DAS ARBOVIROSES

SURVEILLANCE-PROMOTION INTEGRATION AND THE ROLE OF COMMUNITY HEALTH WORKERS IN TERRITORIAL ARBOVIRUS CONTROL

 10.56161/sci.ed.20260204C27

¹Daniel Lucas Medeiros da Silva

Enfermeiro. Mestrando em Saúde da Família, Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB). Teixeira de Freitas, Bahia, Brasil.

Orcid ID do autor 0009-0005-2782-264X

²Clarice Freitas Timóteo de Lima Santana

Médica. Mestranda em Saúde da Família, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Recife, Pernambuco, Brasil.

Orcid ID do autor 0000-0002-3891-6714

³Liége Maria Rodrigues de Aquino

Enfermeira. Mestranda em Saúde da Família (UFDPAR/PROFSAÚDE). Parnaíba, Piauí, Brasil.

Orcid ID do autor 0009-0002-5101-1124

⁴Matheus Santos Alves Ferreira

Médico, (UniBH). Mestrando em Saúde da Família, Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB). Porto Seguro, Bahia, Brasil.

Orcid ID do autor 0009-0001-4011-8607

⁵Pollyana Renata Nirelly da Silva e Silva

Médica. Mestranda em Saúde da Família, Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN). João Pessoa, Paraíba, Brasil;

Orcid ID do autor 0009-0002-2103-2514

⁶Geisa Maria Reis de Santana

Assistente Social Sanitarista. Especialista em Gestão de Processos Formativos no Âmbito do SUS Bahia, Escola de Saúde Pública da Bahia. Salvador, Bahia, Brasil.

Orcid ID do autor 0009-0002-3164-3888

⁷Thauara Souza Brito Luz



Enfermeira. Especialista em Unidade de Terapia Intensiva e Alta Complexidade, Escola Baiana de Medicina e Saúde Pública. Bahia, Brasil.

Orcid ID do autor 0009-0004-9838-4280

***Ernandes Souza Vieira dos Santos**

Enfermeiro. Especialista em Saúde Coletiva com concentração em Saúde Digital. Salvador, Bahia, Brasil.

Orcid ID do autor 0009-0000-8326-7357

ªJadiane Mendes de Moraes

Assistente Social. Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB). Especialista em Saúde da Família, Escola de Saúde Pública da Bahia. Bahia, Brasil.

Orcid ID do autor 0000-0001-7284-3160

RESUMO

OBJETIVO: Analisar a centralidade técnico-política do Agente Comunitário de Saúde (ACS) como operador territorial da integração entre Vigilância em Saúde e Promoção da Saúde no enfrentamento das arboviroses, considerando a persistência hiperendêmica de dengue, zika e chikungunya e a emergência da febre Oropouche no contexto das Diretrizes Nacionais para Prevenção e Controle das Arboviroses Urbanas (2025). **MÉTODO:** Estudo qualitativo de natureza teórico-analítica, fundamentado em revisão narrativa crítica da literatura e análise documental de marcos normativos da Política Nacional de Vigilância em Saúde, da Política Nacional de Atenção Básica e das atualizações técnicas de 2024–2025. A interpretação foi orientada pelos referenciais da determinação social da saúde, do território-processo e do trabalho vivo em ato, buscando compreender a vigilância como prática social territorializada, produzida na interface entre processo de trabalho, organização institucional e vulnerabilidades socioterritoriais. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** A análise demonstra que o ACS constitui sujeito estratégico da vigilância sensível do território, atuando como sentinela epidemiológica, mediador sociopolítico e educador popular. A integração orgânica entre vigilância epidemiológica, atenção primária e controle vetorial conforme preconizado nas Diretrizes de 2025 depende da reorganização do processo de trabalho e da institucionalização da Educação Permanente em Saúde como dispositivo estruturante. A emergência da febre Oropouche amplia a complexidade epidemiológica e reforça a necessidade de governança territorial antecipatória, capaz de converter informação em decisão oportuna e intervenção intersetorial. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A sustentabilidade do enfrentamento das arboviroses exige fortalecimento da territorialização do cuidado, valorização do ACS como operador técnico-político e consolidação da Educação Permanente como eixo estruturante da vigilância integrada. Trata-se de decisão organizacional e política orientada à redução de vulnerabilidades e à qualificação da resposta sanitária.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde; Vigilância em Saúde; Determinantes Sociais da Saúde; Agente Comunitário de Saúde; Educação Permanente em Saúde; Arboviroses.

ABSTRACT



OBJECTIVE: To analyze the technical-political centrality of Community Health Workers (CHWs) as territorial operators linking Health Surveillance and Health Promotion in the control of arboviral diseases, considering the persistent hyperendemic scenario of dengue, Zika, and chikungunya and the recent emergence of Oropouche fever within the framework of Brazil's 2025 National Guidelines for the Prevention and Control of Urban Arboviruses. **METHODS:** This qualitative theoretical-analytical study was grounded in a critical narrative literature review and documentary analysis of national health policies, including the National Health Surveillance Policy and the National Primary Health Care Policy, as well as updated technical guidelines (2024–2025). The analytical framework was informed by the Social Determinants of Health, the territory-as-process perspective, and the concept of living labor in health work, conceptualizing surveillance as a socially produced and territorially embedded practice. **RESULTS AND DISCUSSION:** Findings indicate that CHWs operate as strategic agents of sensitive territorial surveillance, functioning simultaneously as epidemiological sentinels, sociopolitical mediators, and popular health educators. Effective integration between epidemiological surveillance, primary health care, and vector control as reinforced by the 2025 guidelines requires reorganization of the work process and institutionalization of Permanent Health Education as a structuring device. The emergence of Oropouche fever further increases epidemiological complexity, underscoring the need for anticipatory territorial governance capable of transforming information into timely decision-making and intersectoral action. **CONCLUSIONS:** Sustainable arbovirus control depends on strengthening territorialized care, recognizing CHWs as key technical-political actors, and consolidating Permanent Health Education as the backbone of integrated surveillance systems aimed at reducing social and programmatic vulnerabilities.

KEYWORDS: Primary Health Care; Health Surveillance; Social Determinants of Health; Community Health Workers; Permanent Health Education; Arboviral Diseases.


1. INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, as arboviroses consolidaram-se como um dos principais desafios estruturais da saúde pública global, tensionando sistemas sanitários sobretudo em contextos marcados por urbanização desigual e vulnerabilidades socioambientais persistentes. A Organização Mundial da Saúde (OMS) tem reiterado que o controle vetorial exige respostas sustentáveis, integradas e territorialmente orientadas, deslocando a lógica de intervenções episódicas para políticas contínuas de vigilância e prevenção (OMS, 2017; 2023).

No Brasil, a coexistência endêmica de dengue, zika e chikungunya, associada à emergência da febre Oropouche, evidencia não apenas complexificação epidemiológica, mas também insuficiências estruturais de resposta. Nesse cenário, a atualização normativa expressa nas Diretrizes Nacionais para Prevenção e Controle das Arboviroses Urbanas reposiciona a vigilância entomológica e o controle vetorial como eixos estratégicos de uma abordagem territorial, contínua e integrada (BRASIL, 2025).

Entretanto, reduzir a persistência das arboviroses a fenômeno climático ou biológico implica obscurecer sua natureza socialmente produzida. A literatura da Saúde Coletiva






demonstra que tais agravos expressam processos históricos de desigualdade, precarização urbana e insuficiência de políticas públicas, constituindo marcadores epidemiológicos sensíveis da produção social da vulnerabilidade (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007). Assim, a dinâmica de transmissão não se explica apenas pela presença do vetor, mas pela convergência entre desigualdades estruturais, fragilidade de saneamento e limitações programáticas, revelando limites da capacidade estatal de produzir respostas sustentáveis.

Essa leitura exige deslocar o conceito de território de um recorte geográfico para uma categoria analítica central. A contribuição de Milton Santos permite compreender o território como “território usado”, isto é, espaço historicamente produzido por relações sociais, técnicas e políticas (SANTOS, 2006). Nessa perspectiva, epidemias não decorrem simplesmente da circulação vetorial, mas da forma como o território é organizado e vivido. O território, portanto, deixa de ser cenário e passa a constituir operador ativo da transmissão e da capacidade de resposta sanitária. Tal concepção dialoga com a epidemiologia crítica ao afirmar que a vigilância não deve limitar-se à contabilidade de eventos, mas orientar intervenções estruturantes ancoradas nos determinantes sociais e nas dinâmicas territoriais (ALMEIDA FILHO, 2011).

No plano normativo, a Política Nacional de Vigilância em Saúde e a Política Nacional de Atenção Básica consolidam a centralidade do território, da análise situacional e da integração entre vigilância e cuidado como fundamentos organizadores do SUS (BRASIL, 2017; 2018). O Guia de Vigilância em Saúde e, mais recentemente, as Diretrizes Nacionais para Prevenção e Controle das Arboviroses Urbanas reforçam que a efetividade das ações depende da capacidade local de produzir leitura territorial, articular vigilância epidemiológica, controle vetorial e organização assistencial, e sustentar respostas contínuas e integradas (BRASIL, 2021; 2025). Contudo, apesar desse arcabouço normativo robusto, persistem fragmentações históricas que reduzem a vigilância a prática burocrática e a assistência a resposta reativa, produzindo intervenções tardias e de baixa sustentabilidade.

É nesse ponto que emerge a centralidade estratégica do Agente Comunitário de Saúde. Inserido no cotidiano do território e sustentado por vínculo longitudinal com as famílias, o ACS constitui operador singular de uma vigilância sensível, capaz de captar sinais precoces, identificar vulnerabilidades e mobilizar respostas comunitárias. À luz do conceito de “trabalho vivo em ato”, o cuidado produzido pelo ACS não se restringe à execução de tarefas, mas envolve decisão situada, produção de vínculo e leitura crítica do território, configurando-o como sujeito técnico-político do processo de vigilância e promoção da saúde (MERHY, 2002).





Todavia, essa potência não se realiza espontaneamente. Sua efetividade depende de condições institucionais e, sobretudo, da Educação Permanente em Saúde como dispositivo de transformação do processo de trabalho. Mais do que capacitação pontual, a EPS institui espaços de problematização e análise crítica do território, permitindo transformar informação em decisão e decisão em intervenção estruturante (BRASIL, 2004). Nesse sentido, sem EPS, o território tende a permanecer como dado administrativo; com EPS, converte-se em instrumento analítico e político de reorganização das práticas.

Diante desse quadro, este capítulo analisa o papel estratégico do Agente Comunitário de Saúde como elo entre Vigilância Epidemiológica e Promoção da Saúde no enfrentamento das arboviroses na Atenção Primária. Parte-se do pressuposto de que a integração territorial entre vigilância e cuidado, sustentada pela valorização do ACS e pela institucionalização da Educação Permanente, não constitui apenas exigência técnica, mas condição política para reduzir vulnerabilidades, qualificar a resposta sanitária e produzir saúde com equidade.


2. MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo caracteriza-se como pesquisa qualitativa, de natureza teórico-analítica, fundamentada em revisão narrativa crítica da literatura e análise documental de marcos normativos da saúde pública nacional e internacional. O delineamento insere-se no campo interpretativo das Ciências Sociais em Saúde e foi aplicado para compreender a vigilância das arboviroses como prática social territorialmente situada, produzida na interface entre processos de trabalho, organização institucional e determinantes socioterritoriais.

O cenário analítico foi constituído pelo Sistema Único de Saúde e por seus principais dispositivos normativos orientadores da vigilância e da Atenção Primária, compreendidos como elementos estruturantes da organização do trabalho e da resposta sanitária. O referencial teórico articulou determinação social da saúde, epidemiologia crítica e território-processo, sustentando a análise da vigilância não como sistema técnico de notificação, mas como prática social inscrita no cotidiano da Atenção Primária e mediada pelo território usado.

O corpus documental foi definido por seleção intencional e curadoria analítica de documentos normativos e literatura científica com relevância direta para vigilância em saúde, arboviroses e processo de trabalho na Atenção Primária. Foram incluídos marcos institucionais estratégicos, entre eles a Política Nacional de Atenção Básica, a Política Nacional de Vigilância em Saúde, o Guia de Vigilância em Saúde, o Manual de Prevenção e Controle das Arboviroses Urbanas e as Diretrizes Nacionais para Prevenção e Controle das Arboviroses Urbanas, além de documentos da Organização Pan-Americana da Saúde e da Organização Mundial da Saúde.





Na literatura científica, priorizaram-se produções sobre integração vigilância-assistência, trabalho em saúde, atuação do Agente Comunitário de Saúde e Educação Permanente como dispositivo organizador. Excluíram-se estudos estritamente laboratoriais ou biomédicos sem interface com organização dos serviços, território ou processo de trabalho.

A coleta de dados consistiu em leitura analítica e sistemática do material selecionado, com extração orientada por categorias previamente definidas. As variáveis analíticas incluíram: (1) determinação social e território; (2) descentralização da vigilância; (3) organização do processo de trabalho na Atenção Primária; (4) papel do Agente Comunitário de Saúde; e (5) Educação Permanente em Saúde como dispositivo de reorganização das práticas. A interpretação foi conduzida por análise temática hermenêutica, conforme abordagem operacional de Minayo, buscando identificar racionalidades institucionais, tensões entre norma e prática e implicações territoriais da vigilância das arboviroses. Procedeu-se à confrontação entre referenciais clássicos da Saúde Coletiva e documentos técnicos recentes, especialmente as atualizações normativas de 2024 e 2025, permitindo examinar lacunas entre prescrição normativa e materialização no território.


Por tratar-se de estudo exclusivamente teórico-documental, sem utilização de dados primários identificáveis ou participação de seres humanos, dispensou-se apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa, conforme normativas vigentes para pesquisas documentais. O rigor metodológico foi assegurado pela coerência teórico-analítica, pela transparência do corpus e pela sistematização interpretativa do material, permitindo construir análise integrada entre produção científica, marcos normativos e fundamentos da Saúde Coletiva.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Determinação social das arboviroses e produção territorial do risco: do “território-solo” ao território usado

A persistência e a recorrência epidêmica das arboviroses no Brasil com ênfase na dengue, chikungunya e zika não se explicam por determinismo biológico associado à circulação viral em regiões tropicais. Embora a dimensão entomológica seja necessária, a estabilidade da transmissão expressa, sobretudo, um regime socialmente produzido de vulnerabilidades, no qual desigualdades urbanas, precariedade do saneamento, intermitência do abastecimento de água e degradação ambiental modulam exposição e capacidade de resposta estatal. Neste enquadramento, as arboviroses operam como marcadores epidemiológicos da desigualdade social, evidenciando a articulação entre modos de vida, políticas urbanas e condições concretas





de existência isto é, determinantes sociais que atravessam o processo saúde-doença (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).


Ao deslocar a análise para a determinação social, supera-se a leitura naturalizante da transmissão viral e reconhece-se que o padrão epidêmico é inseparável da forma como o espaço é produzido e apropriado. Em contextos de urbanização desigual, a organização do espaço conforma territórios de exposição diferenciada, nos quais o risco se distribui segundo arranjos socioespaciais desiguais. Nesse sentido, as arboviroses expressam o que Milton Santos denomina uso desigual do território, no qual objetos técnicos, fluxos econômicos e decisões políticas produzem espacialidades assimétricas (SANTOS, 2006).

Sob essa perspectiva, a determinação social deixa de ser contexto periférico e passa a constituir elemento explicativo central do fenômeno epidemiológico. Almeida Filho (2011) adverte que o objeto da epidemiologia não se limita à distribuição de eventos, exigindo interpretação das relações que produzem padrões de adoecimento. Tal formulação sustenta uma epidemiologia crítica capaz de interrogar mediações estruturais que mantêm a hiperendemicidade. Quando a análise se restringe à contagem de casos e à resposta emergencial, obscurece-se a reprodução cotidiana do risco em territórios marcados por proteção social desigual, fragilidade de serviços públicos e limitações de governança local.

No Extremo Sul da Bahia, essa dinâmica assume materialidade concreta. Processos recentes de expansão urbana periférica produziram territórios com abastecimento irregular de água, induzindo armazenamento doméstico e ampliação de criadouros potenciais. A descontinuidade da coleta de resíduos sólidos e a ocupação urbana informal favorecem microambientes de proliferação vetorial. Concomitantemente, fragilidades programáticas como atraso na digitação de notificações, baixa integração entre assistência e vigilância e rotatividade profissional comprometem a leitura oportuna do território. O risco, portanto, não é apenas ambiental, mas sócio-territorial e programático, resultante da interação entre condições estruturais adversas e limitações institucionais da resposta sanitária.

Nessa chave analítica, o território não pode ser reduzido a recorte cartográfico. Para Milton Santos, o território usado corresponde ao “chão mais a identidade... base do trabalho, da residência e do exercício da vida” (SANTOS, 2006), configurando uma totalidade histórica na qual infraestrutura, práticas sociais e poder se articulam. Aplicada às arboviroses, essa concepção indica que a transmissão não ocorre simplesmente no território, mas é produzida por ele. A presença do vetor, embora necessária, não é suficiente; a epidemia emerge quando condições socioambientais e fragilidades programáticas como baixa capacidade de análise





situacional e ausência de planejamento territorial contínuo sustentam a reprodução ampliada do risco.

Esse quadro adquire maior complexidade com a emergência de novos arbovírus, como a febre Oropouche, que amplia a incerteza epidemiológica e tensiona a capacidade instalada dos serviços (BRASIL, 2021; BRASIL, 2024). A coexistência de múltiplos vírus com manifestações clínicas semelhantes exige vigilância territorial sensível e integração entre níveis assistenciais. Quando a vigilância permanece restrita ao ciclo notificação-contagem-reação, a resposta tende a ser tardia, enquanto o território por meio de sinais difusos percebidos por trabalhadores e comunidades antecipa o risco.

Os marcos normativos brasileiros reconhecem formalmente a centralidade da territorialização e da integração. A Política Nacional de Vigilância em Saúde define a vigilância como processo transversal que articula promoção, proteção e prevenção (BRASIL, 2018), enquanto a Política Nacional de Atenção Básica atribui à Atenção Primária a responsabilidade sanitária sobre populações adscritas e a coordenação do cuidado orientada pelo território (BRASIL, 2017). O Guia de Vigilância em Saúde reforça a necessidade de análise situacional contínua e resposta oportuna (BRASIL, 2021). Entretanto, a distância entre norma e prática revela que o território, em muitos contextos, permanece categoria administrativa, sem se converter em operador analítico do planejamento.

Tal dissociação configura paradoxo institucional: embora o arcabouço normativo incorpore territorialização e integralidade, a prática frequentemente reproduz fragmentação e verticalização de ações. No Extremo Sul da Bahia, limitações estruturais, insuficiência de recursos, fragilidade dos sistemas de informação e ausência de espaços protegidos para análise epidemiológica dificultam a conversão da informação em decisão estratégica. A hiperendemicidade, assim, decorre menos de desconhecimento técnico e mais da assimetria entre capacidade normativa e capacidade operativa.

É nesse ponto que o Agente Comunitário de Saúde assume centralidade estratégica. Sua inserção longitudinal no território permite captar precocemente alterações no padrão febril comunitário, identificar condições ambientais recorrentes e reconhecer barreiras de acesso antes de sua tradução em indicadores formais. Contudo, essa potência depende do reposicionamento do ACS como trabalhador técnico-político e não como executor episódico de campanhas. Tal reposicionamento exige processos estruturados de Educação Permanente em Saúde, compreendida como movimento instituinte de novas práticas no interior do trabalho (BRASIL, 2004; BRASIL, 2018). Sem essa mediação formativa, o território permanece subutilizado como categoria analítica e a vigilância territorial não alcança seu potencial transformador.



3.2 Arquitetura PNVS–PNAB e descentralização da vigilância para a ESF: entre projeto civilizatório e tensões operacionais


A centralidade do Agente Comunitário de Saúde e da Educação Permanente, evidenciada na seção anterior, insere-se em uma arquitetura político-institucional mais ampla: a reorganização da vigilância em saúde no âmbito da Atenção Primária. Desde a Reforma Sanitária, a vigilância deixou de ser prática estritamente técnica para integrar o núcleo político do SUS, articulando produção de informação, planejamento territorial e garantia do direito à saúde (PAIM, 2008; PAIM, 2009). Nesse horizonte, a vigilância não opera apenas sobre doenças, mas sobre determinantes e condições de vida, configurando-se como prática estruturante da ação estatal.

A Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS) consolida essa inflexão ao definir a vigilância como processo contínuo de produção, análise e uso da informação para intervenção sobre riscos, danos e determinantes (BRASIL, 2018). Ao integrar dimensões epidemiológica, ambiental e sanitária, a PNVS desloca a vigilância de um modelo verticalizado para uma prática transversal que deve impregnar o cotidiano da Atenção Primária. Complementarmente, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) atribui à Estratégia Saúde da Família a responsabilidade sanitária sobre populações adscritas, sustentada por territorialização, vínculo e coordenação do cuidado (BRASIL, 2017). Assim, a descentralização da vigilância não significa mera transferência de tarefas, mas incorporação da análise territorial ao próprio processo de trabalho.

Entretanto, a materialização desse desenho normativo revela tensões. No plano formal, PNVS e PNAB convergem para integração entre vigilância e cuidado; no plano concreto, persiste a coexistência de duas racionalidades: uma vigilância vertical, centrada na notificação e no fluxo burocrático, e um cuidado territorial, produzido na micropolítica do trabalho. Essa dissociação configura vulnerabilidade programática com diretrizes robustas coexistindo com limitada capacidade operativa.

No cotidiano das unidades, a vigilância frequentemente se organiza como tarefa paralela, subordinada à pressão assistencial e às metas quantitativas. O resultado é a invisibilização do território como operador analítico. No Extremo Sul da Bahia, essa tensão manifesta-se por meio de fragilidades como rotatividade profissional, sistemas de informação pouco responsivos, ausência de tempo protegido para análise epidemiológica e dependência de fluxos administrativos tardios. Nesses contextos, a vigilância tende a operar reativamente, enquanto sinais precoces captados pelo ACS no território permanecem subutilizados.





A micropolítica do trabalho em saúde oferece chave interpretativa para compreender essa dinâmica. Merhy (2002) demonstra que o cuidado se produz no encontro, por meio de tecnologias leves vínculo, escuta, responsabilização que não podem ser substituídas por protocolos ou rotinas burocráticas. Quando a vigilância se reduz à lógica informacional, perde sua dimensão territorial; quando se articula ao trabalho vivo em ato, transforma-se em prática antecipatória. Assim, a clínica territorializada especialmente no manejo das arboviroses constitui simultaneamente ato de cuidado e ato de vigilância.

Nesse sentido, a organização do processo de trabalho torna-se decisiva. Campos (2000) afirma que a Saúde Coletiva é campo de disputa, no qual se tensionam projetos técnicos e políticos. A fragmentação entre vigilância e assistência não é apenas operacional, mas expressão de modelos concorrentes de organização do trabalho. A superação dessa clivagem exige dispositivos institucionais capazes de integrar análise epidemiológica, prática clínica e intervenção territorial no mesmo movimento produtivo.

Entre esses dispositivos, o apoio matricial e a equipe de referência constituem arranjos organizacionais estratégicos, pois favorecem compartilhamento de saberes, responsabilização coletiva e tomada de decisão situada (CAMPOS; DOMITTI, 2007). No campo das arboviroses, isso implica transformar informação epidemiológica em instrumento de planejamento local, articulando vigilância, manejo clínico, educação em saúde e ações intersetoriais, com protagonismo do ACS. Nessa configuração, a Atenção Primária deixa de ser executora periférica e passa a operar como núcleo estratégico de leitura e intervenção sobre o território.

Todavia, a descentralização da vigilância permanece processo político-institucional complexo. Transferir responsabilidades sem assegurar condições técnicas, organizacionais e pedagógicas produz assimetria entre norma e prática. Essa assimetria explica por que, mesmo diante de diretrizes nacionais consistentes, a hiperendemicidade das arboviroses persiste em diversos territórios. A vigilância territorial não se consolida por decreto; ela depende da reorganização da micropolítica do trabalho, da valorização das tecnologias leves e da institucionalização de espaços coletivos de análise.

Assim, a arquitetura PNVS–PNAB representa avanço normativo relevante, mas sua efetividade depende da capacidade de transformar o cotidiano das equipes. No interior baiano, como em outros contextos do Sul Global, a consolidação da vigilância territorial exige integração orgânica entre vigilância e cuidado, fortalecimento da responsabilidade sanitária e reconfiguração do processo de trabalho como prática técnico-política. É nesse terreno onde norma e micropolítica se encontram que se define a potência real da descentralização da vigilância.



3.3 O ACS como sentinela epidemiológica e trabalhador do cuidado: trabalho vivo em ato e sujeito político do território


A centralidade do Agente Comunitário de Saúde (ACS) no enfrentamento das arboviroses não deriva apenas de sua presença territorial, mas de sua posição estratégica na interface Estado–comunidade, sustentada pelo vínculo longitudinal e pela inserção cotidiana nas dinâmicas socioterritoriais. A Lei nº 11.350/2006 estabelece suas atribuições de promoção, prevenção e identificação de riscos por meio de ações domiciliares e comunitárias, indicando que o ACS opera como agente de vigilância sensível. Contudo, essa centralidade é frequentemente tensionada por rotinas burocráticas e por modelos organizacionais que subordinam o trabalho territorial à lógica procedimental, limitando sua potência analítica.

O referencial do trabalho vivo em ato, formulado por Merhy (2002), permite compreender o ACS como trabalhador do cuidado. A visita domiciliar não se reduz à execução de protocolos; constitui produção de vínculo, escuta qualificada e decisão situada, sustentada por tecnologias leves. Nesse espaço micropolítico, o ACS identifica sinais precoces de circulação viral, alterações no padrão febril comunitário, condições ambientais persistentes e barreiras de acesso aos serviços antes de sua formalização nos sistemas de informação. A vigilância territorial, portanto, emerge do encontro, onde o cuidado se produz simultaneamente como prática clínica, epidemiológica e social.

Reduzir o ACS a “visitador domiciliar” significa restringir a capacidade do SUS de produzir vigilância territorial. Como apontam Franco e Merhy (2003), a Estratégia Saúde da Família carrega tensão permanente entre projeto de reorganização do modelo assistencial e captura por racionalidades normativas e produtivistas. Assim, a potência do ACS como sentinela depende da organização do processo de trabalho, especialmente de sua inserção em espaços coletivos de análise e decisão, e não apenas na execução fragmentada de tarefas.

Essa perspectiva converge com Starfield (2002), para quem a efetividade da Atenção Primária reside na longitudinalidade, coordenação do cuidado e orientação comunitária. No campo das arboviroses, tais atributos estruturam a vigilância territorial: permitem reconhecer padrões precoces de risco, acompanhar casos no domicílio, qualificar o acesso e sustentar mobilização social contínua. Embora o manejo clínico oportuno como no reconhecimento de sinais de alarme da dengue seja fundamental (BRASIL, 2016), ele é insuficiente sem vigilância territorial ativa. Quando o cuidado se dissocia da leitura do território, a produção social do risco permanece intacta, favorecendo a recorrência epidêmica.





As Diretrizes Nacionais para Prevenção e Controle das Arboviroses Urbanas reafirmam que a vigilância efetiva depende da integração da Atenção Primária com base territorial e da valorização dos trabalhadores que operam na interface com a comunidade, destacando o ACS como agente estratégico na identificação precoce de riscos, mobilização social e articulação entre vigilância epidemiológica, entomológica e organização do cuidado (BRASIL, 2025). Essa orientação desloca o ACS da condição de executor programático para operador central da vigilância sensível.

Entretanto, a atuação do ACS não se esgota na dimensão técnica. Ao mediar relações entre Estado e comunidade, o trabalhador territorial traduz políticas em práticas socialmente situadas, mobiliza participação e tensiona desigualdades estruturais. O ACS não apenas executa políticas, ele produz política no território. Como sujeito do trabalho vivo, sua potência reside na capacidade de articular vínculo, leitura territorial e ação coletiva, ampliando a sensibilidade da vigilância e fortalecendo a resposta do SUS frente às arboviroses.

3.4 Integração vigilância–assistência: efeitos sobre morbimortalidade, racionalidade do sistema e diretrizes internacionais

A integração entre vigilância e assistência constitui elemento estruturante da racionalidade técnico-assistencial do Sistema Único de Saúde (SUS), embora permaneça tensionada por fragmentações institucionais e disputas organizacionais. No campo das arboviroses, essa integração não é opcional: configura condição operativa para vigilância de oportunidade e resposta sanitária efetiva. Quando articulada à Atenção Primária à Saúde (APS), a vigilância possibilita detecção precoce, análise situacional contínua, organização do fluxo assistencial e acionamento oportuno de medidas territoriais (BRASIL, 2018; BRASIL, 2021). Quando dissociada, produz respostas tardias, sobrecarga da urgência e emergência, agravamento clínico e ampliação de óbitos evitáveis, evidenciando o nexos direto entre governança territorial e morbimortalidade.

No plano clínico-organizacional, as diretrizes nacionais para o manejo da dengue estruturam condutas baseadas em estratificação de risco, acompanhamento clínico e reconhecimento precoce de sinais de alarme (BRASIL, 2016). Contudo, sua efetividade depende de uma APS territorializada e integrada à vigilância. Em cenários de transmissão elevada, o acompanhamento de casos leves e moderados na APS com monitoramento domiciliar, orientação familiar e coordenação com outros pontos de atenção reduz internações evitáveis, complicações graves e pressão hospitalar (STARFIELD, 2002; BRASIL, 2021). Nesse enquadramento, a clínica não se opõe à vigilância; constitui tecnologia organizadora do





cuidado, convertendo informação epidemiológica em decisão terapêutica e em regulação do sistema.

As Diretrizes Nacionais para Prevenção e Controle das Arboviroses Urbanas aprofundam essa perspectiva ao estabelecer que a efetividade do enfrentamento depende da articulação contínua entre vigilância epidemiológica, vigilância entomológica, controle vetorial e organização da atenção sob coordenação territorial (BRASIL, 2025). Ao superar a lógica de intervenções episódicas, o marco normativo de 2025 reposiciona a vigilância como eixo estruturante da racionalidade assistencial, orientando planejamento integrado, continuidade das ações e fortalecimento da governança local.

As diretrizes internacionais convergem com esse enquadramento sistêmico. A Estratégia de Gestão Integrada para Prevenção e Controle da Dengue enfatiza coordenação entre vigilância epidemiológica, controle vetorial, mobilização social e organização dos serviços, adaptada às realidades territoriais (OPAS, 2016). No mesmo horizonte, a Estratégia Global de Controle de Vetores 2017–2030 reforça governança territorial, intersetorialidade e sustentabilidade das ações (OMS, 2017). O pressuposto é inequívoco: sem coordenação territorial e integração entre vigilância e assistência, as intervenções tendem à fragmentação, à baixa efetividade e à curta duração.

A integração vigilância–assistência, contudo, não se consolida por sobreposição de tarefas, mas por reorganização do processo de trabalho. Exige institucionalização de espaços regulares de análise epidemiológica, integração entre informação clínica e entomológica, planejamento territorial contínuo e incorporação da vigilância como dimensão constitutiva do cuidado. Trata-se de alinhar racionalidade assistencial, governança territorial e vigilância de oportunidade.

Nesse contexto, a Educação Permanente em Saúde (EPS) emerge como dispositivo estruturante de superação da fragmentação. Diferentemente de capacitações episódicas, a EPS opera como movimento instituinte no próprio processo de trabalho, fortalecendo a capacidade analítica local e a transformação de informação em ação territorial (BRASIL, 2004). Ao articular clínica, vigilância e controle vetorial conforme preconizado nas Diretrizes de 2025 (BRASIL, 2025), a EPS contribui para consolidar integração orgânica entre cuidado e vigilância.

Os efeitos dessa integração transcendem a dimensão organizacional e incidem sobre a racionalidade do sistema. Quando efetiva, amplia a oportunidade da resposta, reduz a morbimortalidade e qualifica a governança territorial. Quando ausente, perpétua reatividade,



fragmentação e ciclos epidêmicos recorrentes. A integração, portanto, não constitui apenas diretriz técnica; expressa escolha política sobre o modo de produzir saúde no território.

3.5 Desafios estruturais e perspectivas estratégicas: EPS como motor, diretrizes como suporte e território como critério de verdade


A consolidação de uma vigilância territorial efetiva das arboviroses permanece condicionada por determinantes socioambientais, fragilidades programáticas e limites organizacionais que operam de forma simultânea. A desigualdade urbana, a precariedade do saneamento e a produção desigual do espaço mantêm a reprodução contínua do risco, evidenciando que as arboviroses não são eventos biológicos isolados, mas processos socialmente produzidos (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007; SANTOS, 2006). Nesse enquadramento, o risco epidemiológico expressa a interface entre condições de vida e capacidade institucional de resposta, exigindo intervenções intersetoriais que transcendam o controle vetorial.

No plano programático, persistem obstáculos que limitam a continuidade e a oportunidade das ações: sobrecarga assistencial, baixa institucionalização de análise epidemiológica, fragilidade dos sistemas de informação e rotatividade de profissionais. Essa combinação configura vulnerabilidade programática, mantendo o sistema sob lógica reativa e reduzindo a efetividade das intervenções (BRASIL, 2017; BRASIL, 2021). A distância entre diretriz normativa e prática territorial revela que a existência de políticas robustas não garante sua materialização no cotidiano do trabalho.

No campo técnico-operacional, diretrizes nacionais e internacionais convergem ao afirmar que a efetividade depende de estratégias integradas, sustentáveis e territorialmente orientadas. As orientações brasileiras para prevenção e controle das arboviroses reforçam a articulação entre vigilância epidemiológica, vigilância entomológica, controle vetorial, organização da atenção e comunicação social adaptadas ao território (BRASIL, 2024; BRASIL, 2025). Em consonância, a OPAS e a OMS destacam que impacto sanitário requer coordenação intersetorial, participação social e governança territorial (OPAS, 2016; OMS, 2017). Contudo, a tradução dessas diretrizes em prática encontra limite recorrente na dissociação entre norma e processo de trabalho.

É nesse ponto que a Educação Permanente em Saúde (EPS) se afirma como motor estratégico de transformação. Mais do que capacitação pontual, a EPS constitui dispositivo institucional que reorganiza o trabalho a partir da problematização da realidade, reduzindo a distância entre prescrição e prática (BRASIL, 2004). Aplicada à vigilância das arboviroses,





implica institucionalizar análise territorial contínua, planejamento local e articulação intersetorial, convertendo informação em decisão e decisão em intervenção, conforme orientado pelas Diretrizes de 2025 (BRASIL, 2025). Ao fortalecer a capacidade analítica das equipes, a EPS amplia a vigilância de oportunidade e reduz a fragmentação entre cuidado e vigilância.

No plano organizacional, a literatura da Saúde Coletiva oferece fundamentos para sustentar essa transformação. O apoio matricial e a equipe de referência estruturam compartilhamento de responsabilidade sanitária e integração entre saberes, ampliando a capacidade de resposta territorial (CAMPOS; DOMITTI, 2007). O Tratado de Saúde Coletiva reafirma o caráter político do trabalho em saúde e o território como elemento estruturante da prática sanitária (CAMPOS et al., 2017). Sob o marco da Reforma Sanitária, a resposta às arboviroses deve ser compreendida como expressão do direito à saúde e do compromisso do SUS com equidade e universalidade (PAIM, 2008; PAIM, 2009).

A crescente complexidade epidemiológica exemplificada pela expansão da febre Oropouche reforça a necessidade de vigilância sensível e fortalecimento das capacidades locais de detecção, análise e resposta articuladas à Atenção Primária (BRASIL, 2021; BRASIL, 2024; BRASIL, 2025). Nesse cenário, a efetividade das políticas mede-se pela sua capacidade de produzir transformação concreta no território.

O território, portanto, constitui critério de verdade da política pública. É nele que a diretriz se materializa, que a vigilância se realiza e que a efetividade das estratégias se confirma. Fortalecer a vigilância territorial das arboviroses exige articular diretrizes, reorganizar o processo de trabalho e institucionalizar a Educação Permanente, com centralidade do Agente Comunitário de Saúde. Em síntese, a sustentabilidade da vigilância depende da convergência entre território, diretrizes e EPS: o território orienta, as diretrizes sustentam e a EPS move. É nessa tríade com o ACS como operador estratégico que reside a possibilidade concreta de reduzir vulnerabilidades, qualificar a resposta sanitária e enfrentar, de forma sustentável, a persistência das arboviroses.

Limitações e Fortalezas

Cumprе assinalar, com rigor acadêmico, que este estudo de natureza teórico-analítica e documental concentra-se na exegese normativa e na interpretação crítica de referenciais conceituais, não tendo por objetivo substituir a investigação empírica de campo junto aos atores e territórios concretos. Ainda assim, sua relevância científica reside precisamente na originalidade analítica: o capítulo articula, de modo ainda pouco explorado na literatura, a tradição crítica de Milton Santos e Emerson Merhy com as atualizações mais recentes da





política pública brasileira, notadamente as Diretrizes Nacionais de 2025 e a incorporação da febre Oropouche no horizonte epidemiológico contemporâneo.

Tal inflexão permite superar leituras restritas da vigilância como aparato técnico, reposicionando o Agente Comunitário de Saúde como intelectual do território e operador estratégico da vigilância sensível. Ao oferecer essa síntese teórico-normativa, o estudo contribui para preencher lacuna relevante na Saúde Coletiva, fornecendo substrato crítico para a reorganização territorial da vigilância e para o fortalecimento de respostas antecipatórias capazes de reduzir morbimortalidade e qualificar a governança sanitária no SUS.


4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise desenvolvida reafirma que as arboviroses dengue, chikungunya, zika e febre Oropouche não constituem eventos biológicos isolados, mas expressões condensadas de processos sociais, ambientais e programáticos inscritos no território. À luz da determinação social da saúde e do território-processo, tais agravos revelam a geografia concreta das desigualdades e a forma como o espaço é produzido, governado e vivido. A epidemia, portanto, não é acidente sanitário, mas manifestação histórica de vulnerabilidades estruturais e limites institucionais na produção de respostas sustentáveis.

A articulação entre o território usado, de Milton Santos, e o trabalho vivo em ato, de Merhy, constitui o núcleo analítico desta reflexão. O território, entendido como espaço de relações, fluxos e poderes, antecipa o risco antes que ele se converta em indicador formal; o trabalho vivo produz vigilância e cuidado no encontro concreto entre trabalhador e comunidade. Quando articuladas, essas dimensões deslocam a vigilância de uma lógica retrospectiva para uma prática territorial antecipatória. Quando dissociadas, o sistema permanece aprisionado ao ciclo notificar–contar–reagir, perpetuando recorrências epidêmicas e ampliando a morbimortalidade evitável.

Nesse cenário, o Agente Comunitário de Saúde emerge não como executor periférico, mas como intelectual do território e sentinela epidemiológica estratégica. Sua inserção longitudinal, sua capacidade de leitura das dinâmicas sociais e ambientais e sua posição na interface Estado–comunidade conferem-lhe centralidade técnico-política na produção de uma vigilância sensível e territorializada. Ao captar sinais precoces, reconhecer padrões locais de risco e mobilizar respostas intersetoriais, o ACS amplia a capacidade antecipatória do sistema e fortalece a soberania sanitária do território. Reconhecer essa centralidade implica reposicionar institucionalmente seu trabalho, valorizando sua autonomia analítica e incorporando sua produção de conhecimento aos processos decisórios locais.





Essa potência, contudo, somente se realiza quando sustentada pela reorganização do processo de trabalho e pela institucionalização da Educação Permanente em Saúde como eixo estruturante da vigilância territorial. A EPS, concebida como prática contínua de problematização e transformação, permite converter informação em decisão e decisão em ação territorial coordenada, reduzindo a fragmentação histórica entre produzir dados e produzir cuidado. A integração entre vigilância epidemiológica, vigilância laboratorial e Atenção Primária, aliada a políticas intersetoriais de saneamento, urbanismo e ambiente, constitui condição indispensável para enfrentar a natureza socialmente determinada da transmissão.

Em um cenário global marcado por mudanças climáticas, urbanização desigual e circulação simultânea de múltiplos arbovírus, a experiência brasileira reafirma a potência da Atenção Primária territorializada, da vigilância integrada e do protagonismo comunitário como respostas sustentáveis. Sistemas de vigilância sensíveis, ancorados no cotidiano das comunidades, representam estratégia essencial de adaptação sanitária em contextos de vulnerabilidade ampliada.

Reafirma-se, portanto, a tese central deste capítulo: o Agente Comunitário de Saúde constitui elo técnico-político estruturante entre vigilância e promoção da saúde. Integrar vigilância e cuidado no território, reconhecer o ACS como sujeito estratégico e sustentar a Educação Permanente como motor de transformação não são apenas escolhas organizacionais são decisões políticas capazes de romper a lógica reativa e produzir respostas antecipatórias, equitativas e sustentáveis. É nesse movimento que a vigilância das arboviroses deixa de ser reação episódica e se afirma como prática emancipatória, reafirmando o SUS como projeto civilizatório orientado pela equidade, pela soberania sanitária e pela transformação social.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, Naomar de. **Epidemiologia & saúde: fundamentos, métodos e aplicações**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

BRASIL. Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006. **Regulamenta as atividades de Agente Comunitário de Saúde e Agente de Combate às Endemias**. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 6 out. 2006. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111350.htm. Acesso em: 21 fev. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf. Acesso em: 21 fev. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes nacionais para prevenção e controle da dengue**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em:



https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_prevencao_controle_dengue.pdf. Acesso em: 21 fev. 2026. (referência não citada no texto)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Dengue: diagnóstico e manejo clínico – adulto e criança**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/dengue_diagnostico_manejo_clinico_adulto_crianca.pdf. Acesso em: 21 fev. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2017.pdf. Acesso em: 21 fev. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Vigilância em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_vigilancia_saude.pdf. Acesso em: 21 fev. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde: volume único**. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_5ed.pdf. Acesso em: 21 fev. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Febre de Oropouche: vigilância e manejo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br>. Acesso em: 21 fev. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes Nacionais para Prevenção e Controle das Arboviroses Urbanas: Vigilância Entomológica e Controle Vetorial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2025. Documento técnico. (Arquivo PDF fornecido pelo autor).

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. **A saúde e seus determinantes sociais**. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/ZvQW8Hc6p7N8y9Bv5Xf7Qvr>. Acesso em: 21 fev. 2026.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Zb6kHh8YQpL9v3L5Zp6L7dK>. Acesso em: 21 fev. 2026.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; DOMITTI, Ana Carla. **Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/K7gQ9JXGfQH5k9M8T5kLZqH>. Acesso em: 21 fev. 2026.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2017.

FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. **Programa Saúde da Família: contradições e novos desafios**. São Paulo: Hucitec, 2003.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014. (referência adicionada para cobrir citação no texto)



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Estratégia de Gestão Integrada para Prevenção e Controle da Dengue**. Washington, DC: OPAS, 2016. Disponível em: <https://iris.paho.org>. Acesso em: 21 fev. 2026.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA, 2008.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

SANTOS, Milton. **A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção**. 4. ed. São Paulo: Edusp, 2006.

SANTOS, Milton. **O espaço do cidadão**. 7. ed. São Paulo: Edusp, 2007. (referência não citada no texto)

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Dengue – Global situation**. Disease Outbreak News, 21 Dec. 2023. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2023-DON498>. Acesso em: 21 fev. 2026. (referência adicionada para cobrir citação “OMS, 2023”)

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Vector Control Response 2017–2030**. Geneva: WHO, 2017. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241512978>. Acesso em: 21 fev. 2026.

