



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA - PROFSAÚDE

LITIESKA BARROS DA SILVA SANTOS

INTEGRAÇÃO ENTRE A ATENÇÃO PRIMÁRIA E A VIGILÂNCIA EM SAÚDE:
O QUE PENSAM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE?

MACEIÓ - AL

2022

LITIESKA BARROS DA SILVA SANTOS

INTEGRAÇÃO ENTRE A ATENÇÃO PRIMÁRIA E A VIGILÂNCIA EM SAÚDE:
O QUE PENSAM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE?

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – PROFSAÚDE, vinculado à Universidade Federal de Alagoas, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Dr.a Rozangela Maria de Almeida Fernandes Wyszomirska

Co-orientador: Dr. Michael Ferreira Machado.

Linha de pesquisa: Vigilância em Saúde.

MACEIÓ - AL

2022

Catálogo na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico
Bibliotecária: Taciana Sousa dos Santos – CRB-4 – 2062

S237i Santos, Litieska Barros da Silva.

Integração entre a atenção primária e a vigilância em saúde: o que pensam os profissionais de saúde? / Litieska Barros da Silva Santos. – 2022. 113 f. : il.

Orientadora: Rozangela Maria de Almeida Fernandes Wyszomirska.

Coorientador: Michael Ferreira Machado.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) – Universidade Federal de Alagoas. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família. Maceió, 2021.

Inclui produto educacional.

Inclui bibliografias.

Apêndices: f. 75-106.

Anexo: f. 107-113.

1. Vigilância em saúde. 2. Atenção primária à saúde. 3. Serviços de saúde – Integração. 4. Profissionais de saúde. I. Título.

CDU: 614



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS



FACULDADE DE MEDICINA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA - PROFSAUDE

FOLHA DE APROVAÇÃO

Defesa do Trabalho Acadêmico de Mestrado da discente LITIESKA BARROS DA SILVA SANTOS, intitulado: INTEGRAÇÃO ENTRE A ATENÇÃO PRIMÁRIA E A VIGILÂNCIA EM SAÚDE: O QUE PENSAM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE? orientado pela Profª. Drª. ROZANGELA MARIA DE ALMEIDA FERNANDES WYSZOMIRSKA e coorientado pela Profª. Drª. MICHAEL FERREIRA MACHADO, apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Alagoas, em 26 de setembro de 2022.

Os membros da Banca Examinadora consideraram a candidata:

Aprovado(a) Reprovado(a)

Banca Examinadora:

Presidente – Rozangela Maria de Almeida Fernandes Wyszomirska (Universidade Federal de Alagoas - UFAL)

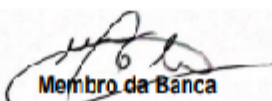
Examinador interno – Maria das Graças Monte Mello Taveira (Universidade Federal de Alagoas - UFAL)

Examinador Externo – Heloisa Helena Motta Bandini (Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas/UNCISAL)

Assinatura da Banca Examinadora:


Membro Presidente da Banca
Documentário assinado digitalmente
gov.br HELOISA HELENA MOTTA BANDINI
Data: 04/30/2022 20:20:03:00
Verifique em: MDOS7/verifica.gov.br

Membro da Banca


Membro da Banca

MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA – PROFSAUDE
PROFSAUDE – Pólo Alagoas – Faculdade de Medicina – Universidade Federal de Alagoas
Campus A. C. Simões - Av. Lourival Melo Mota, S/N – Tabuleiro do Martins - CEP: 57072-900
Telefone: (82) 3214-1157 – Email: saude.familia@famed.ufal.br
<https://famed.ufal.br/pt-br/pos-graduacao/mestrado-profissional-em-saude-da-familia>

A todos os profissionais de saúde que estiveram na linha de frente no combate à Covid-19.

AGRADECIMENTOS

Passaram-se dois anos de muito trabalho e dedicação até a chegada desse momento de finalização de mais essa etapa da minha vida profissional. Muitos obstáculos superados nesse tempo em meio a uma pandemia que exigiu muito de mim como profissional de saúde atuante na linha de frente e também como ser humana.

Apesar das angústias e incertezas envolvidas nesse momento, tive a satisfação de ser selecionada como discente desse Mestrado, o que me trouxe novos saberes e ampliou minha mente em vários aspectos. Hoje agradeço cada pessoa que fez parte desse processo.

Aos meus pais e familiares, que sempre me incentivam e acreditam no meu potencial.

Ao meu esposo, pela total parceria e incentivo.

À minha orientadora, que em muitos momentos foi mais que professora, foi calmária em momentos de aflição e dúvidas. Por toda sua paciência, empatia, confiança e dedicação, eu serei sempre grata.

Ao meu coorientador, pelo apoio e colaboração.

Aos professores do mestrado, por me tirarem da zona de conforto e expandirem minha mente.

À banca examinadora, pelas importantes contribuições ao trabalho.

Aos colegas da turma do Mestrado, pelo apoio e prestatividade.

Aos participantes da pesquisa, que se disponibilizaram em responder os questionários. Sem eles esse trabalho não teria sido possível.

A todos que direta ou indiretamente ajudaram na realização desse sonho!

RESUMO

A vigilância em saúde (VS) surgiu como resultado da necessidade de reformulação do modelo assistencial sanitário vigente e reorientação na organização da assistência à saúde, incluindo novos participantes como os profissionais de saúde e a população, além de inserir os determinantes sociais de saúde. Essa ampliação em seu conceito traz uma nova abordagem com objetivo de inserir todos os níveis de atenção à saúde, principalmente a atenção primária. A integração entre a vigilância em saúde e a atenção primária à saúde é um dos desafios para o SUS, sendo necessária para o alcance da integralidade e resolução dos problemas de saúde da população. Este estudo tem como objetivo compreender como os profissionais da Estratégia Saúde da Família e da vigilância em saúde entendem o trabalho integrado desses serviços. O estudo teve abordagem quantitativa do tipo exploratória e foi realizado por meio de questionário on-line do Google Forms® com os coordenadores da vigilância em saúde e os profissionais de saúde que compõem as equipes de Estratégia da Saúde da Família das Unidades de um município do estado de Alagoas. A análise dos dados foi realizada no programa Google Planilhas® e no programa Epi Info 7®. Os resultados da pesquisa foram apresentados em dois artigos: Integração entre vigilância em saúde e atenção primária: uma metassíntese e Integração entre a atenção primária e a vigilância em saúde: o que pensam os profissionais de saúde? Os resultados mostraram que, em relação aos profissionais da ESF, 28,8% entendem a doença como foco central da VS; 74,7% concorda que a notificação de casos é o objetivo principal da VS; 16,4% não compreendem o território como um dos princípios da VS, 91,8% acreditam que a VS é muito necessária e deve estar inserida na ESF, 78,1% afirmam que a VS não está centralizada nas secretarias de saúde, 35,6% referiram participar ocasionalmente das reuniões de planejamento e 45,2% disseram participar raramente ou nunca das reuniões de avaliação, 46% consideram o nível de integração entre os serviços regular e pouco dificultosa (40,4%) e 98% considerou necessária se fortalecer essa integração dos serviços. Em relação aos coordenadores da VS, foi visto que concordaram que a doença é o foco da vigilância e houve divergência sobre o objetivo principal da VS. Também se percebeu discordância entre os coordenadores em algumas das questões tratadas, como o nível de satisfação quanto à integração dos serviços, divergindo ainda dos profissionais da ESF. Diferentemente dos profissionais da ESF, os coordenadores relataram pouca dificuldade em realizar o trabalho integrado com a atenção primária, mas também concordaram que é muito necessário se fortalecer a integração entre os serviços. A partir dos resultados da pesquisa, foi elaborado um produto educacional, um guia interativo, com base na metodologia CTM3 a fim de orientar os profissionais de saúde sobre a VS, a atenção primária e a integração dos serviços, facilitando o processo de aprendizado dos profissionais de saúde sobre o tema. O estudo apontou uma desarticulação entre os diferentes níveis de atenção e a falta de diálogo entre a ESF e o nível central, o que enfraquece o sistema de saúde e dificulta a integração dos serviços.

Palavras-chave: vigilância em saúde; atenção primária; integração dos serviços de saúde.

ABSTRACT

Health surveillance (HS) emerged as a result of the need to reformulate the current health care model and reorient the organization of health care, including new participants such as health professionals and the population, in addition to inserting the social determinants of health. This expansion in its concept brings a new approach with the objective of inserting all levels of health care, especially primary care. The integration between health surveillance and primary health care is one of the challenges for the SUS, being necessary to achieve comprehensiveness and solve the population's health problems. This study aims to understand how professionals from the Family Health Strategy and health surveillance understand the integrated work of these services. The study had an exploratory quantitative approach and was carried out through an online Google Forms® questionnaire with the health surveillance coordinators and health professionals who make up the Family Health Strategy teams of the Units of a municipality. Data analysis was performed using the Google Sheets® program and the Epi Info 7® program. The research results were presented in two articles: Integration between health surveillance and primary care: a metasyntesis and Integration between primary care and health surveillance: what do health professionals think? The results showed that, in relation to FHS professionals, 28.8% understand the disease as central focus of HS; 74.7% agree that case reporting is the main objective of HS; 16.4% do not understand the territory as one of the principles of HS, 91.8% believe that HS is very necessary and should be included in the FHS, 78.1% say that HS is not centralized in health departments, 35.6% reported occasionally participating in planning meetings and 45.2% said they rarely or never participated in evaluation meetings, 46% considered the level of integration between services regular and little difficult (40.4%) and 98% considered it necessary strengthen this integration of services. Regarding the HS coordinators, it was seen that they agreed that the disease is the focus of surveillance and there was disagreement about the main objective of HS. There was also disagreement between the coordinators on some of the issues addressed, such as the level of satisfaction regarding the integration of services, still differing from the FHS professionals. Unlike the FHS professionals, the coordinators reported little difficulty in carrying out integrated work with primary care, but they also agreed that it is very necessary to strengthen the integration between services. Based on the research results, an educational product was developed, an interactive guide, based on the CTM3 methodology in order to guide health professionals about HS, primary care and the integration of services, facilitating the professionals' learning process. Health on the subject. The study pointed to a disassembly between the different levels of care and the lack of dialogue between the FHS and the central level, which weakens the health system and makes it difficult to integrate services.

Key Words: health surveillance; basic care; integration of health services.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 REFERENCIAL TEÓRICO	12
3 OBJETIVOS	15
3.1 Objetivo Geral	15
3.2 Objetivos Específicos	15
4 MÉTODOS	16
4.1 Artigo 1 – Integração entre vigilância em saúde e atenção primária: uma metassíntese	16
4.1.1 Tipo de estudo	16
4.1.2 Coleta dos dados	16
4.1.3 Seleção dos artigos	16
4.1.4 Análise dos dados	16
4.2 Artigo 2 – Integração entre a atenção primária e a vigilância em saúde: o que pensam os profissionais de saúde?	17
4.2.1 Tipo de estudo	17
4.2.2 Local da realização da pesquisa	17
4.2.3 Participantes do estudo	18
4.2.4 Seleção dos participantes	18
4.2.5 Coleta dos dados	18
4.2.6 Análise dos dados	19
4.2.7 Aspectos éticos	20
4.2.8 Produto	20
5 RESULTADOS	21
5.1 ARTIGO 1 - Integração entre vigilância em saúde e atenção primária: uma metassíntese	21
5.2 ARTIGO 2 - Integração entre a atenção primária e a vigilância em saúde: o que pensam os profissionais de saúde?	37
5.3 PRODUTO - Integrando Vigilância em Saúde e Atenção Primária - Guia Interativo	58

6 CONCLUSÕES GERAIS DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE MESTRADO	73
REFERÊNCIAS	73
APÊNDICE 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	76
APÊNDICE 2 - Termo de anuência da instituição	80
APÊNDICE 3 - Questionário para profissionais da atenção primária	81
APÊNDICE 4 - Questionário para coordenadores da Vigilância em Saúde	84
APÊNDICE 5 – Produto	87
ANEXO 1 - Parecer do Comitê de ética em Pesquisa (CEP)	108

1 INTRODUÇÃO

A vigilância em saúde (VS) surgiu como resultado da reformulação do modelo assistencial sanitário vigente e reorientação na organização da assistência à saúde, incluindo novos participantes como os profissionais de saúde e a população, além de inserir os determinantes sociais de saúde tanto individuais como coletivos. A nova proposta de mudança do modelo de saúde traz um redirecionamento para a promoção, prevenção e recuperação da saúde, a partir de ações intersetoriais e criação de políticas públicas saudáveis (ESP-MG, 2012).

A vigilância em saúde, segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2017) refere-se ao

processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise de dados e disseminação de informações sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública, incluindo a regulação, intervenção e atuação em condicionantes e determinantes da saúde, para a proteção e promoção da saúde da população, prevenção e controle de riscos, agravos e doenças.

Dessa forma, integra os saberes da vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, vigilância em saúde ambiental e vigilância em saúde do trabalhador e essa ampliação em seu conceito traz uma nova abordagem com objetivo de inserir todos os níveis de atenção à saúde, principalmente a atenção primária (BRASIL, 2017).

A atenção primária, porta de entrada aos serviços de saúde, tem importante papel no desenvolvimento de ações e planejamento de vigilância em saúde, inserindo a população em todo processo. A atenção primária é ordenadora do cuidado e responsável pela integralidade da assistência, promovendo a formação de redes de atenção à saúde (BRASIL, 2018).

A construção dessa integralidade do cuidado depende da integração entre a vigilância em saúde e a atenção primária e precisa considerar alguns fatores como o território em que ocorre o processo de saúde-doença, as especificidades de cada local, reestruturação do processo de trabalho da equipe, planejamento de ações individuais e coletivas e educação permanente (BRASIL, 2018).

Segundo a PNAB (BRASIL, 2017), a integração entre atenção primária e a Vigilância em Saúde é muito necessária para que resultados efetivos sejam alcançados, com a melhoria da qualidade de vida da população, garantindo a integralidade da saúde e considerando seus determinantes e condicionantes.

Importante ressaltar que as ações de Vigilância em Saúde fazem parte das atribuições de todos os profissionais da Estratégia Saúde da Família e a integração dessas ações com a Atenção Primária implica na reorganização dos processos de trabalho da equipe, na incorporação do território e rediscussão das ações e atividades dos agentes comunitários de saúde e dos agentes de combate às endemias, com a definição de papéis e responsabilidades, devendo suas atividades serem integradas (BRASIL, 2010).

Assim, segundo a PNAB (2017),

é fundamental a integração do trabalho entre Atenção Básica e Vigilância em Saúde, que é um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde, visando ao planejamento e a implementação de medidas de saúde pública para a proteção da saúde da população, a prevenção e controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e da reforma política e administrativa ocorrida no final da década de 90, iniciou-se a discussão e elaboração da vigilância em saúde no país, principalmente ao que se refere à vigilância epidemiológica, a fim de reorganizar o serviço de saúde e ampliar suas ações, antes voltadas à cadeia de transmissão das doenças (FARIA; BERTOLLOZI, 2010).

A vigilância em saúde passou a ter uma nova abrangência após a implementação do SUS, agora voltada a atuar sobre a saúde da população e não somente para a doença, ampliando-se para além dos espaços já conhecidos (AERTS et al., 2004).

Na década de 1970 houve a criação do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE) e, em 1990, do Centro Nacional de Epidemiologia (CENEPI), ambos transformados em Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e, posteriormente, em Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS), em 2003 (DE SETA et al., 2017). Em 2005, o Ministério da Saúde criou o Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS), visando melhorar a atuação da vigilância em situações de emergência na saúde pública (BRASIL, 2005).

A vigilância em saúde possui algumas características, como intervenção nos problemas de saúde; ênfase naqueles que exigem mais atenção e acompanhamento, articulação entre promoção, prevenção e reabilitação; ações no território; atuação intersetorial; e operacionalização do conceito de risco (TEIXEIRA, 2002), sendo de sua responsabilidade a vigilância dos fatores de risco e a análise de situação de saúde de toda a população (BRASIL, 2017).

A vigilância em saúde integra a vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, a vigilância ambiental e a vigilância em saúde do trabalhador, buscando diminuir a fragmentação de suas ações, melhorar a articulação entre seus eixos, promover a saúde e prevenir agravos. A partir da descentralização de suas ações para as esferas estaduais e municipais e sua incorporação na Estratégia de Saúde da Família, a vigilância em saúde atua como instrumento importante para a mudança dos determinantes de saúde e doença, tendo o território, intersetorialidade e a participação

população como pilares (FRACOLLI et al., 2008; FARIA; BERTOLLOZI, 2010; BRASIL 1999).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) surgiu como proposta de mudança no modelo de atenção à saúde no SUS e de reorganização da atenção primária, porém mesmo com a descentralização das ações de vigilância em saúde, estas ainda ocorrem de maneira restrita na ESF e de forma incipiente, geralmente limitada à vigilância ambiental ou sanitária ou epidemiológica, como controle de vetores, de riscos e de doenças prioritárias (tuberculose, hanseníase, hipertensão, diabetes etc) (TEIXEIRA, 2006).

A descentralização da vigilância e sua implementação na assistência à saúde podem fortalecer a ESF, contribuindo para a mudança das práticas e realização de ações intersetoriais no território adscrito à unidade de saúde, através da formulação e incorporação de políticas públicas direcionadas à melhoria da qualidade de vida da população (TEIXEIRA, 2006).

Um dos desafios do SUS é a integração entre a vigilância em saúde e a atenção primária à saúde. Algumas estratégias têm sido utilizadas para estimular essa relação e realizados esforços institucionais, porém pouco evoluiu nesse sentido. Como resultado dessa falta de integração há a dificuldade em se identificar os determinantes do processo saúde-doença e atuar efetivamente na resolução dos problemas de saúde da população (BRASIL, 2018).

A articulação entre a atenção primária e a vigilância em saúde é necessária para o alcance do princípio da integralidade do SUS. Esse princípio enfrenta obstáculos a serem superados tanto estruturais como conjunturais: os desafios estruturais referem-se à manutenção do modelo biologicista, centrado na doença e no assistencialismo; os conjunturais tratam do aperfeiçoamento e qualificação da atenção primária (TEIXEIRA, 2006).

A ESF deve superar a medicalização da saúde e voltar-se ao cuidado através do acolhimento humanizado, estabelecimento de vínculo entre a equipe e os usuários e a corresponsabilização entre os atores por meio de incentivo à autonomia. Assim como o estabelecimento do diálogo entre a ESF e a vigilância em saúde, por meio da requalificação profissional, com a introdução de habilidades que visem a análise de saúde da população e a execução de práticas de vigilância (TEIXEIRA, 2006).

A construção de um modelo de vigilância em saúde baseado na prevenção e promoção da saúde, na participação social, articulação das redes de saúde, no

levantamento de problemas, produção e disseminação de informações para os profissionais e usuários requer integração com a atenção primária (FARIA; BERTOLLOZI, 2010).

Há muita mudança ainda a ser realizada no que se trata da atuação da vigilância em saúde na atenção primária, principalmente no que refere às práticas das equipes de saúde voltadas às necessidades da população, ao controle dos determinantes da saúde e à prevenção de riscos e danos (TEIXEIRA, 2006).

A motivação para realizar tal estudo decorreu a partir da experiência profissional, onde foi percebida a fragmentação do trabalho de vigilância em saúde na atenção primária, onde se observa a separação entre o trabalho e sua execução, como também as ações isoladas e centralizadas dos profissionais de saúde da atenção primária.

A integração entre a atenção primária e a vigilância em saúde é um dos desafios enfrentados pelos profissionais da ESF, que se sentem sobrecarregados e muitas vezes podem entender as ações de vigilância como mais uma atribuição, não as reconhecendo como intrínsecas ao seu trabalho. Além disso, nota-se o distanciamento entre os profissionais da atenção primária e aqueles que atuam no nível central.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Compreender como os profissionais da Estratégia Saúde da Família e da vigilância em saúde entendem o trabalho integrado desses serviços.

3.2 Objetivos Específicos

Identificar o perfil sociodemográfico dos profissionais da Estratégia Saúde da Família e dos coordenadores da vigilância em saúde;

Conhecer o que os profissionais da Estratégia de Saúde da Família e os coordenadores da vigilância em saúde entendem sobre vigilância em saúde;

Caracterizar o processo de trabalho integrado da atenção primária com a vigilância em saúde, do ponto de vista dos profissionais desses serviços.

4 MÉTODO

4.1 Artigo 1 - Integração entre vigilância em saúde e atenção primária: uma metassíntese

4.1.1 Tipo de Estudo

Foi realizada uma metassíntese qualitativa sobre a integração entre vigilância em saúde e atenção primária.

4.1.2 Coleta dos dados

A partir do objetivo foi feita uma pesquisa avançada na base de dados BVS (Biblioteca Virtual de Saúde) e no Google Acadêmico, com os descritores “Ações Integradas de Saúde”, “Vigilância em Saúde” e “Atenção Primária”.

4.1.3 Seleção dos artigos

Foram inicialmente encontrados 548 artigos, utilizando os descritores mencionados. Na BVS foram encontrados 16 resultados, sendo 11 artigos. No Google Acadêmico foram encontrados 532 resultados, sendo selecionados 30 artigos. Totalizando 41 artigos potencialmente relevantes para a pesquisa. Destes, 3 estavam duplicados.

4.1.4 Análise dos dados

Prosseguiu-se com a leitura dos títulos e resumos para identificar se contemplavam e retratavam os fatores relacionados à temática. Após leitura dos resumos dos 38 artigos, foram excluídos aqueles que não foram considerados relevantes (31 artigos), restando 7 artigos pertinentes, conforme fluxograma 1.

Foram incluídos artigos com textos completos disponíveis, na língua portuguesa e espanhola, publicados nos últimos dez anos, entre janeiro de 2012 e dezembro de 2021. Os artigos em inglês não foram incluídos devido às diferenças no sistema de vigilância em saúde nos países de língua inglesa. No que se refere à exclusão de artigos, 16 se referiam a determinadas áreas específicas, como odontologia (4 artigos), medicina (1 artigo), enfermagem (1 artigo), direito (2 artigos),

economia (4 artigos) e psicologia (4 artigos). Os outros 15 artigos retratavam sobre a história do SUS (4 artigos), opiniões (3 artigos), tecnologia (1 artigo) e 7 não apresentaram informações sobre o tema pesquisado (Figura 1).

4.2 Artigo 2 - Integração entre a atenção primária e a vigilância em saúde: o que pensam os profissionais de saúde?

4.2.1 Tipo de Estudo

O estudo tem abordagem quantitativa do tipo exploratória. As variáveis nominais do estudo são as seguintes: sexo, função desempenhada, local de trabalho, setor de trabalho; e as variáveis ordinais contemplam a idade, grau de escolaridade, formação do trabalhador, atribuições do trabalhador, percepção sobre o trabalho, desafios no trabalho e estruturação das práticas de vigilância em saúde.

4.2.2 Local da realização da pesquisa

O estudo foi realizado na Secretaria de Saúde de um município de Alagoas e nas Unidades de Estratégia Saúde da Família de Saúde do mesmo município. O município onde a pesquisa foi realizada possui mais de 200 mil habitantes, sendo uma cidade que vem crescendo e desenvolvendo bastante, tendo como principal atividade econômica o comércio.

Em relação à situação de saúde do município, as principais causas de internação na rede do SUS estão relacionadas à gravidez, parto e puerpério, causas externas e doenças infecciosas e parasitárias. Em relação à mortalidade, as principais causas observadas são as doenças do aparelho circulatório, seguidas das causas externas, causas indefinidas, neoplasias e doenças do aparelho respiratório.

O município conta com 102 estabelecimentos de saúde de gestão municipal e 10 estabelecimentos de saúde de gestão estadual, incluindo 38 Unidades de Estratégia Saúde da Família de Saúde, com 67 equipes de Estratégia Saúde da Família, perfazendo um percentual de 99,7% de cobertura

Em sua estrutura hierárquica central, o município conta com quatro coordenadores da vigilância em saúde, sendo um coordenador superintendente da vigilância em saúde, que integra as coordenações; um coordenador da vigilância sanitária e da vigilância ambiental; um coordenador da saúde do trabalhador e um coordenador da vigilância epidemiológica. Para compor as equipes de Estratégia da

Saúde da Família, o município conta com 1.064 profissionais de saúde, sendo 67 médicos, 67 enfermeiros, 121 técnicos de enfermagem, 528 agentes comunitários de saúde, 181 agentes de endemia, 50 odontólogos e 50 auxiliares de saúde bucal.

4.2.3 Participantes do Estudo

Os resultados foram obtidos a partir das respostas dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família (146) e dos coordenadores da Vigilância em Saúde (02) de um município de Alagoas, totalizando 148 respondentes.

Os critérios de inclusão foram os profissionais que compõem a Estratégia Saúde da Família conforme a PNAB (BRASIL, 2017) e os profissionais vinculados ao nível central da secretaria de saúde do município do local da pesquisa com, no mínimo, 06 meses de atuação na área no momento em que foi realizada a coleta de dados.

Os critérios de exclusão foram os profissionais ausentes do serviço por licença ou férias e profissionais que não tiveram disponibilidade para responder ao questionário.

4.2.4 Seleção dos participantes

Os profissionais incluídos na amostra foram selecionados por amostragem não probabilística por conveniência, mediante o aceite e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE 1) e do Termo de Anuência da Gestão (APÊNDICE 2).

Após a divulgação da pesquisa entre os profissionais da ESF e coordenadores da vigilância, 152 questionários retornaram respondidos, sendo 4 questionários retirados pelos critérios de exclusão da pesquisa, totalizando a amostra final com 146 participantes.

4.2.5 Coleta dos dados

Anterior à coleta de dados foi realizado um pré-teste junto a um grupo não pertencente ao grupo selecionado para a amostra, onde os participantes receberam o questionário online (APÊNDICE 3 E APÊNDICE 4) pela plataforma Google Forms®, para validação semântica, identificação e correção de possíveis problemas de

entendimento relacionados ao questionário antes de sua aplicação aos participantes do estudo.

Após o pré-teste foi feito contato com os profissionais que atenderam os critérios de inclusão, explicados os objetivos do estudo e o que se espera, então foram convidados a participar do estudo de maneira voluntária. Foi disponibilizado o link de acesso ao questionário on-line por meio do Whatsapp® ou e-mail. O link abria o questionário após concordância com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A coleta de dados foi realizada por meio de questionário online (APÊNDICE 3 e APÊNDICE 4) pela plataforma Google Forms®, com perguntas objetivas, estruturadas, autoaplicáveis, que contemplaram aspectos referentes à integração entre a vigilância em saúde e a atenção primária, com três núcleos de informações: I- dados sociodemográficos, II- conhecimento sobre vigilância em saúde e atenção primária e III- integração entre vigilância em saúde e atenção primária.

Para a construção das questões do núcleo II a respeito do conhecimento sobre vigilância em saúde e atenção primária foi utilizada a escala de Likert com níveis de concordância (discordo totalmente, discordo, não estou decidido, concordo e concordo totalmente).

Para a construção das questões do núcleo III sobre a integração entre vigilância em saúde e atenção primária foi utilizada a escala de Likert com nível de dificuldade (muito dificultoso, dificultoso, indiferente, pouco dificultoso e nada dificultoso), frequência (nunca, raramente, ocasionalmente, frequentemente e sempre), satisfação (nada satisfatória, pouco satisfatória, regular, satisfatória e muito satisfatória).

Foram utilizados dois tipos de questionários, sendo um voltado aos profissionais da atenção primária (APÊNDICE 3) e o outro para os profissionais do nível central da vigilância em saúde (APÊNDICE 4).

O questionário voltado aos profissionais da ESF possuía 24 questões, sendo 5 voltadas aos dados sociodemográficos, 11 questões sobre o conhecimento sobre vigilância em saúde e atenção primária e 8 questões sobre a integração entre vigilância em saúde e atenção primária. Em relação ao questionário dos coordenadores há diferença apenas em 3 questões no núcleo sobre a integração entre vigilância em saúde e atenção primária, com perguntas direcionadas à gestão.

4.2.6 Análise dos dados

A análise dos dados coletados a partir da plataforma Google Forms® foi realizada no programa Google Planilhas® e no programa Epi Info 7 (Centers of Disease Control)®, com a produção de percentuais, gráficos e tabelas.

4.2.7 Aspectos éticos

Os princípios éticos da pesquisa envolvendo seres humanos foram seguidos conforme a Resolução n.º466/12 e n.º580/18 do Conselho Nacional de Saúde, tendo sido a pesquisa aprovada pelo parecer de n.º 5.289.653 (ANEXO 1), pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas (CEP/UFAL).

4.3 Produto - Integrando Vigilância em Saúde e Atenção Primária - Guia Interativo

Após conhecer como os profissionais da Estratégia Saúde da Família e da vigilância em saúde entendem o trabalho integrado desses serviços e os resultados produzidos ao longo da pesquisa, foram encontrados entendimentos que podem prejudicar essa integração.

Foi desenvolvido um guia interativo com base na metodologia CTM3 proposto por Santos, Warren (2019). Esse método consiste em 3 etapas, que orientaram a construção do produto: Concepção do Produto (C), Referencial Teórico (T) e Referencial Metodológico (M3).

A concepção do produto (C) refere-se ao planejamento inicial do produto, o referencial teórico (T) traz o respaldo científico e subsídio sobre o tema, o referencial metodológico (M3) que traz as três teorias: análise transacional (representada pelos 3 estados do ego - pai, adulto e criança), aplicação multissensorial e neurolinguística.

5 RESULTADOS

A pesquisa desenvolvida apresentou como resultados dois artigos e um produto. Os artigos intitulados “Integração entre vigilância em saúde e atenção primária: uma metassíntese” e “Integração entre a atenção primária e a vigilância em saúde: o que pensam os profissionais de saúde?” e como produto educacional, um guia interativo denominado “Integrando a vigilância em saúde e a atenção primária.

5.1 ARTIGO 1: Integração entre vigilância em saúde e atenção primária: uma metassíntese

INTRODUÇÃO

A vigilância em saúde passou a ter uma nova abrangência após a implementação do SUS, agora voltada a atuar sobre a saúde da população e não somente para a doença, ampliando-se para além dos espaços já conhecidos (AERTS et al., 2004), buscando a intervenção nos problemas de saúde, com ênfase naqueles que exigem mais atenção e acompanhamento, articulação entre promoção, prevenção e reabilitação; ações no território; atuação intersetorial; e operacionalização do conceito de risco (TEIXEIRA, 2002), sendo de sua responsabilidade a vigilância dos fatores de risco e a análise de situação de saúde de toda a população (BRASIL, 2017).

A construção de um modelo de vigilância em saúde baseado na prevenção e promoção da saúde, na participação social, articulação das redes de saúde, no levantamento de problemas, produção e disseminação de informações para os profissionais e usuários requer integração com a atenção primária à saúde (APS) (FARIA; BERTOLLOZI, 2010).

A descentralização da vigilância e sua implementação na assistência à saúde podem fortalecer a APS, contribuindo para a mudança das práticas e realização de ações intersetoriais no território, através da formulação e incorporação de políticas públicas direcionadas à melhoria da qualidade de vida da população (TEIXEIRA, 2006).

Segundo a PNAB (BRASIL, 2017), a integração entre atenção primária e a Vigilância em Saúde é muito necessária para que resultados efetivos sejam alcançados, com a melhoria da qualidade de vida da população, garantindo a integralidade da saúde e considerando seus determinantes e condicionantes.

Importante ressaltar que a integração dessas ações de VS com a Atenção Primária implica na reorganização dos processos de trabalho da equipe, na incorporação do território e rediscussão das ações e atividades dos profissionais de saúde com a definição de papéis e responsabilidades, devendo suas atividades serem integradas (BRASIL, 2010).

Segundo a PNAB (BRASIL, 2017),

é fundamental a integração do trabalho entre Atenção Básica e Vigilância em Saúde, que é um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde, visando ao planejamento e a implementação de medidas de saúde pública para a proteção da saúde da população, a prevenção e controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde

Assim, este artigo busca compreender como ocorre a integração entre vigilância em saúde e atenção primária.

METODOLOGIA

Foi realizada uma metassíntese qualitativa sobre a integração entre VS e APS. Para MATHEUS (2009), um estudo de metassíntese qualitativa desenvolve-se em 06 etapas: 1- Identificação do interesse pelo tema de estudo e do objetivo da pesquisa; 2- Seleção dos conteúdos relevantes; 3- Leitura e releitura dos dados para identificação de conteúdo relevantes; 4- Apresentação das relações entre o conteúdo e seus resultados; 5- Realização de afirmações amplas e fundamentadas; 6- Elaboração de nova interpretação.

A partir da identificação do tema (VS e APS) e objetivo da pesquisa (integração entre VS e APS), foi realizada a seleção de conteúdos relevantes, com a definição de critérios para a pesquisa avançada na base de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e Google Acadêmico, utilizando os descritores “Ações Integradas de Saúde”, “Vigilância em Saúde” e “Atenção Primária”. Foram incluídos artigos com textos completos disponíveis, na língua portuguesa e espanhola, publicados nos últimos dez

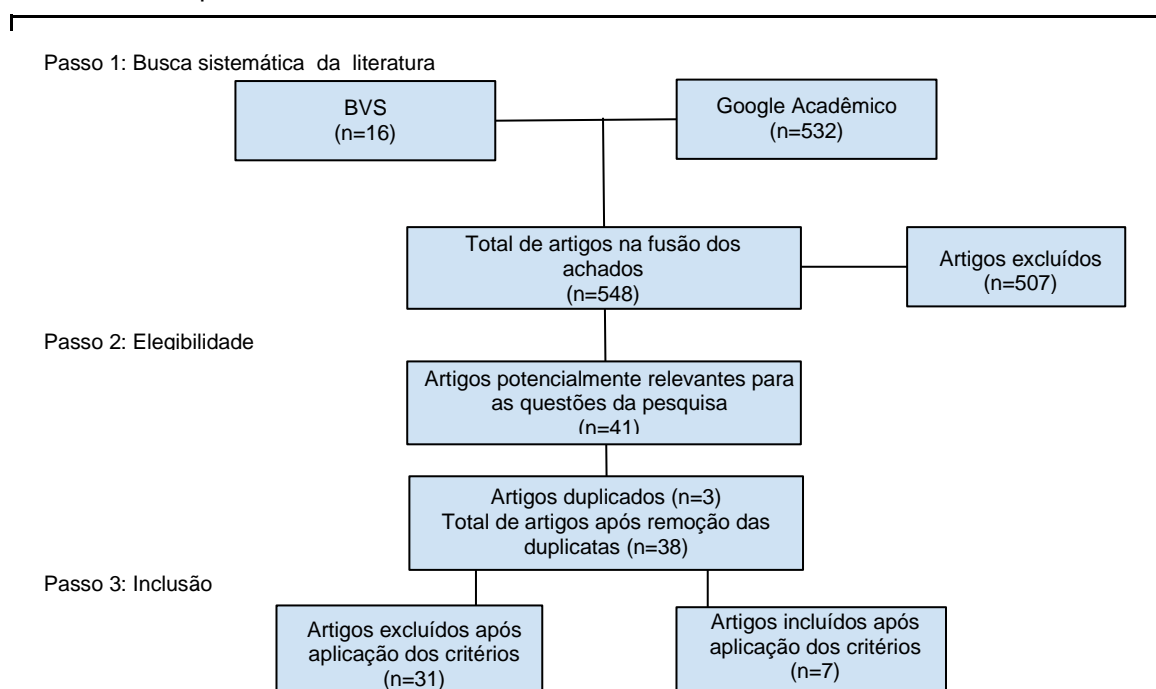
anos, entre janeiro de 2012 e dezembro de 2021. As línguas portuguesa e espanhola foram aceitas devido às grandes semelhanças no sistema de saúde e de vigilância em saúde nos países desses idiomas na América Latina.

Para a análise dos dados, foram inicialmente encontrados 548 artigos, utilizando os descritores mencionados. Na BVS foram encontrados 16 resultados, sendo 11 artigos selecionados. No Google Acadêmico foram encontrados 532 resultados, sendo selecionados 30 artigos, totalizando 41 artigos potencialmente relevantes para a pesquisa. Destes, 3 estavam duplicados, restando 38 artigos.

Prosseguiu-se com a leitura dos títulos e resumos para identificar os conteúdos relevantes e se eram relacionados à temática, tendo sido excluídos aqueles que não foram considerados relevantes (31 artigos), restando 7 artigos pertinentes, conforme mostra a Figura 1.

No que se refere à exclusão dos 31 artigos, 16 se referiam a determinadas áreas específicas, como odontologia (4 artigos), medicina (1 artigo), enfermagem (1 artigo), direito (2 artigos), economia (4 artigos) e psicologia (4 artigos). Os outros 15 artigos retratavam sobre a história do SUS (4 artigos), opiniões (3 artigos), tecnologia (1 artigo) e 7 não apresentaram informações sobre o tema pesquisado (Figura 1).

Figura 1 – Fluxograma do processo de busca, elegibilidade e inclusão de artigos para a metassíntese qualitativa



Os sete artigos selecionados foram codificados como Artigo 1, Artigo 2, Artigo 3, Artigo 4, Artigo 5, Artigo 6 e Artigo 7.

O artigo 1 “Ações de vigilância à saúde integradas à Atenção Primária à Saúde (APS) diante da pandemia da COVID-19: contribuições para o debate” é uma revisão integrativa com o objetivo de identificar e refletir sobre as experiências e limitações atinentes às distintas ações de vigilância em saúde a partir da APS, direcionadas ao enfrentamento da COVID-19, em sistemas de saúde de países selecionados.

O artigo 2 “Estratégia Saúde da Família e Vigilância em Saúde: conhecimento de médicos de família e comunidade sobre Vigilância Sanitária, Vigilância em Saúde Ambiental e Vigilância em Saúde do Trabalhador” é um estudo qualitativo com o objetivo de analisar o conhecimento de médicos de equipes da ESF de municípios do interior do estado de Minas Gerais sobre Vigilância em Saúde Ambiental (VIGIAM), Vigilância Sanitária (VISA) e Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT).

O artigo 3 “Controle da dengue: os consensos produzidos por Agentes de Combate às Endemias e Agentes Comunitários de Saúde sobre as ações integradas” é um estudo qualitativo com o intuito de analisar os consensos produzidos pelo agente comunitário de saúde (acs) e agente de combate às endemias (ACE) sobre estas ações integradas com a implantação da Portaria de Incorporação dos ACE nas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF).

O artigo 4 “Práticas exitosas interdisciplinares na região de saúde de Pirapora/MG é um relato de experiência sobre a parceria VS e APS na Região de Saúde de Pirapora/MG como estratégia de fortalecimento da VS.

O artigo 5 “Ações de controle da dengue na atenção primária à saúde” é uma revisão integrativa para investigar quais as publicações científicas a respeito das ações de controle da dengue na atenção primária.

O artigo 6 “Agentes comunitários de saúde e agentes de combate a endemias: Desafios para controle do *Aedes aegypti*” é uma revisão de literatura para identificar como ocorre a articulação dos Agentes Comunitários de Saúde com os Agentes de Combate a Endemias no cotidiano das ações de prevenção e controle do *Aedes aegypti*.

O artigo 7 “Vigilância em Saúde no SUS - construção, efeitos e perspectivas” é um estudo de rastreamento com o objetivo de analisar o processo de construção da Vigilância em Saúde/VS no Brasil abordando o contexto político, histórico e organizacional deste componente do SUS.

Para a fase de apresentação das relações entre o conteúdo e seus resultados, foi utilizada a análise de conteúdo de BARDIN (1977), que consiste numa ferramenta de estudo e análise de material qualitativo que, a partir da retirada dos aspectos mais importantes, permite a compreensão de uma comunicação ou discurso. Dessa forma, foram extraídos os conceitos centrais, subcategorias e categorias, além da apresentação das relações entre o conteúdo e seus resultados, que subsidiaram a realização de afirmações amplas e elaboração de nova interpretação.

RESULTADOS

Foram selecionados sete artigos para integrar essa metassíntese, todos brasileiros, entre os anos de 2015 e 2021, sendo duas revisões integrativas, um relato de experiência, uma revisão de literatura, um estudo de rastreamento, dois estudos com grupos focais, conforme Quadro 1.

Os sete artigos selecionados foram codificados como Artigo 1, Artigo 2, Artigo 3, Artigo 4, Artigo 5, Artigo 6 e Artigo 7, cujas descrições estão sintetizadas no Quadro 1. No Quadro 2 encontram-se os resumos de cada artigo.

A partir da leitura dos artigos foram extraídos os conceitos centrais e classificados em subcategorias e categorias, como mostra o Quadro 3. Foram encontradas nos artigos 9 subcategorias: ações intersetoriais; necessidade da inter e intrasetorialidade; necessidade da equipe multidisciplinar; descentralização da VS para AP; abrangência ampla da AP; AP como base para VS; integração dos serviços; desconhecimento sobre VS; e necessidade de capacitação para os profissionais.

Como resultado, a partir da leitura minuciosa dos artigos, foi possível categorizar quatro temas: 1) Importância da intersetorialidade; 2) Descentralização da VS para AP; 3) Necessidade da Educação Permanente em Saúde; e 4) Integração da VS e AP.

Quadro 1 - Descrição das características dos artigos que compuseram a metassíntese.

Título	Revista	País	Ano	Tipo do estudo	Objetivo
Artigo 1: Ações de vigilância à saúde integradas à Atenção Primária à Saúde diante da pandemia da COVID-19: contribuições para o debate	Ciência & Saúde Coletiva	Brasil	2021	Revisão integrativa	Identificar e refletir sobre as experiências e limitações atinentes às distintas ações de vigilância em saúde a partir da APS, direcionadas ao enfrentamento da COVID-19, em sistemas de saúde de países selecionados.
Artigo 2: Estratégia Saúde da Família e Vigilância em Saúde: conhecimento de médicos de família e comunidade sobre Vigilância Sanitária, Vigilância em Saúde Ambiental e Vigilância em Saúde do Trabalhador	Revista brasileira de medicina da família e comunidade	Brasil	2021	Qualitativo desenvolvido com a técnica de grupo focal	Analisar o conhecimento de médicos de equipes da ESF de municípios do interior do estado de Minas Gerais sobre VIGIAM, VISA e VISAT.
Artigo 3: Controle da dengue: os consensos produzidos por Agentes de Combate às Endemias e Agentes Comunitários de Saúde sobre as ações integradas	Ciência & Saúde Coletiva	Brasil	2016	Qualitativo desenvolvido com a técnica de grupo focal	Analisar os consensos produzidos pelos ACS e ACE sobre estas ações integradas com a implantação da Portaria de Incorporação dos ACE nas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF).
Artigo 4: Práticas exitosas interdisciplinares na região de saúde de Pirapora/MG	Revista de Saúde Pública do SUS	Brasil	2015	Relato de experiência	Relatar a experiência da parceria VS e APS na Região de Saúde de Pirapora/MG como estratégia de fortalecimento da VS.
Artigo 5: Ações de controle da dengue na atenção primária à saúde	Anais III JOIN	Brasil	2019	Revisão integrativa	Investigar quais as publicações científicas a respeito das ações de controle da dengue na atenção primária.
Artigo 6: Agentes comunitários de saúde e agentes de combate a endemias: Desafios para controle do Aedes aegypti	Id on Line Rev. Psic.	Brasil	2017	Revisão de literatura	Identificar como ocorre a articulação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) com os Agentes de Combate a Endemias (ACE) no cotidiano das ações de prevenção e controle do Aedes aegypti.
Artigo 7: Vigilância em Saúde no SUS - construção, efeitos e perspectivas	Ciência & Saúde Coletiva	Brasil	2018	Estudo de rastreamento	Analisar o processo de construção da Vigilância em Saúde/VS no Brasil abordando o contexto político, histórico e organizacional deste componente do SUS.

Fonte: o autor

Quadro 2 - Resumos dos artigos que compuseram a metassíntese.

(continua)

Título	Resumos
Artigo 1: Ações de vigilância à saúde integradas à Atenção Primária à Saúde diante da pandemia da COVID-19: contribuições para o debate	Trata-se de uma revisão de síntese integrativa com objetivo de refletir sobre os desafios atinentes às ações de vigilância em saúde no enfrentamento da COVID-19, no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), em sistemas de saúde de países selecionados. Foram incluídos, no estudo, países com modelos de APS distintos, mas que adotaram a vigilância nos territórios como premissa para o controle da transmissão da COVID-19. Houve a revisão bibliográfica da literatura científica e a análise documental de normas e diretrizes relacionadas à organização da APS para enfrentamento da pandemia. A produção dos dados ocorreu no período entre abril e julho de 2020 e envolveu a busca de documentos sobre o enfrentamento da COVID-19, no que se refere à APS, nos sites oficiais governamentais de cada país e nas bases de dados científicas Web of Science e Science Direct. Ações integradas de vigilância em saúde demonstraram atuação mais direcionada sobre riscos, sendo possível respostas inovadoras e mais efetivas para enfrentamento da COVID-19, considerando necessidades emergentes no âmbito da APS. Contudo, experiências desenvolvidas por alguns países apresentaram controvérsias éticas e operacionais além dos desafios de acesso às tecnologias decorrente das desigualdades sociais.
Artigo 2: Estratégia Saúde da Família e Vigilância em Saúde: conhecimento de médicos de família e comunidade sobre Vigilância Sanitária, Vigilância em Saúde Ambiental e Vigilância em Saúde do Trabalhador	Introdução: A interação entre os setores do Sistema Único de Saúde, particularmente a Atenção Básica (AB) e a Vigilância em Saúde (VS), é essencial para que ações com foco na integralidade sejam operacionalizadas nos serviços. Para isso, é necessário, além de outros fatores, o conhecimento mútuo entre as áreas, sobre seus escopos de atuação. Objetivo: analisar o conhecimento de médicos de equipes da Estratégia de Saúde da Família sobre Vigilância em Saúde Ambiental (VIGIAM), Vigilância Sanitária (VISA) e Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT). Métodos: Estudo com abordagem qualitativa, realizado com oito médicos de equipes saúde da família de municípios do interior de Minas Gerais. Empregou-se a técnica de grupo focal conduzida com uso de situação-problema. A análise de conteúdo temática guiou o tratamento dos dados. Resultados: A VIGIAM e a VISAT foram as vigilâncias com menor familiaridade entre os médicos, sendo associadas superficialmente ao controle de fatores ambientais e à fiscalização do trabalho, respectivamente. A VISA foi associada à fiscalização de produtos. Maior integração das equipes com os agentes de controle de endemias e capacitação em VS foram propostas para a melhoria da integração. Ações intersetoriais foram sugeridas, principalmente quando relacionadas à VISAT. Conclusões: Diante da baixa familiaridade sobre VS, a educação permanente constitui estratégia fundamental para a integração da AB e VS. Considerando que as ações destes setores são descentralizadas, espera-se maior protagonismo e proatividade dos gestores locais para que ocorra a devida capilaridade da VS na principal porta de entrada do sistema público de saúde brasileiro.

Quadro 2 - Resumos dos artigos que compuseram a metassíntese.

(continua)

<p>Artigo 3: Controle da dengue: os consensos produzidos por Agentes de Combate às Endemias e Agentes Comunitários de Saúde sobre as ações integradas</p>	<p>A dengue é um dos principais desafios de saúde pública no Brasil e as atividades de prevenção e controle dessa patologia vêm sendo baseadas na estratégia de gestão integrada proposta em políticas de saúde, nas quais os atores centrais são o Agente de Combate à Endemias (ACE) e o Agente Comunitário de Saúde (ACS). O estudo objetivou analisar os consensos produzidos pelos ACS e ACE sobre estas ações integradas com a implantação da Portaria de Incorporação dos ACE nas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF). Trata-se de uma pesquisa qualitativa com a realização de grupo focal com profissionais de um município de grande porte e com endemia de dengue do Brasil. O encontro foi gravado e as falas transcritas por meio da Análise do Discurso do Sujeito Coletivo, com apoio do WebQDA. Os resultados apontam consenso em relação a: I) dificuldade no processo de integração do ACS e ACE para o controle da dengue; II) inclusão dos ACE na atenção primária na ESF; III) inexistência de acompanhamento e avaliação das ações integradas. Conclui-se que é necessário sensibilizar os participantes, buscando mudanças de comportamento, oferecer um ambiente de suporte aos envolvidos com cursos de capacitação sobre dengue, acompanhar o processo de integração e avaliar periodicamente criando indicadores de qualidade e quantidade.</p>
<p>Artigo 4: Práticas exitosas interdisciplinares na região de saúde de Pirapora/MG</p>	<p>Após a publicação da Resolução SES n. 3.152, de 14 de fevereiro de 2012 e posterior adesão dos municípios da Região de Saúde de Pirapora/MG ao Projeto de Fortalecimento da Vigilância em Saúde (PFVS), constatou-se a necessidade do desenvolvimento de ações intersetoriais. A Atenção Primária à Saúde (APS) desde então tem sido parceira no processo, com vistas ao empoderamento da descentralização das ações dentro dos territórios sanitários. Ao analisar os resultados alcançados após a parceria VS x APS na Região de Saúde de Pirapora/MG, observa-se que os resultados são positivos tanto no PMAQ, como também no PFVS, ou seja, 84% de execução dos indicadores do PMAQ no ano de 2012 e um percentual médio de execução de 65% das ações da VS, no período de maio de 2012 a maio de 2013. A experiência bem-sucedida das interfaces APS x VS foi classificada e premiada de acordo com a DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG n. 1.570, de 18 de setembro de 2013, com o Prêmio de Práticas Exitosas em Vigilância em Saúde.</p>
<p>Artigo 5: Ações de controle da dengue na atenção primária à saúde</p>	<p>No Brasil, a dengue se firmou como um dos maiores problemas de saúde pública, uma vez que ocorreram aumentos dos números de casos e hospitalizações, com epidemias, ocorrência de casos graves em crianças e em idosos, registro de casos em diversos municípios e acentuação do processo de interiorização da transmissão. Para contornar essa situação epidemiológica, o governo tem investido em ações integradas de saúde, educação, comunicação e mobilização social, a partir de atividades preconizadas no âmbito da Atenção Primária à Saúde, em especial da Saúde da Família. Essa equipe de saúde deve se unir em prol da prevenção e do combate ao vetor, realizando educação continuada, observando os domicílios e os espaços comunitários, internamente e externamente, durante as visitas realizadas pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) e pelos profissionais da equipe de saúde, estimulando os moradores de toda a comunidade. Esse estudo tem como objetivo investigar quais as publicações científicas a respeito das ações de controle da dengue na atenção primária, pois há necessidade de se criar estratégias que envolvam a vigilância em saúde com forte atuação das equipes que desenvolvem a atenção primária no contexto individual e coletivo, uma vez que esta pode ser o meio de multiplicação de todas as ações para prevenção desse agravo. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura. A busca foi através de literatura disponível em bases de dados eletrônicas, por meio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). As bases utilizadas para a pesquisa foram a Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Banco de Dados em Enfermagem (BDENF), no mês de setembro de 2017. Para a busca de dados, utilizaram-se como descritores: dengue, controle de vetores e atenção primária à</p>

Quadro 2 - Resumos dos artigos que compuseram a metassíntese.

(continua)

	saúde, realizando o cruzamento entre eles. Os critérios de inclusão definidos para o estudo foram: artigos voltados para a questão norteadora; sem limite de ano de publicação; em um dos idiomas (português, inglês e espanhol) e estar disponibilizado na íntegra. A amostra total encontrada foi de 14 estudos, dos quais apenas 5 foram selecionados para compor a amostra da revisão, sendo que 9 destes foram excluídos, pois 8 não estavam disponíveis na íntegra e 1 estava repetido nas bases de dados. A maioria dos achados refletiam a respeito de ações que estão voltadas a educação da população, ou seja, em aumentar o grau de informação da comunidade, além de capacitar os profissionais de saúde, por meio de ações educativas que sigam as linhas de cuidado e protocolos estabelecidos, mostrando que as estratégias de educação em saúde têm ganhado principalmente quando se trata do nível de atenção primário substituindo as práticas de realizar apenas campanhas isoladas.
Artigo 6: Agentes comunitários de saúde e agentes de combate a endemias: Desafios para controle do <i>Aedes aegypti</i>	O controle das doenças transmitidas pelo vetor <i>Aedes aegypti</i> está relacionado a um conjunto de ações ligadas a atenção primária a saúde, vigilância em saúde, educação em saúde e participação social. Considerando a importância da realização de ações integradas o objetivo desse estudo foi identificar como ocorre a articulação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) com os Agentes de Combate a Endemias (ACE) no cotidiano das ações de prevenção e controle do <i>Aedes aegypti</i> . Foi realizada revisão de literatura através da análise de artigos publicados no período de 2011 a 2016 na base de dados Scientific Electronic Library Online (Scielo) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). A partir da análise observou-se que as ações de controle ao vetor exigem dos profissionais, um trabalho integrado, multiprofissional. As ações extrapolam o setor saúde sendo indispensável fomentar políticas intersectoriais, ampliar a educação permanente dos profissionais e estimular a participação ativa da sociedade.
Artigo 7: Vigilância em Saúde no SUS - construção, efeitos e perspectivas	Este artigo analisa o processo de construção da Vigilância em Saúde/VS no Brasil abordando o contexto político, histórico e organizacional deste componente do Sistema Único de Saúde, por meio do resgate histórico e apresentação dos avanços, limites, retrocessos e perspectivas. Ao longo da trajetória da VS, seus objetos de estudo e intervenção vêm se ampliando, fortalecendo a integração entre as diversas áreas da vigilância, aumentando sua capacidade de predição e intervenção. Evoluiu-se da vigilância das pessoas, para a das doenças e agora para a de riscos à saúde. A convocação da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde, a ser realizada em 2018, oportuniza revisão e formulação de proposições voltadas para o fortalecimento da VS, expansão do seu escopo de ações e busca de alternativas adequadas e arrojadas, que garantam que a nova modalidade de financiamento do SUS aprovada em 2017, de fato, venha reforçar os avanços conquistados por este no campo da Saúde Coletiva.

Fonte: o autor

Quadro 3 – Conceitos centrais, subcategorias e categorias extraídos a partir dos artigos selecionados.

Conceitos centrais	Subcategorias	Categorias
Articulação intersetorial Multisetorialidade Desenvolver ações intersetoriais	Ações intersetoriais	Importância da intersetorialidade
Necessidade de atuação intra e intersetorial Fortalecer parcerias intersetoriais e intrasetoriais	Necessidade da inter e intrasetorialidade	
Necessidade de uma equipe multidisciplinar Práticas de equipe multidisciplinar ou interprofissional Necessidade de se criar estratégias que envolvam a vigilância em saúde com forte atuação das equipes que desenvolvem a atenção primária	Necessidade da equipe multidisciplinar	Descentralização da VS para AP
Ações de AB e VS são descentralizadas Descentralização dos serviços de saúde Transferência das atividades de vigilância e controle de doenças para os municípios Modelo descentralizado com protagonismo do nível local Descentralização de ações de vigilância em saúde para Atenção Básica Fortalecer o processo de descentralização das ações da Vigilância em Saúde	Descentralização da VS para AP	
APS abrangente Modelos centrados em APS abrangente e fortemente orientada à comunidade terão desfechos de vigilância mais eficientes	Abrangência ampla da AP	
APS é o centro para a multiplicação das ações de VS Visão ampliada de Saúde na APS, tendo como foco o controle de causas, riscos e danos	AP como base para VS	Integração da VS e AP
Integração da APS com os serviços Integração no sistema de saúde Favorecer a realização de atividades integradas Integração das ações desenvolvidas pelos setores da APS e da Vigilância em Saúde Importância da realização de ações integradas Necessária a integração dos sistemas públicos de saúde Ações de VS devem estar incorporadas no cotidiano das ESF	Integração dos serviços	
Profissionais não conseguiram entender o papel integrado da Vigilância Falta de conhecimento sobre a VS	Desconhecimento sobre VS	Necessidade da Educação Permanente em Saúde
Capacitação das equipes em VS Educação permanente em saúde é uma estratégia Necessidade de capacitar os profissionais de saúde Indispensável a qualificação permanente	Necessidade de capacitação para os profissionais	

Fonte: o autor

DISCUSSÃO

Os resultados provenientes da extração e análise dos estudos selecionados geraram quatro temas: importância da intersetorialidade; descentralização da VS para AP; necessidade da educação permanente em saúde; e integração da VS e AP.

Importância da intersetorialidade

A intersetorialidade é um ponto crucial para se construir uma APS abrangente e resolutiva (PRADO et al., 2021), sendo a notificação e a realização de ações intersetoriais alguns dos objetivos da vigilância em saúde (IVANCKO et al., 2021).

Em um dos artigos MESQUITA et al. (2017) cita LIMA; VILASBOAS (2011), relatando que a

A intersetorialidade é uma ferramenta de políticas públicas e de promoção à saúde e exige maior articulação com a população com o objetivo de fomentar sua participação nos processos decisórios quanto à saúde individual e da coletividade, tornando suas relações mais horizontalizadas.

Um artigo destaca uma das diretrizes do Plano Diretor da Vigilância Sanitária, que trata a respeito da necessidade de se fortalecer “parcerias intersetoriais e intrasetoriais, para desenvolvimento de ações voltadas à informação, mobilização, participação e efetivo controle social, com vistas a garantir os direitos à saúde de toda a população” em todos os espaços do sistema de saúde através da “promoção de espaços compartilhados” (IVANCKO et al., 2021).

Importante ressaltar que a APS deve ter o conhecimento sobre suas responsabilidades e assumir suas atribuições de vigilância em saúde, sempre ciente da necessidade de se trabalhar a intersetorialidade (IVANCKO et al., 2021).

A intersetorialidade encontra no território a base para sua efetivação, é a partir dele que são identificados os problemas reais da população e os recursos existentes, culminando nas ações intersetoriais a fim de solucioná-los, sendo as políticas intersetoriais indispensáveis (MESQUITA et al., 2017).

Dentre os artigos selecionados, há uma amostra exitosa realizada em Pirapora/MG (MENEZES; MAGALHÃES, 2015), onde a intersetorialidade “permitiu o desenvolvimento de ações direcionadas tanto para a organização dos micros e

macroprocessos da APS, como para o gerenciamento de risco nas Unidades Básicas de Saúde”.

Descentralização da VS para AP

Paralelamente à criação do Sistema Único de Saúde, a VS foi construída baseada num modelo descentralizado, com base de atuação local, a fim de reduzir a fragmentação do sistema de saúde e integrar os serviços (TEIXEIRA et al., 2008).

A APS deve incorporar a VS às suas atividades cotidianas, assim como a VS deve ser parceira da APS para o fortalecimento de ambas (NORONHA; PENNA, 2007 apud PESSOA et al., 2016). Para isso deve haver uma “reorganização do processo de trabalho visando à descentralização de ações de vigilância em saúde para Atenção Básica” (PESSOA et al., 2016).

Segundo MENEZES; MAGALHÃES (2015), um exemplo de sucesso a ser multiplicado é o Projeto de Fortalecimento da Vigilância em Saúde (PFVS) do Estado de Minas Gerais, que vem fortalecendo o processo de descentralização da VS para a APS e melhorando a qualidade de vida a partir do atendimento das necessidades de sua população.

Para ocorrer essa descentralização da VS para a APS e sua efetiva implantação é necessária a participação e apoio por parte dos gestores (IVANCKO et al., 2021). Este mesmo autor refere que “considerando que as ações de AB e VS são descentralizadas, espera-se maior protagonismo e proatividade dos gestores locais para que ocorra a devida capilaridade da VS na principal porta de entrada do sistema público de saúde brasileiro”, sendo “indispensável a qualificação permanente das equipes gestoras” (PESSOA et al., 2016).

Necessidade da Educação Permanente em Saúde

O conhecimento sobre VS e APS é muito necessário, antes mesmo de se propor a intersetorialidade e a descentralização desses serviços (IVANCKO et al., 2021). Os mesmos autores referem que “houve pouca familiaridade e desconhecimento sobre a VS” num estudo realizado entre profissionais da APS.

O desconhecimento dos profissionais de saúde sobre a VS e APS dificulta o trabalho integrado entre os serviços. Ainda são poucos os estudos que tratam a

respeito do conhecimento desses profissionais sobre o assunto (IVANCKO et al., 2021).

Segundo IVANCKO et al. (2021), “a falta de familiaridade sobre a VS evidencia que a educação permanente em saúde é uma estratégia fundamental para o avanço deste processo”. Desse modo, MOTA et al., (2019) refere que uma estratégia interessante para diminuir esse problema é a educação permanente.

MESQUITA et al. (2017) traz em seu estudo que os profissionais reconhecem a necessidade da educação permanente. A educação permanente em saúde permite a troca de conhecimento e saberes entre os profissionais, potencializando o trabalho em equipe (PESSOA et al., 2016). Assim, torna-se de grande necessidade a educação permanente e constante atualização dos profissionais de saúde sobre VS e APS, visando fortalecer o trabalho e orientar a prática cotidiana (IVANCKO et al., 2021).

Integração da VS e APS

No Brasil, tem-se sinalizado sobre a importância de se integrar a VS e a APS, porém “o avanço das diretrizes legais e operacionais não tem sido ancorado na formação de profissionais para a concretização do modelo de atenção e na garantia de condições para o trabalho integrado” (IVANCKO et al., 2021).

Alguns entraves podem ser identificados para que essa integração se efetive, como a falta de educação permanente, fluxos de trabalhos indefinidos e desorganização do processo de trabalho. Esses obstáculos devem ser superados, pois quando a VS e a APS trabalham de forma integrada observa-se a potencialização e aperfeiçoamento do trabalho (PESSOA et al., 2016).

A integração entre VS e APS é fundamental para tornar a APS abrangente. Como exemplo pode-se citar a Coreia do Sul e os Estados Unidos durante a pandemia por COVID-19. Enquanto na Coreia do Sul os serviços e os atendimentos da APS estavam integrados à VS, o que garantiu a vigilância eficaz da situação epidemiológica tanto local como nacional, nos Estados Unidos não há integração entre a APS à VS, o que causou fragmentação dos serviços e diferentes tomadas de decisões pelos gestores (PRADO et al., 2021).

Segundo PRADO et al. (2021), “os serviços de vigilância não podem operar isoladamente e precisam ser integrados aos sistemas públicos de saúde existentes”. As ações de vigilância integradas à APS são resolutivas e conseguem interferir de

forma direcionada nos problemas de saúde que afetam a população (PRADO et al., 2021).

A integração entre os serviços é fundamental para a efetivação das ações de saúde que tem como objetivo a integralidade e a intersetorialidade. Esse reconhecimento é essencial para serem implementadas desde o nível federal ao municipal, considerando as características locais (IVANCKO et al., 2021).

Precisa-se criar estratégias que envolvam a VS e a APS (MOTA et al., 2019). Segundo MENEZES; MAGALHÃES (2015), “o conjunto de ações desenvolvidas por ambos os setores possibilitam a geração e agregação de valores e tais resultados produzirão impactos para a saúde da população”.

CONCLUSÃO

A metassíntese foi capaz de mostrar e interpretar a produção científica sobre Vigilância em Saúde e Atenção Primária nos últimos dez anos. A partir da categorização foi possível responder à pergunta da pesquisa. A intersetorialidade, a descentralização e a educação permanente em saúde permitem a integração da Vigilância em Saúde e Atenção Primária.

Para se construir uma APS resolutiva é necessário se estabelecer a intersetorialidade, onde a VS possa trabalhar em parceria e com o objetivo comum de melhorar a qualidade de vida da população a partir das suas necessidades reais. Para isso as ações devem ser descentralizadas de forma organizada, permitindo a fluidez e a diminuição da fragmentação dos serviços.

Além disso, é muito importante que os profissionais de saúde se reconheçam como parte do processo e entendam que suas atribuições cotidianas devem envolver ações de vigilância. Nesse contexto, a educação permanente em saúde evidencia-se como estratégia para fornecer subsídios para os profissionais, a partir do compartilhamento de conhecimentos e saberes, atualizações, aquisição de habilidades para o trabalho.

A integração entre a VS e a APS somente será possível quando a intersetorialidade, a descentralização e a educação permanente em saúde forem realmente efetivadas na prática cotidiana.

Em relação à quantidade de artigos, pode-se perceber que o número de documentos encontrados e selecionados foi relativamente pequeno, o que demonstra que a produção científica sobre a integração da vigilância em saúde e atenção primária é bem escassa na língua portuguesa e espanhola, necessitando de novos estudos sobre o tema. Apesar de poucos artigos encontrados, sete artigos desta metassíntese atenderam o objetivo do trabalho de compreender como ocorre a integração entre vigilância em saúde e atenção primária.

REFERÊNCIAS

AERTS, D.R.G.C. et al. As práticas de vigilância em Porto Alegre: a história da Coordenadoria Geral de Vigilância da Saúde. **Saúde em Debate**, v. 28, n. 68, p. 273-278, 2004.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes Nacionais da Vigilância em Saúde**. Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, 21 set 2017. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 01 set 2020.

FARIA, L.S.; BERTOLOZZI, M.R. A vigilância na Atenção Básica à Saúde: perspectivas para o alcance da Vigilância à Saúde. **Rev Esc Enferm USP**, v. 44, n. 3, p. 789-95, 2010.

IVANCKO, G.M. et al. Estratégia Saúde da Família e Vigilância em Saúde: conhecimento de médicos de família e comunidade sobre Vigilância Sanitária, Vigilância em Saúde Ambiental e Vigilância em Saúde do Trabalhador. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v. 16, n. 43, p. 27- 33, 2021.

MATHEUS, M.C.C. Metassíntese qualitativa: desenvolvimento e contribuições para a prática baseada em evidências. **Acta paul. enferm.** 2009.

MENEZES, D.A.O.; MAGALHÃES, P.L. Práticas exitosas interdisciplinares na região de saúde de Pirapora/MG. **Revista de saúde pública do SUS/MG**, v. 3, n. 1, 2015.

MESQUITA, F.O.S.; PARENTE, A.S.; COELHO, G.M.P. Agentes comunitários de saúde e agentes de combate a endemias: desafios para controle do *Aedes aegypti*. **Id on Line Rev. Psic**, v.11, n. 36, 2017.

MOTA, A.L.C. et al. Ações de controle da dengue na atenção primária à saúde. **Anais III JOIN**, 2019.

PESSOA, J.P.M. et al. Controle da dengue: os consensos produzidos por Agentes de Combate às Endemias e Agentes Comunitários de Saúde sobre as ações integradas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n.8, p. 2329-2338, 2016.

PRADO, N.B.M.L. et al. Ações de vigilância à saúde integradas à Atenção Primária à Saúde diante da pandemia da COVID-19: contribuições para o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 7, p. 2843-2857, 2021.

TEIXEIRA, C.F. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. **Cad Saúde Pública**, v. 18, p. 153-162, 2002.

TEIXEIRA, C.F. Saúde da família, promoção e vigilância: construindo a Integralidade da atenção à saúde no SUS. In: **Modelo de atenção à saúde: vigilância e saúde da família**. Salvador: Editora EDUFBA, 2006.

TEIXEIRA, M.G. et al. Vigilância em Saúde no SUS - construção, efeitos e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1811-1818, 2018.

5.2 ARTIGO 2: Integração entre a atenção primária e a vigilância em saúde: o que pensam os profissionais de saúde?

INTRODUÇÃO

A vigilância em saúde surgiu como resultado da reformulação do modelo assistencial sanitário vigente e reorientação na organização da assistência à saúde, incluindo novos participantes como os profissionais de saúde e a população, além de inserir os determinantes sociais de saúde tanto individuais como coletivos. A nova proposta de mudança do modelo de saúde traz um redirecionamento para a promoção, prevenção e recuperação da saúde, a partir de ações intersetoriais e criação de políticas públicas saudáveis (ESP-MG, 2012).

A partir da criação do SUS e da reforma política e administrativa ocorrida no final da década de 90, iniciou-se a discussão e elaboração da vigilância em saúde no país, principalmente ao que se refere à vigilância epidemiológica, a fim de reorganizar o serviço de saúde e ampliar suas ações, antes voltadas à cadeia de transmissão das doenças (FARIA; BERTOLLOZI, 2010).

A vigilância em saúde, segundo a PNAB (BRASIL, 2017), refere-se ao

processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise de dados e disseminação de informações sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública, incluindo a regulação, intervenção e atuação em condicionantes e determinantes da saúde, para a proteção e promoção da saúde da população, prevenção e controle de riscos, agravos e doenças.

Dessa forma, integra os saberes da vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, vigilância em saúde ambiental e vigilância em saúde do trabalhador e essa ampliação em seu conceito traz uma nova abordagem com objetivo de inserir todos os níveis de atenção à saúde, principalmente a atenção primária (BRASIL, 2017).

A atenção primária, porta de entrada aos serviços de saúde, tem importante papel no desenvolvimento de ações e planejamento de vigilância em saúde, inserindo a população em todo processo, sendo a ordenadora do cuidado e responsável pela integralidade da assistência, promovendo a formação de redes de atenção à saúde (BRASIL, 2018).

A construção dessa integralidade do cuidado depende da integração entre a vigilância em saúde e a atenção primária e precisa considerar alguns fatores como o

território em que ocorre o processo de saúde-doença, as especificidades de cada local, reestruturação do processo de trabalho da equipe, planejamento de ações individuais e coletivas e educação permanente (BRASIL, 2018).

A efetivação de um modelo de vigilância em saúde baseado na prevenção e promoção da saúde, na participação social, articulação das redes de saúde, no levantamento de problemas, produção e disseminação de informações para os profissionais e usuários requer integração com a atenção primária (FARIA; BERTOLLOZI, 2010).

Segundo a PNAB (BRASIL, 2017),

a integração entre a Vigilância em Saúde e Atenção Primária é condição essencial para o alcance de resultados que atendam às necessidades de saúde da população, na ótica da integralidade da atenção à saúde e visa estabelecer processos de trabalho que considerem os determinantes, os riscos e danos à saúde, na perspectiva da intra e intersetorialidade.

Um dos desafios do SUS é a integração entre a vigilância em saúde e a atenção primária à saúde. Algumas estratégias têm sido utilizadas para estimular essa relação e realizados esforços institucionais, porém pouco evoluiu nesse sentido. (BRASIL, 2018).

A integração entre a atenção primária e a vigilância em saúde é um dos desafios enfrentados pelos profissionais da ESF, que se sentem sobrecarregados e muitas vezes podem entender as ações de vigilância como mais uma atribuição, não as reconhecendo como intrínsecas ao seu trabalho. Além disso, nota-se o distanciamento entre os profissionais da atenção primária e aqueles que atuam no nível central.

Assim, o objetivo do presente estudo é compreender como os profissionais da Estratégia Saúde da Família e da vigilância em saúde entendem o trabalho integrado desses serviços, caracterizando o processo de trabalho integrado da atenção primária com a vigilância em saúde.

MÉTODOS

O estudo tem abordagem quantitativa do tipo exploratório. Foi realizado na Secretaria de Saúde de um município de Alagoas e nas Unidades de Estratégia Saúde

da Família de Saúde do mesmo município. Os profissionais incluídos na amostra foram selecionados por amostragem não probabilística por conveniência, mediante o aceite e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO 1) e do Termo de Anuência da Gestão (ANEXO 2).

Foram dois tipos de questionários, sendo um voltado aos profissionais da atenção primária (APÊNDICE 1) e o outro para os profissionais do nível central da vigilância em saúde (APÊNDICE 2).

Anterior à coleta de dados foi realizado um pré-teste junto a um grupo não pertencente ao grupo selecionado para a amostra. O link de acesso ao questionário on-line foi disponibilizado por meio do Whatsapp® ou e-mail. O link abria o questionário após concordância com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Após a divulgação da pesquisa entre os profissionais da ESF e coordenadores da vigilância, 150 questionários retornaram respondidos, sendo 4 questionários retirados pelos critérios de exclusão da pesquisa, totalizando a amostra final com 146 participantes.

A coleta de dados foi realizada por meio de questionário online (APÊNDICE 1 e APÊNDICE 2) pela plataforma Google Forms®, com perguntas objetivas, estruturadas, autoaplicáveis, que contemplaram aspectos referentes à integração entre a vigilância em saúde e a atenção primária, com três núcleos de informações: I- dados sociodemográficos, II- conhecimento sobre vigilância em saúde e atenção primária e III- integração entre vigilância em saúde e atenção primária.

Para a construção das questões do núcleo II a respeito do conhecimento sobre vigilância em saúde e atenção primária foi utilizada a escala de Likert com níveis de concordância (discordo totalmente, discordo, não estou decidido, concordo e concordo totalmente).

Para a construção das questões do núcleo III sobre a integração entre vigilância em saúde e atenção primária foi utilizada a escala de Likert com nível de dificuldade (muito dificultoso, dificultoso, indiferente, pouco dificultoso e nada dificultoso), frequência (nunca, raramente, ocasionalmente, frequentemente e sempre), satisfação (nada satisfatória, pouco satisfatória, regular, satisfatória e muito satisfatória), necessidade (desnecessário, pouco necessário, indiferente, necessário e muito necessário) e quantidade (nenhuma, minoria, metade, maioria e todas).

A análise dos dados coletados a partir da plataforma Google Forms® foi realizada no programa Google Planilhas® e no programa Epi Info 7 (Centers of Disease Control)®, com a produção de percentuais, gráficos e tabelas.

Os princípios éticos da pesquisa envolvendo seres humanos foram seguidos conforme a Resolução n.º 466/12 e 580/18 do Conselho Nacional de Saúde, tendo sido a pesquisa aprovada pelo parecer de n.º 5.289.653, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas (CEP/UFAL).

RESULTADOS

Profissionais da Estratégia Saúde da Família

Os participantes da pesquisa totalizaram 146 profissionais da ESF, sendo, em sua maioria, agentes comunitários de saúde (46,6%), enfermeiros (26,7%) e técnicos de enfermagem (13%). Na faixa etária entre 31-40 anos (38,4%) e 41-50 anos (37%), a maioria do sexo feminino (84,9%), com escolaridade de ensino superior completo (59,6%) e com mais de 10 anos que desempenham suas funções (59,6%) (Tabela 1).

Tabela 1 - Dados sociodemográficos dos profissionais da Estratégia Saúde da Família de um município no interior de Alagoas

		(continua)	
		n	%
Formação			
	Agente comunitários de saúde (ACS)	68	46,6
	Agente de endemias	1	0,7
	Auxiliar de saúde bucal	6	4,1
	Enfermeiro	39	26,7
	Médico	7	4,8
	Odontólogo	6	4,1
	Técnico de enfermagem	19	13,0
	Total	146	100
Idade			
	18-30 anos	21	14,4
	31-40 anos	56	38,4
	41-50 anos	54	37,0
	51-60 anos	13	8,9
	> 60 anos	2	1,4
	Total	146	100
Sexo			
	Feminino	124	84,9
	Masculino	22	15,1
	Total	146	100
Escolaridade			
	Ensino médio completo	50	34,2
	Ensino superior completo	87	59,6

Continua Tabela 1 - Dados sociodemográficos dos profissionais da Estratégia Saúde da Família de um município no interior de Alagoas

		(conclusão)	
		n	%
	Ensino superior incompleto	9	6,2
	Total	146	100
Tempo que desempenha sua função atual	1-5 anos	30	20,5
	6-10 anos	29	19,9
	>10 anos	87	59,6
	Total	146	100

Fonte: o autor

O Gráfico 1 mostra o nível de concordância com as afirmativas relacionadas ao núcleo de informações II: conhecimento sobre vigilância em saúde e atenção primária. A afirmativa 1 mostra que 67,1% discordaram/discordaram totalmente que a vigilância em saúde tem como foco central a doença, enquanto 28,8% concordaram com a afirmativa. Na afirmativa 2, 74,7% concordaram/concordaram totalmente que a vigilância em saúde tem como objetivo principal a notificação de casos, o registro e análise de dados. A respeito da afirmativa 3, a maioria dos profissionais (78,1%) discordou/discordou totalmente que a vigilância em saúde é centralizada na secretaria de saúde e não está inserida na atenção primária, porém ainda 14,4% acredita que a vigilância está restrita ao nível central.

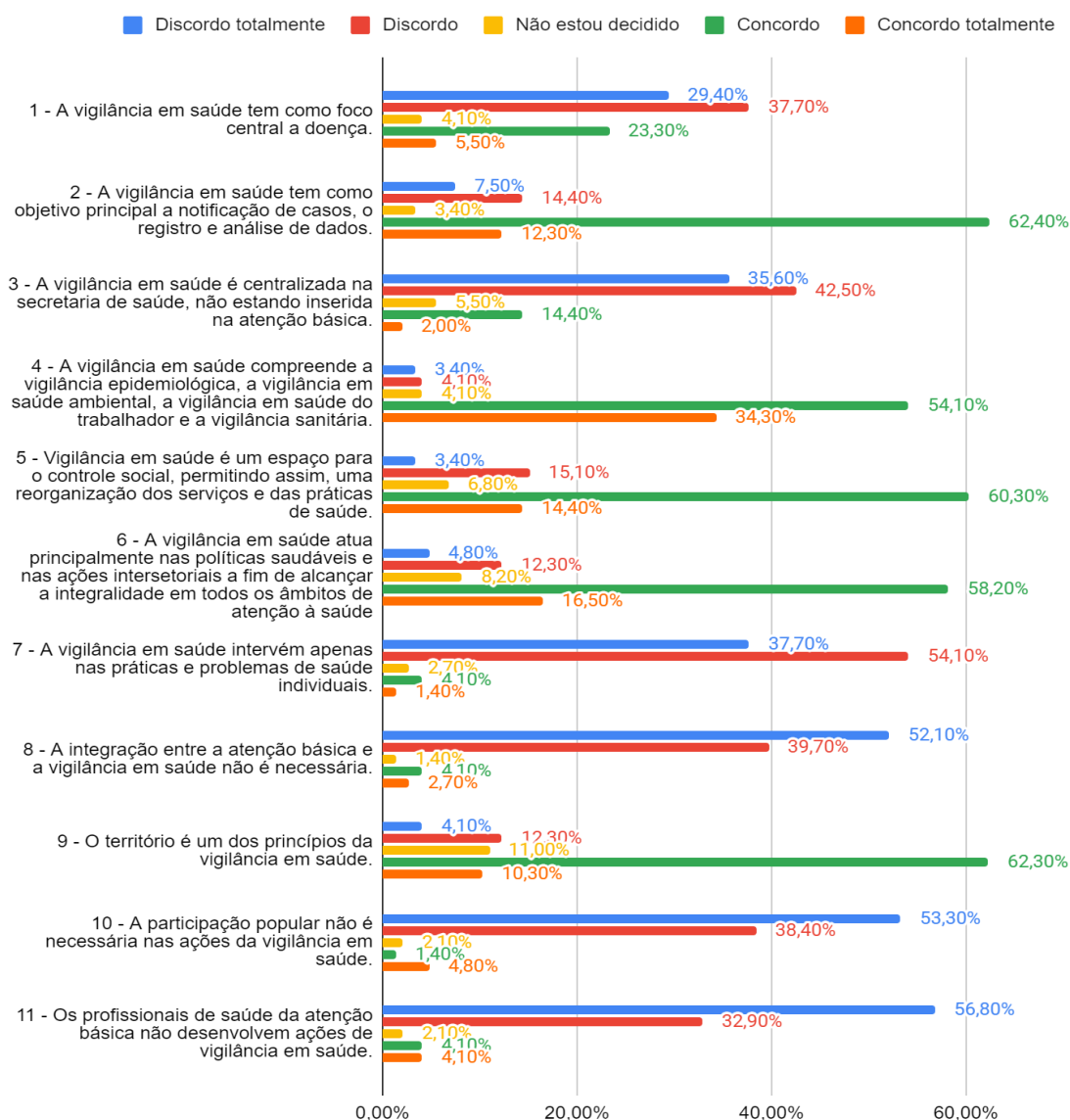
Quanto à afirmativa 4, 84,1% concordaram/concordaram totalmente que a vigilância em saúde compreende a vigilância epidemiológica, a vigilância em saúde ambiental, a vigilância da situação de saúde, a vigilância em saúde do trabalhador e a vigilância sanitária. Nas assertivas 5 e 6, 74,7% acreditam que a vigilância em saúde é um espaço para o controle social, permitindo assim, uma reorganização dos serviços e das práticas de saúde e que vigilância em saúde atua principalmente nas políticas saudáveis e nas ações intersetoriais a fim de alcançar a integralidade em todos os âmbitos de atenção à saúde.

A maioria dos profissionais discordou/discordou totalmente (91,8%) das afirmativas 7 e 8, que relatam que a vigilância em saúde intervém apenas nas práticas e problemas de saúde individuais e que a integração entre a atenção primária e a vigilância em saúde não é necessária.

Sobre o território, referido na afirmativa 9, 72,6% concordaram/concordaram totalmente que este é um dos princípios da vigilância em saúde. Importante ressaltar que 16,4% dos profissionais não consideraram o território um princípio da vigilância e 11% ficou na dúvida sobre a afirmativa, sendo a questão com maior índice de indecisão.

O mesmo foi referido para as questões 10 e 11 (Gráfico 1), onde discordaram/discordaram totalmente (91,7%) que a participação popular não é necessária nas ações da vigilância em saúde e que os profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família não desenvolvem ações de vigilância em saúde (89,7%).

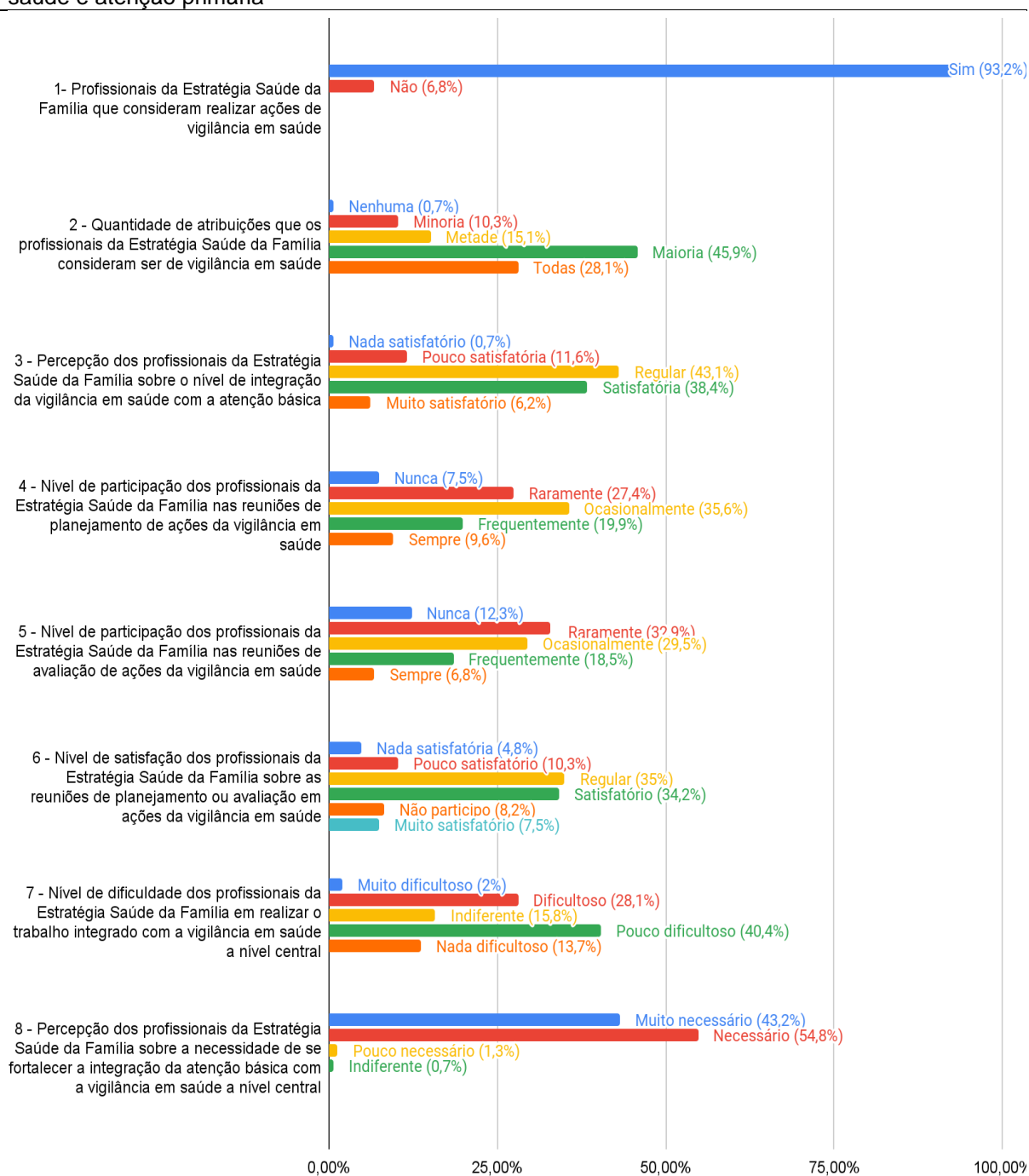
Gráfico 1- Nível de concordância dos profissionais da atenção primária quanto às afirmativas relacionadas à vigilância em saúde e a atenção primária



Fonte: o autor

Em relação ao núcleo de informações sobre a Integração entre vigilância em saúde e atenção primária (Gráfico 2) a maioria dos profissionais (93,2%) considerou realizar ações de vigilância em saúde na atenção primária e 45,9% disseram acreditar que a maioria de suas atividades na atenção primária envolvia vigilância em saúde. Para os profissionais, o nível de integração da vigilância em saúde com a Estratégia Saúde da Família foi considerado regular (43,1%).

Gráfico 2 - Percepções dos profissionais de saúde da ESF quanto à integração entre vigilância em saúde e atenção primária



Fonte: o autor

Observa-se que 35,6% dos profissionais da Estratégia Saúde da Família referiram participar ocasionalmente das reuniões de planejamento de ações da vigilância em saúde e 34,9% disseram participar raramente ou nunca dessas atividades. Em relação às reuniões de avaliação de ações da vigilância em saúde, 45,2% disseram participar raramente ou nunca dessas atividades. Quanto ao nível de satisfação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família ao participarem das reuniões, 35% relatou ser regular e 15,1% ser pouco ou nada satisfatória.

Quando questionados se consideravam dificultoso realizar o trabalho integrado com a vigilância em saúde ao nível central, 40,4% dos profissionais da Estratégia Saúde da Família acreditam ser pouco dificultoso, 28,1% dificultoso e 13,4% nada dificultoso.

No geral, os profissionais da Estratégia Saúde da Família acreditam ser necessário (54,8%) e 43,2% muito necessário se fortalecer a integração da Estratégia Saúde da Família com a vigilância em saúde ao nível central.

Coordenadores da Vigilância em Saúde

Dos quatro coordenadores da vigilância do município onde a pesquisa foi realizada, 2 responderam à pesquisa. Ambos são profissionais da área da saúde (um enfermeiro e um assistente social), na faixa etária entre 41 a 60 anos, estando um deles atuando na área há menos de um ano e outro há mais de 10 anos. Os coordenadores foram questionados quanto ao entendimento sobre vigilância em saúde, atenção primária e sobre a integração entre elas.

Ambos coordenadores concordaram que a vigilância em saúde tem como foco central a doença, sendo que um deles acredita que a vigilância em saúde tem como objetivo principal a notificação de casos, o registro e análise de dados. Os coordenadores concordaram que a vigilância em saúde compreende a vigilância epidemiológica, a vigilância em saúde ambiental, a vigilância da situação de saúde, a vigilância em saúde do trabalhador e a vigilância sanitária e que a vigilância em saúde é um espaço para o controle social, permitindo assim, uma reorganização dos serviços e das práticas de saúde e que vigilância em saúde atua principalmente nas políticas saudáveis e nas ações intersetoriais a fim de alcançar a integralidade em todos os âmbitos de atenção à saúde.

Também concordaram sobre a realização de ações de vigilância em saúde pelos profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família. Do mesmo modo, referiram que a participação popular é necessária nessas ações e que a integração entre a atenção primária e a vigilância em saúde é necessária.

Sobre o território de atuação da Estratégia Saúde da Família e da vigilância em saúde, um dos coordenadores concordou que este é um dos princípios da vigilância em saúde, porém outro discordou da afirmativa. Ambos discordaram que a vigilância em saúde é centralizada na secretaria de saúde e que ela intervém apenas nas práticas e problemas de saúde individuais.

Também houve discordância quanto ao nível de participação dos coordenadores em reuniões de planejamento ou avaliação de ações da vigilância em saúde, onde um relatou ir sempre e outro ocasionalmente. Os dois relataram estar satisfeitos com as reuniões de planejamento, porém em relação às reuniões de avaliação um deles relatou estar pouco satisfeito.

Ao serem indagados sobre o nível de participação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em reuniões de planejamento e de avaliação das ações da vigilância em saúde, um afirmou que os profissionais sempre participam enquanto outro relatou que participam ocasionalmente.

Um dos coordenadores acredita que o nível de integração da vigilância em saúde com a atenção primária é satisfatório, enquanto outro acredita ser pouco satisfatório. Ambos relataram pouca dificuldade em realizar seu trabalho integrado com Estratégia Saúde da Família e que é muito necessário se fortalecer a integração da atenção primária com a vigilância em saúde ao nível central.

DISCUSSÃO

A saúde no Brasil, histórica e politicamente, apresenta uma dualidade entre prevenção e cura, entre o coletivo e o individual (PINTO et al., 2017). Dois modelos hegemônicos de atenção à saúde se destacam no Brasil, são eles o modelo biomédico e o sanitário. O primeiro hospitalocêntrico, focado na cura da doença e no atendimento do profissional médico, já o segundo baseado na prevenção das doenças, ações de vigilância, programas e campanhas (TEIXEIRA et al., 1998).

Nesse contexto surge o conceito de Vigilância em Saúde para tentar superar essa dicotomia e propor um modelo alternativo de atenção à saúde, junto às propostas do SUS (PEREIRA, 2007). Porém, mesmo com todos os avanços que a vigilância em saúde apresentou nos últimos anos, há um grande distanciamento em relação à assistência, refletindo em ações fragmentadas e não efetivas (PINTO et al., 2017).

Os participantes da pesquisa, tanto os profissionais da ESF como os coordenadores, compreendem que o conceito ampliado de vigilância engloba a vigilância epidemiológica, a vigilância em saúde ambiental, a vigilância da situação de saúde, a vigilância em saúde do trabalhador e a vigilância sanitária como componentes da vigilância em saúde, conforme relatam as Diretrizes Nacionais da Vigilância em Saúde (BRASIL, 2010).

Como demonstrado nos resultados, apesar da maioria dos profissionais da ESF discordar que a vigilância em saúde tem foco central na doença, uma quantidade considerável ainda concordou. Também concordaram com a afirmativa os coordenadores da vigilância. Tais dados retratam como conceitos antigos sobre vigilância em saúde ainda se fazem presentes, sendo ainda o modelo biomédico e curativista dominante, o que acaba refletindo nas ações e pensamentos dos profissionais (PINTO et al., 2017), inclusive aqueles que estão na gestão.

A maioria dos profissionais da ESF e um dos coordenadores acreditam que a vigilância em saúde tem como finalidade principal a notificação de casos, o registro e a análise de dados. Este pensamento foi verificado também por TEIXEIRA, VILASBÔAS (2007), onde foi observado que apesar da Estratégia Saúde da Família contribuir para melhoria da saúde, com aumento de ações individuais e coletivas, a vigilância em saúde neste contexto fica restrita à notificação de doenças e aplicação de vacinas.

A vigilância em saúde não pode se resumir apenas à notificação de casos e produção de dados, mas deve utilizar todo seu aporte teórico e científico para utilizar as informações, transformá-las em práticas na identificação dos determinantes e dos riscos à saúde da população (WALDMAN, 1998). As informações devem ser utilizadas para o planejamento das ações a fim de se promover a saúde e prevenir doenças e agravos, integrando assim a vigilância em saúde à atenção primária (PEREIRA, TOMASI, 2016).

A vigilância em saúde no SUS veio com o intuito de transpor o modelo biomédico vigente, não se limitando às doenças transmissíveis (TEIXEIRA et al., 2018). Esse é um dos desafios da vigilância, sendo necessário que a mesma ultrapasse sua atuação para além das notificações de doenças e agravos e assuma efetivamente seu papel (DRUMOND, 2003).

A notificação de doenças e agravos têm sua importância no contexto da vigilância (TEIXEIRA et al., 2018), porém não deve ser seu principal intuito, já que nesse aspecto suas ações ficam voltadas estritamente às doenças, mantendo o modelo curativista, o que vai de encontro à sua real proposta de atuar no processo dos condicionantes e determinantes do adoecimento (OLIVEIRA, CASANOVA, 2009).

Mesmo que ainda não tenha alcançado seus objetivos efetivamente, pode-se observar uma mudança nesse sentido, onde antes o foco era a doença, passou-se a ser de riscos às doenças (TEIXEIRA et al., 2018). Esta nova forma de pensar mais amplamente se traduz no próprio conceito e mudança de denominação que a vigilância em saúde, antes vigilância epidemiológica, está se estruturando (BRASIL, 2008).

O modelo biomédico apresenta limitações, principalmente no que diz respeito ao curativismo, que precisam ser superadas. A ideia do foco na doença deve ser substituída integrando-se diversos saberes e práticas, exigindo do profissional um novo olhar amplo. Além disso, o usuário deve ser visto em sua integralidade, levando-se em consideração sua questão biopsicossocial, sendo o objetivo o indivíduo, sua família e o ambiente que o cerca (OLIVEIRA; CASANOVA, 2009).

Diante disso, a ESF foi criada para reorganizar a atenção primária, considerando realizar suas ações e assistência à saúde conforme as necessidades da população a fim de solucionar os problemas de saúde existentes, devendo considerar o indivíduo, a família e seu ambiente social, atuando em determinado território (BRASIL, 2008).

Quando tratado nesta pesquisa a respeito do território de atuação da vigilância em saúde, foi o maior índice de indecisão tanto entre os profissionais da ESF como entre os coordenadores da vigilância, o que pode ser entendido como falta de conhecimento sobre o assunto, mas a maioria dos profissionais concordou que o território é um dos princípios da vigilância em saúde, à medida que serve de base para a efetivação da vigilância em saúde na atenção primária (BRASIL, 2010).

Segundo CAMPOS (2003), “a vigilância da saúde tem no princípio de territorialidade sua principal premissa”, sendo o local onde as ações de saúde são realmente efetivadas. OLIVEIRA, CASANOVA (2009) também concordaram que o território é o principal pilar da vigilância.

Segundo as Diretrizes Nacionais da Vigilância em Saúde (BRASIL, 2010),

a territorialização é a base do trabalho das equipes de atenção básica para a prática da vigilância em saúde, caracterizando-se por um conjunto de ações, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.

O território é o local onde o sistema de saúde estabelece sua base, não sendo apenas um espaço geográfico delimitado, mas onde ocorrem complexas interações sociais, políticas, econômicas e culturais, além de servir como orientação para a definição dos serviços de saúde e suas prioridades (BRASIL, 2008).

É no território que os problemas da população são elencados e as prioridades são definidas para que suas necessidades sejam atendidas (LIMONGI, MENEZES, MENEZES, 2008) permitindo o alcance da integralidade, universalidade e equidade do SUS através do envolvimento intersetorial (NORONHA, PENNA, 2007).

A atenção primária, assim como todos os níveis de atenção à saúde, deve ter a vigilância em saúde inserida em seu contexto (BRASIL, 2010), assim como a maioria dos profissionais da ESF e também os coordenadores concordaram nesta pesquisa. As ações de vigilância em saúde devem estar presentes no trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família, a fim de se entender os problemas de saúde da comunidade, propor estratégias e atuar diretamente em suas necessidades (BRASIL, 2018).

A verdadeira reestruturação do SUS será possível a medida que a vigilância em saúde for realmente estabelecida na atenção primária e efetivadas nas equipes de saúde e demais áreas relacionadas (LIMONGI; MENEZES; MENEZES, 2008),

através do fortalecimento do trabalho em equipe e do diálogo transdisciplinar a fim de se efetivar a promoção da saúde no campo individual e coletivo (ARREAZA; MORAES, 2010).

Nesse sentido também foi concordado que a vigilância em saúde não intervém somente nas práticas e problemas de saúde individuais, mas também na esfera coletiva, englobando a promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos (BRASIL, 2010). Concordando com a literatura, segundo BRASIL (2018), essas ações individuais e coletivas servem de aporte para a intersetorialidade ao intervir nos determinantes, riscos e danos à saúde da população.

A ampliação do conceito de Vigilância em Saúde passou a incorporar essas práticas tanto individuais como coletivas nos mais diversos âmbitos das demandas de saúde da população, desde os determinantes aos riscos de saúde, superando os fatores biologicistas (ARREAZA; MORAES, 2010).

A participação popular foi considerada necessária nas ações de vigilância em saúde pelos participantes da pesquisa. As diretrizes reiteram a concordância dos profissionais que acreditam na vigilância em saúde como um espaço para o controle social, através da participação dos usuários e para o alcance da integralidade em todas as dimensões de atenção à saúde, a fim de reorganizar os serviços, atuando principalmente nas políticas públicas saudáveis e nas ações intersetoriais permitindo assim, uma reorganização dos serviços e das práticas de saúde e que vigilância em saúde atua (BRASIL, 2010).

A participação da comunidade na saúde está garantida pelo Art. 198 da Constituição do Brasil desde 1988 (BRASIL, 1988), porém ainda hoje é um grande desafio para os trabalhadores e gestores do SUS a efetivação desse direito, principalmente pela vigilância ainda se basear no modelo biomédico curativista, que não considera relevante a participação social (SEVALHO, 2016).

TEIXEIRA (2004) relata que a participação da sociedade e dos trabalhadores de saúde, a partir da mudança do pensamento e do comportamento, servem de base na construção da vigilância em saúde à medida que esta surge de problemas sociais identificados nos territórios. Segundo a autora, “o sujeito da Vigilância em Saúde não se reduz à equipe de saúde, vai além dos profissionais de saúde e envolve a população”.

A vigilância em saúde deve ser construída a partir da participação popular. É importante serem construídos espaços para garantia da participação social e do

controle social, que, de forma organizada, irá permitir a articulação intersetorial e trazer melhorias significativas para toda a comunidade envolvida (BRASIL, 2008).

Além disso, é do conhecimento da maioria dos participantes da pesquisa que os profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família desenvolvem ações de vigilância em saúde e os mesmos reconhecem que realizam essas funções em suas ações cotidianas, não estando centralizadas nas secretarias de saúde. Importante ressaltar que ainda 14,4% desses profissionais acreditam que a vigilância é centralizada na secretaria de saúde. É imprescindível que a vigilância em saúde esteja inserida no cotidiano das equipes de saúde da atenção primária para alcance da integralidade e de melhores resultados na saúde da população (BRASIL, 2008).

Com a descentralização das ações de vigilância para a ESF um grande passo foi dado para a reorientação do sistema de saúde, onde os profissionais passaram a incluir essas ações em suas atividades laborais e, pela proximidade à comunidade oferecida pela ESF, conseguem desenvolver essas ações específicas da vigilância (SANTOS, MELO, 2008).

Para que estas ações de vigilância sejam realmente efetivadas no cotidiano das práticas dos profissionais de saúde é necessário serem desenvolvidas habilidades, uso de instrumentos para o planejamento e organização das ações a fim de se alcançar a melhoria da situação de vida dos usuários (DIAS et al., 2012).

Também é imprescindível que os profissionais das equipes da Estratégia Saúde da Família se reconheçam como atores da vigilância em saúde, sendo importantes agentes de transformação da realidade, que podem identificar os problemas de saúde da comunidade e, com esta, buscar estratégias resolutivas (OLIVEIRA; CASANOVA, 2009).

Apesar da integração entre a atenção primária e a vigilância em saúde ter sido considerada necessária pelos profissionais da ESF e pelos coordenadores, o nível de integração foi considerado mediano. A integração entre vigilância em saúde e atenção primária é considerado um dos desafios para o SUS. Reconhecer essa dificuldade em se realizar o trabalho de forma integrada é necessária para a resolução dos problemas de saúde (ALBUQUERQUE et al., 2021).

A ESF é considerada a base para a efetivação da vigilância em saúde (TEIXEIRA; VILASBÔAS, 2007). Todo o processo de trabalho envolvendo a vigilância e a rede de atenção à saúde, desde a atenção primária ao nível terciário, precisam trabalhar de forma integrada para garantir “a excelência da captação de dados, a

consolidação, a avaliação e a divulgação das informações, bem como a eficiência das medidas de controle e a solução dos problemas de saúde pública” (BOCCATO, 2012).

As ações de vigilância não ocorrem de forma isolada, precisam ser integradas a todos os níveis de atenção, sendo que na atenção primária as ações se tornam mais eficientes e resolutivas, por atuarem em um ambiente social, multissetorial e com equipe multidisciplinar (PRADO et al., 2021). Esta equipe tem fundamental importância e pode contribuir de maneira significativa nos problemas da comunidade através de suas ações de vigilância (BRASIL, 2008).

Importante ressaltar que os profissionais precisam ser capacitados a atuarem como agentes de vigilância por um processo de educação permanente, para adquirirem habilidades e conhecimentos. Desse modo, o trabalho organizado e profissionais capacitados para atuarem na vigilância resultam no atendimento qualificado e na melhoria das condições de saúde (BOCCATO, 2012).

Os profissionais da Estratégia Saúde da Família confirmaram a grande necessidade de se fortalecer a integração da atenção primária com a vigilância em saúde ao nível central, o que foi concordado pelos coordenadores. Corroborando com esse pensamento, BOCCATO (2012) afirma que a vigilância em saúde tem que se integrar “intersectorialmente e intersecretarialmente” em todos os níveis de atenção à saúde para ser fortalecida.

As ações de vigilância na atenção primária precisam ser estabelecidas, com a definição das responsabilidades e atribuições de cada trabalhador de saúde num determinado território (BRASIL, 2010), devendo ter como ponto de partida o planejamento, elencando propostas e priorizando as necessidades da população (ALBUQUERQUE et al., 2021).

Os profissionais da ESF relataram baixa participação nas reuniões de planejamento e avaliação de ações da vigilância em saúde, principalmente naquelas referentes à avaliação, além de baixa satisfação com as mesmas. Dados semelhantes foram encontrados em um estudo realizado na Bahia, onde os profissionais também relataram não participar do planejamento, o que pode demonstrar que “o sujeito que faz a ação não planeja a mesma” (SANTOS; MELO, 2008).

Quanto às reuniões de planejamento e avaliação, os coordenadores apresentaram algumas respostas discordantes e conflitantes sobre a própria participação, quanto ao grau de satisfação e a participação dos profissionais da ESF nessas reuniões.

O planejamento e avaliação das ações de vigilância integrados à atenção primária contribuem para o alcance de metas, como também na investigação e controle de situações de saúde, melhoria dos serviços de saúde, além de aumentar o compartilhamento dos saberes e práticas (COSTA et al., 2021).

COSTA et al. (2021) relata que

[...] as ações de planejamento e avaliação aparecem como algo ainda restrito às coordenações de saúde e trabalho interno das secretarias municipais de saúde, enquanto que as pessoas que operacionalizam as ações desconhecem as ferramentas que poderiam auxiliar na construção de metas que culminassem em mudança de realidade e melhoria da situação de saúde das pessoas de suas áreas de abrangência.

Desse modo, a gerência em saúde é outro desafio para a integração entre a vigilância e a ESF, de modo que essa forma de planejar e avaliar não traz efetiva mudança de saúde e na realidade da população, pelo contrário, à medida que há distanciamento entre gestão e a ESF as ações tornam-se difíceis (COSTA et al., 2021).

Mesmo com a insatisfação em relação às reuniões de planejamento e avaliação, maior parcela dos profissionais da ESF e os coordenadores da vigilância não acreditam ter dificuldades em realizar o trabalho integrado entre vigilância em saúde ao nível central e a atenção primária, porém uma parcela considerável referiu dificuldades nessa integração. LINHARES et al. (2013) relata que o diálogo entre os profissionais da ESF e a vigilância em saúde é desafiador, sendo dificultosa essa integração e a realização das ações.

Conforme a Lei 8.142/90 (BRASIL, 1990), é direito do profissional de saúde participar da gestão dos serviços de saúde, devendo ser capacitado em relação ao planejamento e avaliação dos mesmos. Alguns obstáculos, como a centralização da gestão nas secretarias de saúde e coordenações dos serviços, que não incentiva a participação desses profissionais, além da sobrecarga de trabalho, acabam afastando o trabalhador da gestão participativa (FERREIRA et al., 2018).

Essas dificuldades acabam por gerar fragmentação nos serviços de saúde, desorganização e desarticulação intersetorial, o que não permite a priorização das necessidades da população, causa baixa resolutividade e gera mais custos para o SUS (FERREIRA et al., 2018).

CONCLUSÃO

O estudo permitiu conhecer o que os profissionais da Estratégia Saúde da Família e os coordenadores da Vigilância entendem sobre vigilância em saúde e sobre o trabalho integrado desses serviços, caracterizando o processo de trabalho a partir do ponto de vista dos profissionais.

Pode-se perceber alguns entendimentos que podem prejudicar essa integração. Alguns desses pensamentos reforçam conceitos ultrapassados e causam estranhamentos, principalmente vindo da gestão, já que se espera que, hierarquicamente, as mudanças nas práticas de saúde se iniciem a partir do nível central. Esta desarticulação entre os diferentes níveis de atenção enfraquece o sistema de saúde e a falta de diálogo entre a ESF e o nível central dificulta a integração dos serviços, o que se torna um nó crítico importante.

O estudo aponta para a necessidade de se realizar educação permanente com os profissionais de saúde a fim de capacitá-los com conhecimentos e técnicas para desenvolverem todas as habilidades da vigilância em saúde em suas atividades cotidianas.

Avançar o diálogo entre a vigilância em saúde e a atenção primária ainda é um grande desafio para o sistema de saúde, mas de suma importância para se efetivar a integração dos serviços e se alcançar os objetivos de ambos, garantindo a identificação dos problemas da população a partir do território, a definição das prioridades, o planejamento e efetivação das ações, resolução dos problemas e, conseqüentemente, a melhoria da qualidade dos serviços de saúde.

Apesar da integração entre esses serviços não ter sido satisfatória, foi considerada muito necessária. Esse reconhecimento da dificuldade na integração desses serviços é o ponto inicial para a mudança de postura e de pensamento dos profissionais de saúde e dos gestores da vigilância, o que fortalecerá a atenção primária e tornará a vigilância em saúde abrangente e resolutiva.

Diante das poucas pesquisas referentes à integração da vigilância em saúde à atenção primária, sugere-se que novos estudos sejam realizados para que o tema seja amplamente discutido entre gestores e profissionais de saúde, contribuindo assim para a melhoria dos serviços e efetividade das ações.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, A.C. et al. Desafios para regionalização da Vigilância em Saúde na percepção de gestores de regiões de saúde no Brasil. **Saúde debate**, v.45, n. 128, 2021.

ARREAZA, A.L.V.; MORAES, J.C. Vigilância da saúde: fundamentos, interfaces e tendências. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 15, n. 4, 2010.

BOCCATO, M. **Vigilância em Saúde**. Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, 2012.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 10 jul. 2022.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm>. Acesso em: 15 jul 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes Nacionais da Vigilância em Saúde**. Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia Política Nacional de Atenção Básica** - módulo 1. 1 ed. Brasília, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, 21 set 2017. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 01 set 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose**. 2. ed. Brasília, 2008.

CAMPOS, C.E.A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 8, n. 2, 2003.

COSTA, I.L.O.F. et al. Vigilância em Saúde & planejamento e avaliação em Unidades de Saúde da Família: Estudo qualitativo. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 6, 2021.

DIAS, E.C; SILVA, T.L; ALMEIDA, M.H.C. Desafios para a construção cotidiana da Vigilância em Saúde Ambiental e em Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 15-24, 2012.

DRUMOND, M.J. **Epidemiologia nos municípios - muito além das normas**. São Paulo: Hucitec, 2003.

ESP-MG. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. **Curso técnico em vigilância em saúde - módulo I**. Belo Horizonte, 2012.

FARIA, L.S.; BERTOLOZZI, M.R. A vigilância na Atenção Básica à Saúde: perspectivas para o alcance da Vigilância à Saúde. **Rev Esc Enferm USP**, v. 44, n. 3, p. 789-95, 2010.

FERREIRA, J. et al. Planejamento regional dos serviços de saúde: o que dizem os gestores? **Saúde Soc**. São Paulo, v. 27, n. 1, p. 69-79, 2018.

LIMONGI, J.E.; MENEZES, E.C.; MENEZES, A.C. Vigilância em saúde no programa saúde da família. **Hygeia**, v. 4, n. 7, p. 35-44, 2008.

LINHARES, M.S.C. et al. Programa de educação para o trabalho e vigilância em saúde. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 11 n. 3, p. 679-692, 2013.

NORONHA, J.C.; PENNA, G.O. Saúde da Família e Vigilância em Saúde: em busca da integração das práticas. **Revista Brasileira Saúde da Família**, Brasília, v. 16, n.43, p. 4-9, 2007.

OLIVEIRA, C.M.; CASANOVA, A. O. Vigilância da saúde no espaço de práticas da atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 929-936, 2009.

PEREIRA, B.S.; TOMASI, E. Instrumento de apoio à gestão regional de saúde para monitoramento de indicadores de saúde. **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, v.25, n.2, p. 411-418, 2016.

PEREIRA, J.G. **Articulação ensino-serviço para a construção da Vigilância da Saúde: em foco o distrito Butantã**. 2007. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

PINTO, D.S.; PEREIRA, B.B.; LIMONGI, J.E. Avaliação do conhecimento sobre Vigilância em Saúde entre os profissionais do Sistema Único de Saúde, Uberlândia, Minas Gerais. **J. Health Biol Sci.**, v. 5, n. 1, p. 37-43, 2017.

PRADO, N.M.B.L. et al. Ações de vigilância à saúde integradas à Atenção Primária à Saúde diante da pandemia da COVID-19: contribuições para o debate. **Ciênc. Saúde Colet.** v.26, n.7, 2021.

SANTOS, S.S.B.S.; MELO, C.M.M. Avaliação da descentralização da vigilância epidemiológica para a Equipe de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n.6, p. 1923-1932, 2008.

SEVALHO, G. Apontamentos críticos para o desenvolvimento da vigilância civil da saúde. **Physis**, v. 26, n.2, p. 611-632, 2016.

TEIXEIRA, C.A.; VILASBÔAS, A.L.Q. Saúde da Família e Vigilância em Saúde: em busca da integração das práticas. **Revista Brasileira de Saúde da Família**. Brasília, n. 16, p. 63-67, 2007.

TEIXEIRA, C.F. **O SUS e a vigilância em saúde**. Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde - módulo 1. Rio de Janeiro, 2004.

TEIXEIRA, C.F.; PAIM, J.S.; VILASBÔAS, A.L. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, v. 7, n. 2, p. 7-28, 1998.

TEIXEIRA, M.G. et al. Vigilância em Saúde no SUS - construção, efeitos e perspectivas. **Ciênc. saúde colet.**, v. 23, n. 6, p. 1811-1818, 2018.

WALDMAN, E. A. Usos da vigilância e da monitorização em saúde pública. Informe epidemiológico do SUS, **Inf. Epidemiol. Sus [online]**., v. 7, n.3, p. 7-26, 1998.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA - PROFSAÚDE

LITIESKA BARROS DA SILVA SANTOS

GUIA INTERATIVO:
INTEGRANDO A VIGILÂNCIA EM SAÚDE E A ATENÇÃO PRIMÁRIA

MACEIÓ/ AL

2022

LITIESKA BARROS DA SILVA SANTOS

GUIA INTERATIVO:
INTEGRANDO A VIGILÂNCIA EM SAÚDE E A ATENÇÃO PRIMÁRIA

Produto apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – PROFSAÚDE, vinculado à Universidade Federal de Alagoas, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Dr.a Rozângela Maria de Almeida Fernandes Wyszomirska

Co-orientador: Dr. Michael Ferreira Machado

Linha de pesquisa: Vigilância em Saúde

MACEIÓ/ AL

2022

INTRODUÇÃO

A atenção primária, porta de entrada aos serviços de saúde, tem importante papel no desenvolvimento de ações e planejamento de vigilância em saúde, inserindo a população em todo processo, sendo ordenadora do cuidado e responsável pela integralidade da assistência, promovendo a formação de redes de atenção à saúde (BRASIL, 2018).

As ações de vigilância em saúde devem estar presentes no trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família, a fim de se entender os problemas de saúde da comunidade, propor estratégias e atuar diretamente em suas necessidades (BRASIL, 2018).

Importante ressaltar que os profissionais precisam ser capacitados a atuarem como agentes de vigilância por um processo de educação permanente, para adquirirem habilidades e conhecimentos. Desse modo, o trabalho organizado e profissionais capacitados para atuarem na vigilância resultam no atendimento qualificado e na melhoria das condições de saúde (BOCCATO, 2012).

A construção de um modelo de vigilância em saúde baseado na prevenção e promoção da saúde, na participação social, articulação das redes de saúde, no levantamento de problemas, produção e disseminação de informações para os profissionais e usuários requer integração com a atenção primária (FARIA; BERTOLLOZI, 2010).

A integração entre a atenção primária e a vigilância em saúde é um dos desafios enfrentados pelos profissionais da ESF, que se sentem sobrecarregados e muitas vezes podem entender as ações de vigilância como mais uma atribuição, não as reconhecendo como intrínsecas ao seu trabalho. Além disso, nota-se o distanciamento entre os profissionais da atenção primária e aqueles que atuam no nível central.

Assim, este relato trata a respeito da construção de um produto educacional, no caso um guia interativo, voltado aos profissionais de saúde da ESF e coordenadores da VS, sobre VS, atenção primária e a integração desses serviços.

OBJETIVO

Orientar os profissionais de saúde sobre a VS, a atenção primária e a integração dos serviços, facilitando o processo de aprendizado dos profissionais de saúde sobre o tema.

MÉTODO

Após conhecer como os profissionais da Estratégia Saúde da Família e da vigilância em saúde entendem o trabalho integrado desses serviços e os resultados produzidos ao longo da pesquisa, foram encontrados entendimentos que podem prejudicar essa integração.

Foi desenvolvido um guia interativo com base na metodologia CTM3 proposto por Santos, Warren (2019). Esse método consiste em 3 etapas, que orientaram a construção do produto: Concepção do Produto (C), Referencial Teórico (T) e Referencial Metodológico (M3).

A concepção do produto (C) refere-se ao planejamento inicial do produto, o referencial teórico (T) traz o respaldo científico e subsídio sobre o tema, o referencial metodológico (M3) que traz as três teorias: análise transacional (representada pelos 3 estados do ego - pai, adulto e criança), aplicação multissensorial e neurolinguística.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A construção do guia interativo “Integrando Vigilância em Saúde e Atenção Primária” foi idealizado a partir dos resultados apresentados no presente estudo a partir de entendimentos sobre o tema pelos participantes, cujo objetivo é trazer orientações sobre vigilância em saúde, atenção primária e a integração desses serviços.

Utilizou-se como base teórica para a construção do guia interativo os temas: vigilância em saúde, atenção primária e integração entre vigilância em saúde e

atenção primária. A partir dos temas, foram feitos esboços pelos autores deste estudo e o guia foi feito utilizando-se o site Canva®, como mostra o material gráfico a seguir:



As três páginas iniciais, expostas acima, trazem a apresentação do guia, utilizando a proposta da integração da vigilância em saúde e atenção primária. Na segunda página, há informações sobre os autores. Na terceira página, a apresentação do trabalho, mostrando como utilizá-lo, devendo ser aberto num leitor de PDF, no computador, tablet ou celular, a fim de permitir a interação com os links e vídeos ao longo do guia.



As duas páginas seguintes (páginas 4 e 5) trazem conceitos e características sobre a Vigilância em Saúde a fim de introduzir o tema ao público-alvo, trazendo a racionalidade que desperta o Ego Adulto. Também há um vídeo explicando mais sobre

o tema na página 4 e mais dois vídeos na página 6 para aprofundamento sobre o tema, que evocam percepções visuais.



A página 7 traz informações pertinentes sobre o tema, com imagens mostrando a atuação da vigilância e sua construção coletiva através da imagem de mãos montando um quebra-cabeça. Essa imagem também desperta o Ego Criança do leitor através da brincadeira. Também há imagens mostrando fumaça de cigarro e carne podre para evocar percepções olfativas do leitor.



Na página 8 há destaques mostrando como era a Vigilância antes do SUS e depois do SUS, trazendo reflexão ao leitor. Ao fundo, foi colocada a imagem de um profissional de saúde montando um jogo de torre com peças relacionadas à saúde,


despertando o Ego Criança e também se refere à busca de equilíbrio do profissional e aos vários elementos que constroem a saúde, mantendo-a equilibrada.

Vigilância em Saúde versus Modelos de Atenção à Saúde

A saúde no Brasil, histórica e politicamente, apresenta uma dualidade entre prevenção e cura, entre o coletivo e o individual (PINTO et al., 2017). Dois modelos hegemônicos de atenção à saúde se destacam no Brasil: são eles o modelo biomédico e o sanitário. O primeiro hospitalocêntrico, focado na cura da doença e no atendimento do profissional médico, já o segundo é baseado na prevenção das doenças, ações de vigilância, programas e campanhas (TEIXEIRA et al., 1998).

Nesse contexto surge o conceito de Vigilância em Saúde para tentar superar essa dicotomia e propor um modelo alternativo de atenção à saúde, junto às propostas do SUS (PEREIRA, 2007). Porém mesmo com todos avanços que a vigilância em saúde apresentou nos últimos anos, há um grande distanciamento em relação à assistência, o que reflete em ações fragmentadas e não efetivas.

Conceitos antigos sobre vigilância em saúde ainda se fazem presentes, sendo ainda o modelo biomédico e curativista dominante, o que acaba refletindo nas ações e pensamentos dos profissionais, inclusive aqueles que estão na gestão (PINTO et al., 2017).



Importante lembrar!

A vigilância em saúde não pode se resumir apenas à notificação de casos e produção de dados, mas deve utilizar todo seu aporte teórico e científico para utilizar as informações de saúde e transformá-las em práticas, na identificação dos determinantes e dos riscos à saúde da população (WALDMAN, 1998).

As informações de saúde também devem ser utilizadas para o planejamento das ações a fim de se promover a saúde e prevenir doenças e agravos, integrando assim a vigilância em saúde à atenção primária (PEREIRA, TOMASI, 2016).

A notificação de doenças e agravos tem sua importância no contexto da vigilância (TEIXEIRA et al., 2018), porém não deve ser seu principal intuito, já que nesse aspecto suas ações ficam voltadas estritamente às doenças, mantendo o modelo curativista, o que vai de encontro à sua real proposta de atuar no processo dos condicionantes e determinantes do adoecimento (OLIVEIRA, CASANOVA, 2005).

Modelo	Sistema	Objetivo	Método de Trabalho	Formas de Organização
Modelo biomédico (curativista)	Médico	Diagnóstico e tratamento	Diagnóstico médico (individual)	Rede de atenção de saúde Hospitalar
Modelo sanitário	Sociedade - cidadão	Prevenção e promoção da saúde	Diagnóstico sanitário	Comunidade sanitária
Vigilância em saúde	Estado, comunidade e cidadania	Prevenção, promoção e recuperação da saúde	Diagnóstico sanitário, diagnóstico médico e diagnóstico social	Rede de atenção de saúde

O assunto tratado na página 9 é “Vigilância em Saúde versus Modelos de Atenção à Saúde”, que busca maior aprofundamento e reflexão sobre o tema. Na mesma página há um quadro comparando os modelos de atenção à saúde. Na página 10 há um destaque para chamar a atenção do leitor sobre a amplitude da vigilância.

A efetivação da Vigilância em Saúde na Estratégia Saúde da Família

A **Estratégia Saúde da Família (ESF)** foi criada para reorganizar a atenção primária considerando realizar suas ações e assistência à saúde de acordo com as necessidades da população a fim de solucionar os problemas de saúde existentes, devendo considerar o indivíduo, a família e seu ambiente social, atuando em determinado território (BRASIL, 2008).

A vigilância em saúde no contexto da ESF, geralmente fica restrita à notificação de doenças, controle de vetores e aplicação de vacinas (TEIXEIRA, VILASBOAS, 2007), porém com a descentralização e implementação da vigilância na assistência à saúde se fortalece a **ESF**, contribuindo para a mudança das práticas e realização de ações intersectoriais no território adscrito à unidade de saúde, através da formulação e incorporação de políticas públicas direcionadas à melhoria da qualidade de vida da população (TEIXEIRA, 2006).

A atenção primária, porta de entrada aos serviços de saúde, tem importante papel no desenvolvimento de ações e planejamento de vigilância em saúde, inserindo a população em todo processo. A atenção primária é ordenadora do cuidado e responsável pela integralidade da assistência, promovendo a formação de redes de atenção à saúde (BRASIL, 2018b).

Território como pilar da Vigilância em Saúde

O território é um dos princípios da vigilância em saúde, a medida que serve de base para a efetivação da vigilância em saúde na atenção primária, segundo as **Diretrizes Nacionais da Vigilância em Saúde** (BRASIL, 2010).

O território é o local onde o sistema de saúde estabelece sua base, não sendo apenas um espaço geográfico delimitado, mas onde ocorrem complexas interações sociais, políticas, econômicas e culturais, além de servir como orientação para a definição dos serviços de saúde e suas prioridades (BRASIL, 2008).

É no território que os problemas da população são elencados e as prioridades são definidas para que suas necessidades sejam atendidas (LIMONGI, MENEZES, MENEZES, 2008) permitindo o alcance da integralidade, universalidade e equidade do SUS através do envolvimento intersectorial (NORONHA, PENNA, 2007).

O TERRITÓRIO É O PRINCIPAL PILAR DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE

A participação popular na vigilância em saúde

As Diretrizes Nacionais da Vigilância em Saúde trazem a vigilância em saúde como um espaço para o controle social através da participação dos usuários e para o alcance da integralidade em todos as dimensões de atenção à saúde, a fim de reorganizar os serviços, atuando principalmente nas políticas públicas saudáveis e nas ações intersectoriais permitindo assim, uma reorganização dos serviços e das práticas de saúde e que vigilância em saúde atua (BRASIL, 2010).

A participação da comunidade na saúde está garantida pelo Art. 198 da **Constituição do Brasil** desde 1988 (BRASIL, 2016).

Ainda hoje é um grande desafio para os trabalhadores e gestores do SUS a efetivação desse direito, principalmente pela vigilância ainda se basear no modelo biomédico curativista, que não considera relevante a participação social (SEVALHO, 2016).

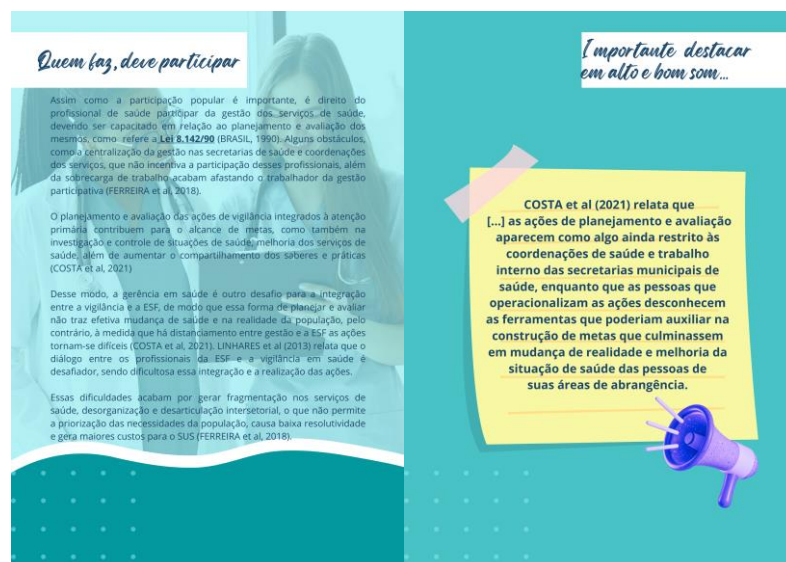
TEIXEIRA (2004), relata que a participação da sociedade e dos trabalhadores de saúde, a partir da mudança do pensamento e do comportamento, servem de base na construção da vigilância em saúde a medida que esta surge de problemas sociais identificados nos territórios.

A vigilância em saúde deve ser construída a partir da participação popular. É importante que sejam construídos espaços para garantia da participação social e do controle social, que, de forma organizada, irá permitir a articulação intersectorial e trazer melhorias significativas para toda a comunidade envolvida (BRASIL, 2008).




A página 11 mostra “A efetivação da Vigilância em Saúde na Estratégia Saúde da Família”. Traz como âncora do assunto abordado a imagem que remete a Atenção primária, onde as ações da Vigilância em Saúde são efetivadas. Também tem dois links para mais informações sobre a ESF. O “Território como princípio da Vigilância em Saúde” é o assunto da página 12. Tem um link sobre as Diretrizes Nacionais da

Vigilância em Saúde que reitera sobre o tema. Na página 13 é tratado a respeito da “Participação popular na vigilância em saúde”. O link da Constituição do Brasil mostra a garantia legal da participação popular na saúde. A imagem de mãos dadas traz a percepção tátil ao leitor.



As páginas 14 e 15 referem-se à importância do planejamento e busca despertar o profissional de saúde quanto a importância de sua participação na construção da vigilância, destacando o link com a Lei 8.142 para leitura complementar. A representação da Lei como norma desperta o Ego Pai do leitor, assim como as Diretrizes da página 12 e a Constituição do Brasil da página 13. Imagens de profissionais conversando e planejando juntos objetivam despertar percepções visuais no leitor. O uso da frase auditiva “alto e bom som” e imagem de um megafone buscam despertar percepções auditivas do leitor.

O processo de trabalho da vigilância em saúde na atenção primária

Com a descentralização das ações da Vigilância em Saúde para a ESF e participação do profissional em seu planejamento, as ações específicas da vigilância podem ser desenvolvidas efetivamente, principalmente pela proximidade à comunidade oferecida pela ESF (SANTOS, MELO, 2008).

A atenção primária, assim como todos os níveis de atenção à saúde, devem ter a vigilância em saúde inserida em seu contexto (BRASIL, 2010), presente no trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família e no cotidiano das equipes de saúde da atenção primária, a fim de se entender os problemas de saúde da comunidade, propor estratégias e atuar diretamente em suas necessidades (BRASIL, 2018b), para que sejam alcançados a integralidade e melhores resultados na saúde da população (BRASIL, 2008). A construção dessa integralidade do cuidado depende da integração entre a vigilância em saúde e a atenção primária (BRASIL, 2018b).



Integração entre vigilância em saúde e atenção primária

A ESF é considerada a base para a efetivação da vigilância em saúde. Os profissionais de saúde em uma rede de atenção à saúde desde a atenção primária ao nível terciário precisam trabalhar de forma integrada para garantir "a excelência na captação de dados, a consolidação, a avaliação e a divulgação das informações, bem como a eficiência das medidas de controle e a solução dos problemas de saúde pública" (BOCCATO, 2012).

As ações de vigilância na atenção primária precisam ser estabelecidas, com a definição das responsabilidades e atribuições de cada trabalhador de saúde num determinado território (BRASIL, 2010), devendo ter como ponto de partida o planejamento, elencando propostas e priorizando as necessidades da população (ALBUQUERQUE et al, 2021).

Importante ressaltar que as ações de vigilância em Saúde fazem parte das atribuições de todos os profissionais da Estratégia Saúde da Família e a integração dessas ações com a Atenção Primária implica na reorganização dos processos de trabalho da equipe, na incorporação do território e, rediscussão das ações (BRASIL, 2010).



Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (2017), "a integração entre a Vigilância em Saúde e Atenção Primária é condição essencial para o alcance de resultados que atendam às necessidades de saúde da população, na ótica da integralidade da atenção à saúde e visa estabelecer processos de trabalho que considerem os determinantes, os riscos e danos à saúde, na perspectiva da intra e intersectorialidade."

A página 16 traz o “Processo de trabalho da vigilância em saúde na atenção primária” e nas páginas 17 e 18 se propõe ampliar o conhecimento do profissional de saúde sobre a “Integração entre vigilância em saúde e atenção primária”, destacando a importância do profissional neste contexto. Traz o link da Política Nacional de Atenção Básica para maiores informações. Traz as imagens das engrenagens como metáfora à integração dos serviços e imagem do odontólogo como profissional integrante da ESF e também importante neste processo. Essa imagem também busca despertar percepções gustativas do leitor.

Considerações finais

Avançar o diálogo entre a vigilância em saúde e a atenção primária ainda é um grande desafio para o sistema de saúde, mas de suma importância para se efetivar a integração dos serviços e se alcançar os objetivos de ambos, garantindo a identificação dos problemas da população a partir do território, a definição das prioridades, o planejamento e implementação das ações, resolução dos problemas e, consequentemente, a melhoria da qualidade dos serviços de saúde.

Espero que esse guia possa ter te ajudado a compreender mais sobre a Vigilância em Saúde, a atenção primária e a importância da integração desses serviços, a fim de permitir que essa integração seja efetivada na prática.

Referências

Referências

(Note: The actual list of references is not fully legible in the image but would follow the same format as the previous page.)

Na página 19 há as considerações e mensagem finais. As referências são trazidas nas páginas 20 e 21 com links disponíveis para aprofundamento sobre o tema.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização desse guia interativo tornou-se um desafio, à medida que sua construção e design em uma plataforma digital exigiu um caminhar por áreas até então desconhecidas pelos autores, porém novas habilidades foram adquiridas e o produto final tornou-se motivo de orgulho, tendo os objetivos sido alcançados. A escolha e construção do produto educacional foi feita a partir da avaliação dos resultados obtidos na pesquisa a fim de alcançar os objetivos traçados.

Dessa forma, com a elaboração desse guia interativo e a socialização desta ferramenta espera-se que os profissionais adquiram conhecimentos sobre VS, atenção primária e a integração dos serviços e possam atuar em sua prática cotidiana buscando essa integração. Além de sensibilizá-los sobre a importância da sua atuação como profissional de saúde no processo de vigilância, seja na atenção primária ou no nível central, e despertá-los sobre a necessidade de se trabalhar integradamente a atenção primária com a vigilância em saúde.

Para que os anseios sejam alcançados é necessário ainda que o produto seja validado e sua usabilidade comprovada, entretanto esse fato não minimiza a importância desse projeto educacional para os profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS

AERTS, D.R.G.C. et al. As práticas de vigilância em Porto Alegre: a história da Coordenadoria Geral de Vigilância da Saúde. **Saúde em Debate**, v. 28, n. 68, p. 273-278, 2004.

ALBUQUERQUE, A.C. et al. Desafios para regionalização da Vigilância em Saúde na percepção de gestores de regiões de saúde no Brasil. **Saúde debate**, v.45, n. 128, 2021.

ARREAZA, A.L.V.; MORAES, J.C. Vigilância da saúde: fundamentos, interfaces e tendências. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 15, n. 4, 2010.

BOCCATO, M. **Vigilância em Saúde**. Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, 2012.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 10 jul. 2022.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm>. Acesso em: 15 jul 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes Nacionais da Vigilância em Saúde**. Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia Política Nacional de Atenção Básica** - módulo 1. 1 ed. Brasília, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, 21 set 2017. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 01 set 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.399, de 15 de dezembro de 1999. **Diário Oficial da União**, 15 dez 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose**. 2. ed. Brasília, 2008.

COSTA, I.L.O.F. et al. Vigilância em Saúde & planejamento e avaliação em Unidades de Saúde da Família: Estudo qualitativo. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 6, 2021.

ESP-MG. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. **Curso técnico em vigilância em saúde** - módulo I. Belo Horizonte, 2012.

FARIA, L.S.; BERTOLOZZI, M.R. A vigilância na Atenção Básica à Saúde: perspectivas para o alcance da Vigilância à Saúde. **Rev Esc Enferm USP**, v. 44, n. 3, p. 789-95, 2010.

FERREIRA, J. et al. Planejamento regional dos serviços de saúde: o que dizem os gestores? **Saúde Soc**. São Paulo, v. 27, n. 1, p. 69-79, 2018.

FRACOLLI, L.A. et al. Vigilância à Saúde: deve se constituir como política pública? **Saúde Soc**. São Paulo, v. 17, n. 2, p. 184-192, 2008.

LIMONGI, J.E.; MENEZES, E.C.; MENEZES, A.C. Vigilância em saúde no programa saúde da família. **Hygeia**, v. 4, n. 7, p. 35-44, 2008.

LINHARES, M.S.C. et al. Programa de educação para o trabalho e vigilância em saúde. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 11 n. 3, p. 679-692, 2013.

NORONHA, J.C.; PENNA, G.O. Saúde da Família e Vigilância em Saúde: em busca da integração das práticas. **Revista Brasileira Saúde da Família**, Brasília, v. 16, n.43, p. 4-9, 2007.

OLIVEIRA, C.M.; CASANOVA, A. O. Vigilância da saúde no espaço de práticas da atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 929-936, 2009.

PEREIRA, B.S.; TOMASI, E. Instrumento de apoio à gestão regional de saúde para monitoramento de indicadores de saúde. **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, 25(2):411-418, 2016.

PEREIRA, J.G. **Articulação ensino-serviço para a construção da Vigilância da Saúde: em foco o distrito Butantã**. 2007. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

PINTO, D.S.; PEREIRA, B.B.; LIMONGI, J.E. Avaliação do conhecimento sobre Vigilância em Saúde entre os profissionais do Sistema Único de Saúde, Uberlândia, Minas Gerais. **J. Health Biol Sci.**, v. 5, n. 1, p. 37-43, 2017.

SANTOS, S.S.B.S.; MELO, C.M.M. Avaliação da descentralização da vigilância epidemiológica para a Equipe de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n.6, p. 1923-1932, 2008.

SEVALHO, G. Apontamentos críticos para o desenvolvimento da vigilância civil da saúde. **Physis**, v. 26, n.2, p. 611-632, 2016.

TEIXEIRA, C.A.; VILASBÔAS, A.L.Q. Saúde da Família e Vigilância em Saúde: em busca da integração das práticas. **Revista Brasileira de Saúde da Família**. Brasília, n. 16, p. 63-67, 2007.

TEIXEIRA, C.F. **O SUS e a vigilância em saúde**. Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde - módulo 1. Rio de Janeiro, 2004.

TEIXEIRA, C.F. Saúde da família, promoção e vigilância: construindo a Integralidade da atenção à saúde no SUS. In: **Modelo de atenção à saúde: vigilância e saúde da família**. Salvador: Editora EDUFBA, 2006.

TEIXEIRA, C.F. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. **Cad Saúde Pública**, v. 18, p. 153-162, 2002.

TEIXEIRA, C.F.; PAIM, J.S.; VILASBÔAS, A.L. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, v. 7, n. 2, p. 7-28, 1998.

TEIXEIRA, M.G. et al. Vigilância em Saúde no SUS - construção, efeitos e perspectivas. **Ciênc. saúde colet.**, v. 23, n. 6, p. 1811-1818, 2018.

WALDMAN, E. A. Usos da vigilância e da monitorização em saúde pública. Informe epidemiológico do SUS, **Inf. Epidemiol. Sus [online]**., v. 7, n.3, p. 7-26, 1998.

6 CONCLUSÕES GERAIS DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE MESTRADO

Este estudo partiu do entendimento que havia fragmentação entre o trabalho de vigilância em saúde e a atenção primária, com a separação entre o trabalho e sua execução, como também as ações isoladas e centralizadas dos profissionais de saúde da atenção primária e distanciamento entre os profissionais da atenção primária e aqueles que atuam no nível central.

A metassíntese foi capaz de mostrar e interpretar a produção científica sobre Vigilância em Saúde e Atenção Primária nos últimos dez anos. A partir da categorização foi possível responder à pergunta da pesquisa. A intersetorialidade, a descentralização e a educação permanente em saúde permitem a integração da Vigilância em Saúde e Atenção Primária.

O estudo permitiu conhecer o que os profissionais da Estratégia Saúde da Família e os coordenadores da Vigilância entendem sobre vigilância em saúde e sobre o trabalho integrado desses serviços, caracterizando o processo de trabalho a partir do ponto de vista dos profissionais. Através dos procedimentos metodológicos adotados, foi possível atingir a finalidade da pesquisa proposta, chegando aos resultados descritos anteriormente.

Em relação aos profissionais da ESF, pode-se perceber alguns entendimentos que podem prejudicar essa integração, como a ênfase no modelo curativista. Alguns desses pensamentos reforçam conceitos ultrapassados e causam estranhamentos, principalmente vindo da gestão, já que se espera que, hierarquicamente, as mudanças nas práticas de saúde se iniciem a partir do nível central. Esta desarticulação entre os diferentes níveis de atenção enfraquece o sistema de saúde e a falta de diálogo entre a ESF e o nível central dificulta a integração dos serviços, o que se torna um nó crítico importante.

O estudo aponta para a necessidade de se realizar educação permanente com os profissionais de saúde a fim de capacitá-los com conhecimentos e técnicas para desenvolverem todas as habilidades da vigilância em saúde em suas atividades cotidianas.

Dessa forma, foi elaborado um guia interativo para que os profissionais adquiram conhecimentos sobre VS, atenção primária e a integração dos serviços e possam atuar em sua prática cotidiana buscando essa integração. Além de

sensibilizá-los sobre a importância da sua atuação como profissional de saúde no processo de vigilância, seja na atenção primária ou no nível central, e despertá-los sobre a necessidade de se trabalhar integradamente a atenção primária com a vigilância em saúde.

Avançar o diálogo entre a vigilância em saúde e a atenção primária ainda é um grande desafio para o sistema de saúde, mas de suma importância para se efetivar a integração dos serviços e se alcançar os objetivos de ambos, garantindo a identificação dos problemas da população a partir do território, a definição das prioridades, o planejamento e efetivação das ações, resolução dos problemas e, conseqüentemente, a melhoria da qualidade dos serviços de saúde.

Apesar da integração entre esses serviços não ter sido satisfatória, foi considerada muito necessária. Esse reconhecimento da dificuldade na integração desses serviços é o ponto inicial para a mudança de postura e de pensamento dos profissionais de saúde e dos gestores da vigilância, o que fortalecerá a atenção primária e tornará a vigilância em saúde abrangente e resolutiva.

Diante das poucas pesquisas referentes à integração da vigilância em saúde à atenção primária, sugere-se que novos estudos sejam realizados para que o tema seja amplamente discutido entre gestores e profissionais de saúde, contribuindo assim para a melhoria dos serviços e efetividade das ações.

REFERÊNCIAS

AERTS, D.R.G.C. et al. As práticas de vigilância em Porto Alegre: a história da Coordenadoria Geral de Vigilância da Saúde. **Saúde em Debate**, v. 28, n. 68, p. 273-278, 2004.

ALBUQUERQUE, A.C. et al. Desafios para regionalização da Vigilância em Saúde na percepção de gestores de regiões de saúde no Brasil. **Saúde debate**, v.45, n. 128, 2021.

ARREAZA, A.L.V.; MORAES, J.C. Vigilância da saúde: fundamentos, interfaces e tendências. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 15, n. 4, 2010.

BOCCATO, M. **Vigilância em Saúde**. Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, 2012.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 10 jul. 2022.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm>. Acesso em: 15 jul 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 30, de 7 de julho de 2005. **Diário Oficial da União**, 7 jul 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes Nacionais da Vigilância em Saúde**. Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia Política Nacional de Atenção Básica** - módulo 1. 1 ed. Brasília, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, 21 set 2017. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 01 set 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.399, de 15 de dezembro de 1999. **Diário Oficial da União**, 15 dez 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose**. 2. ed. Brasília, 2008.

CAMPOS, C.E.A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 8, n. 2, 2003.

COSTA, I.L.O.F. et al. Vigilância em Saúde & planejamento e avaliação em Unidades de Saúde da Família: Estudo qualitativo. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 6, 2021.

DE SETA, M.H.; OLIVEIRA, V.C.S.; PEPE, V.L.E. Proteção à saúde no Brasil: o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 10, p. 3225-3234, 2017.

DIAS, E.C; SILVA, T.L; ALMEIDA, M.H.C. Desafios para a construção cotidiana da Vigilância em Saúde Ambiental e em Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 15-24, 2012.

DRUMOND, M.J. **Epidemiologia nos municípios - muito além das normas**. São Paulo: Hucitec, 2003.

ESP-MG. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. **Curso técnico em vigilância em saúde** - módulo I. Belo Horizonte, 2012.

FARIA, L.S.; BERTOLOZZI, M.R. A vigilância na Atenção Básica à Saúde: perspectivas para o alcance da Vigilância à Saúde. **Rev Esc Enferm USP**, v. 44, n. 3, p. 789-95, 2010.

FERREIRA, J. et al. Planejamento regional dos serviços de saúde: o que dizem os gestores? **Saúde Soc.** São Paulo, v. 27, n. 1, p. 69-79, 2018.

FRACOLLI, L.A. et al. Vigilância à Saúde: deve se constituir como política pública? **Saúde Soc.** São Paulo, v. 17, n. 2, p. 184-192, 2008.

LIMONGI, J.E.; MENEZES, E.C.; MENEZES, A.C. Vigilância em saúde no programa saúde da família. **Hygeia**, v. 4, n. 7, p. 35-44, 2008.

LINHARES, M.S.C. et al. Programa de educação para o trabalho e vigilância em saúde. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 679-692, 2013.

MATHEUS, M.C.C. Metassíntese qualitativa: desenvolvimento e contribuições para a prática baseada em evidências. **Acta paul. enferm.** 2009.

NORONHA, J.C.; PENNA, G.O. Saúde da Família e Vigilância em Saúde: em busca da integração das práticas. **Revista Brasileira Saúde da Família**, Brasília, v. 16, n.43, p. 4-9, 2007.

OLIVEIRA, C.M.; CASANOVA, A. O. Vigilância da saúde no espaço de práticas da atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 929-936, 2009.

PEREIRA, B.S.; TOMASI, E. Instrumento de apoio à gestão regional de saúde para monitoramento de indicadores de saúde. **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, v.25, n.2, p. 411-418, 2016.

PEREIRA, J.G. **Articulação ensino-serviço para a construção da Vigilância da Saúde: em foco o distrito Butantã**. 2007. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

PINTO, D.S.; PEREIRA, B.B.; LIMONGI, J.E. Avaliação do conhecimento sobre Vigilância em Saúde entre os profissionais do Sistema Único de Saúde, Uberlândia, Minas Gerais. **J. Health Biol Sci.**, v. 5, n. 1, p. 37-43, 2017.

PRADO, N.M.B.L. et al. Ações de vigilância à saúde integradas à Atenção Primária à Saúde diante da pandemia da COVID-19: contribuições para o debate. **Ciênc. Saúde Colet.** v.26, n.7, 2021.

SANTOS, S.S.B.S.; MELO, C.M.M. Avaliação da descentralização da vigilância epidemiológica para a Equipe de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n.6, p. 1923-1932, 2008.

SEVALHO, G. Apontamentos críticos para o desenvolvimento da vigilância civil da saúde. **Physis**, v. 26, n.2, p. 611-632, 2016.

TEIXEIRA, C.A.; VILASBÔAS, A.L.Q. Saúde da Família e Vigilância em Saúde: em busca da integração das práticas. **Revista Brasileira de Saúde da Família**. Brasília, n. 16, p. 63-67, 2007.

TEIXEIRA, C.F. **O SUS e a vigilância em saúde**. Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde - módulo 1. Rio de Janeiro, 2004.

TEIXEIRA, C.F. Saúde da família, promoção e vigilância: construindo a Integralidade da atenção à saúde no SUS. In: **Modelo de atenção à saúde: vigilância e saúde da família**. Salvador: Editora EDUFBA, 2006.

TEIXEIRA, C.F. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. **Cad Saúde Publica**, v. 18, p. 153-162, 2002.

TEIXEIRA, C.F.; PAIM, J.S.; VILASBÔAS, A.L. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, v. 7, n. 2, p. 7-28, 1998.

TEIXEIRA, M.G. et al. Vigilância em Saúde no SUS - construção, efeitos e perspectivas. **Ciênc. saúde colet.**, v. 23, n. 6, p. 1811-1818, 2018.

WALDMAN, E. A. Usos da vigilância e da monitorização em saúde pública. Informe epidemiológico do SUS, **Inf. Epidemiol. Sus [online]**., v. 7, n.3, p. 7-26, 1998.

APÊNDICE 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Você está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa “Compreensão da integração entre a atenção primária com a vigilância em saúde pelos profissionais de saúde em um município de Alagoas”, sob a responsabilidade da pesquisadora Litieska Barros da Silva Santos, discente do Mestrado Multiprofissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE) da Universidade Federal de Alagoas (UFAL) e dos orientadores Dr.a Rozangela Maria de Almeida Fernandes Wyszomirska e Dr. Michael Ferreira Machado. A seguir, as informações do projeto de pesquisa com relação a sua participação neste projeto:

1. O estudo se destina a caracterizar como os profissionais da atenção primária e da vigilância em saúde compreendem o trabalho integrado dos serviços.
2. A importância deste estudo é a de entender como os profissionais da atenção primária e da vigilância em saúde compreendem o trabalho integrado desses serviços, seus conhecimentos sobre a vigilância em saúde e atenção primária e como ocorre o processo de trabalho integrado da atenção primária com a vigilância em saúde, do ponto de vista dos profissionais desses serviços.
3. Os resultados que se desejam alcançar são os seguintes: melhorias às equipes de saúde da família e para o setor de vigilância em saúde do município.
4. A coleta de dados começará após a aprovação pelo sistema CEP/CONEP e terminará em 30 de julho de 2022 (divulgação dos resultados).
5. O estudo será feito da seguinte maneira: será realizado por meio de questionário online do Google Forms® com os coordenadores da vigilância em saúde da secretaria municipal de saúde de um município e os profissionais de saúde que compõem as equipes de Estratégia da Saúde da Família das Unidades de Estratégia Saúde da Família do mesmo município.

6. A sua participação será nas seguintes etapas: responder ao questionário online sobre sua compreensão da integração entre vigilância em saúde e atenção primária, com perguntas sobre dados sociodemográficos, vigilância em saúde e atenção primária.
7. Os incômodos e possíveis riscos à sua saúde física e/ou mental são: mínimos (desconforto ou constrangimento em responder alguma pergunta). Mesmo assim, estes riscos serão minimizados com a garantia do sigilo dada por este TCLE, bem como proteção dos dados e dos participantes. Além disso, o questionário será respondido de modo privado e no momento e local de sua preferência.
8. Os benefícios esperados com a sua participação no projeto de pesquisa, mesmo que não diretamente são: o retorno social para as equipes de saúde da família e para o setor de vigilância em saúde do município sobre os resultados da pesquisa e por meio de um maior entendimento de como ocorre a integração entre os serviços, o que sem dúvida trará melhoria aos mesmos.
9. Você poderá contar com a seguinte assistência: assistência integral gratuita caso ocorram danos diretos e/ou indiretos e imediatos e/ou tardios decorrentes da sua participação no estudo, sendo responsável(is) por ela os pesquisadores responsáveis.
10. Você será informado(a) do resultado final do projeto e sempre que desejar, serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo.
11. A qualquer momento, você poderá recusar a continuar participando do estudo e, também, poderá retirar seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer penalidade ou prejuízo.
12. As informações conseguidas através da sua participação não permitirão a identificação da sua pessoa, exceto para a equipe de pesquisa, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto após a sua autorização. 13. O estudo não acarretará nenhuma despesa para você. 14. Você será indenizado(a) por qualquer dano que venha a sofrer com a sua participação na pesquisa (nexo causal).

15. Você receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por e-mail

16. Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) da UFAL, pelo e-mail: cep@ufal.br. O CEP é um grupo de indivíduos com conhecimento científico que realizam a revisão ética inicial e contínua do estudo de pesquisa para mantê-lo seguro e proteger seus direitos. O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. Este papel está baseado nas diretrizes éticas brasileiras (Res. CNS 466/12 e complementares). Eu

.....
 tendo compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implica, concordo em dele participar e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

Endereço da equipe da pesquisa (OBRIGATÓRIO):

Instituição: Universidade Federal de Alagoas

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, S/N. Tabuleiro do Martins.

Complemento: ---

Cidade/CEP: Maceió/57072-900.

Telefone: (82) 3214-1692

Ponto de referência:

Contato de urgência: Sr(a). Litieska Barros da Silva Santos

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, S/N. Tabuleiro do Martins.

Complemento: ---

Cidade/CEP: Maceió/57072-900.

Telefone: (82) 99630-4695

Ponto de referência:

ATENÇÃO: O Comitê de Ética da UFAL analisou e aprovou este projeto de pesquisa. Para obter mais informações a respeito deste projeto de pesquisa, informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao:
 Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas

Prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC), Térreo, Campus A. C. Simões, Cidade Universitária
Telefone: 3214-1041 – Horário de Atendimento: das 8:00 as 12:00hs.
E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com

Maceió, de de .

Assinatura ou impressão datiloscópica d(o,a) voluntári(o,a) ou responsável legal e rubricar as demais folhas	Nome e Assinatura do Pesquisador pelo estudo (Rubricar as demais páginas)

APÊNDICE 2 - Termo de anuência da instituição

PREFEITURA DE
ARAPIRACA

TERMO DE ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO.

A Secretária Municipal de Saúde de Arapiraca, no uso de suas atribuições legais, declara estar ciente dos termos da Resolução nº 466 de 12/12/2012 e Resolução nº 510 de 07/04/2016 do Conselho Nacional de Saúde / Ministério da Saúde e declara apoio para a realização do Projeto de Pesquisa: **“COPREENSÃO DA INTEGRAÇÃO ENTRE A ATENÇÃO BÁSICA COM A VIGILÂNCIA EM SAÚDE PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM UM MUNICÍPIO DE ALAGOAS.”**, sob a responsabilidade da Pra. Dr. Rozangela Maria de Almeida F. Wyszomirska e Prof. Dr. Michael Ferreira Machado. A pesquisa tem por objetivo caracterizar como os profissionais da atenção básica e da vigilância em saúde compreendem o trabalho integrado dos serviços. A coleta de dados será realizada por meio de questionário online pela plataforma Google Forms, com perguntas objetivas, estruturadas, autoaplicáveis, que contemplarão aspectos referentes à integração entre a vigilância em saúde e atenção básica. Salientamos que todas as despesas correrão por conta do pesquisador e que esta autorização está condicionada à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição de Ensino e parecer do sistema CEP/CONEP nº 3.938.849 com cópia do resultado no setor RH/Educação Permanente e Humanização da Saúde da Secretaria de Saúde de Arapiraca.

Arapiraca, 18 de outubro de 2021.

Luciana Andréa Pereira da Fonseca
Secretária Municipal de Saúde

APÊNDICE 3 - Questionário para profissionais da atenção primária**I- Dados sociodemográficos**

Formação

-)Agente comunitários de saúde (ACS)
-)Agente de endemias
-)Auxiliar de saúde bucal (ASB)
-)Enfermeiro
-)Médico
-)Odontólogo
-)Técnico de enfermagem
-)Outro _____

Idade

-)18-30 anos
-)31-40 anos
-)41-50 anos
-)51-60 anos
-)> 60 anos

Sexo:

-)Masculino)Feminino

Escolaridade:

-)Ensino médio completo
-)Ensino superior incompleto
-)Ensino superior completo

Tempo que desempenha sua função atual:

-)<1 ano
-)1-5 anos
-)6-10 anos
-)>10 anos

II- Vigilância em saúde e atenção primária

Das assertivas abaixo assinale seu nível de concordância:

		Discordo totalment e	Discord o	Não estou decidid o	Conco rdo	Concord o totalment e
1	A vigilância em saúde tem como foco central a doença.					
2	A vigilância em saúde tem como objetivo principal a notificação de casos, o registro e análise de dados.					
3	A vigilância em saúde é centralizada na secretaria de saúde, não estando inserida na atenção primária.					
4	A vigilância em saúde compreende a vigilância epidemiológica, a vigilância em saúde ambiental, a vigilância da situação de saúde, a vigilância em saúde do trabalhador e a vigilância sanitária.					
5	Vigilância em saúde é um espaço para o controle social, permitindo assim, uma reorganização dos serviços e das práticas de saúde.					
6	A vigilância em saúde atua principalmente nas políticas saudáveis e nas ações intersetoriais a fim de alcançar a integralidade em todos os âmbitos de atenção à saúde					
7	A vigilância em saúde intervém apenas nas práticas e problemas de saúde individuais.					
8	A integração entre a atenção primária e a vigilância em saúde não é necessária.					
9	O território é um dos princípios da vigilância em saúde.					
10	A participação popular não é necessária nas ações de vigilância em saúde.					
11	Os profissionais de saúde da atenção primária não desenvolvem ações de vigilância em saúde.					

III- Integração entre Vigilância em saúde e atenção primária

1 Você considera que realiza ações de vigilância em saúde?

Sim Não

2 Quanto de suas atribuições você considera ser de vigilância em saúde?

Nenhuma Minoria Metade Maioria Todas

3 Como você percebe o nível de integração da vigilância em saúde com a atenção primária?

Nada satisfatória Pouco satisfatória Regular Satisfatória Muito satisfatória

4 Qual seu nível de participação em reuniões de planejamento de ações da vigilância em saúde?

Nunca Raramente Ocasionalmente Frequentemente Sempre

5 Qual seu nível de participação em reuniões de avaliação de ações da vigilância em saúde?

Nunca Raramente Ocasionalmente Frequentemente Sempre

6 Como você classifica as reuniões de planejamento ou avaliação em ações da vigilância em saúde?

Nada satisfatório Pouco satisfatório Regular Satisfatório Muito satisfatório
 Não participo

7 Qual o nível de dificuldades em realizar seu trabalho integrado com a vigilância em saúde ao nível central?

Muito dificultoso Dificultoso Indiferente Pouco dificultoso Nada dificultoso

8 Quanto você percebe a necessidade de se fortalecer a integração da atenção primária com a vigilância em saúde ao nível central?

Desnecessário Pouco necessário Indiferente Necessário Muito necessário

APÊNDICE 4 - Questionário para coordenadores da Vigilância em Saúde**I- Dados sociodemográficos**

Formação

-)Agente comunitários de saúde (ACS)
-)Agente de endemias
-)Auxiliar de saúde bucal (ASB)
-)Enfermeiro
-)Médico
-)Odontólogo
-)Técnico de enfermagem
-)Outro _____

Idade

-)18-30 anos
-)31-40 anos
-)41-50 anos
-)51-60 anos
-)> 60 anos

Sexo:

-)Masculino ()Feminino

Escolaridade:

-)Ensino médio completo
-)Ensino superior incompleto
-)Ensino superior completo

Tempo que desempenha sua função atual:

-)<1 ano
-)1-5 anos
-)6-10 anos
-)>10 anos

II- Vigilância em saúde e atenção primária

Das assertivas abaixo assinale seu nível de concordância:

		Discordo totalment e	Discord o	Não estou decidid o	Conco rdo	Concord o totalment e
1	A vigilância em saúde tem como foco central a doença.					
2	A vigilância em saúde tem como objetivo principal a notificação de casos, o registro e análise de dados.					
3	A vigilância em saúde é centralizada na secretaria de saúde, não estando inserida na atenção primária.					
4	A vigilância em saúde compreende a vigilância epidemiológica, a vigilância em saúde ambiental, a vigilância da situação de saúde, a vigilância em saúde do trabalhador e a vigilância sanitária.					
5	Vigilância em saúde é um espaço para o controle social, permitindo assim, uma reorganização dos serviços e das práticas de saúde.					
6	A vigilância em saúde atua principalmente nas políticas saudáveis e nas ações intersetoriais a fim de alcançar a integralidade em todos os âmbitos de atenção à saúde					
7	A vigilância em saúde intervém apenas nas práticas e problemas de saúde individuais.					
8	A integração entre a atenção primária e a vigilância em saúde não é necessária.					
9	O território é um dos princípios da vigilância em saúde.					
10	A participação popular não é necessária nas ações de vigilância em saúde.					
11	Os profissionais de saúde da atenção primária não desenvolvem ações de vigilância em saúde.					

III- Integração entre Vigilância em saúde e atenção primária

1 Como você percebe o nível de integração da vigilância em saúde com a atenção primária?

() Nada satisfatória () Pouco satisfatória () Regular () Satisfatória () Muito satisfatória

2 Qual seu nível de participação em reuniões de planejamento ou avaliação de ações da vigilância em saúde?

() Nunca () Raramente () Ocasionalmente () Frequentemente () Sempre

3 Qual o nível de participação dos profissionais da atenção primária em reuniões de planejamento de ações da vigilância em saúde?

() Nunca () Raramente () Ocasionalmente () Frequentemente () Sempre

4 Como você classifica as reuniões de planejamento de ações da vigilância em saúde?

() Nada satisfatória () Pouco satisfatória () Regular () Satisfatória () Muito satisfatória

5 Qual o nível de participação dos profissionais da atenção primária em reuniões de avaliação de ações da vigilância em saúde?

() Nunca () Raramente () Ocasionalmente () Frequentemente () Sempre

6 Como você classifica as reuniões de avaliação em ações da vigilância em saúde?

() Nada satisfatória () Pouco satisfatória () Regular () Satisfatória () Muito satisfatória

7 Qual o nível de dificuldades em realizar seu trabalho integrado com atenção primária?

() Muito dificultoso () Dificultoso () Indiferente () Pouco dificultoso () Nada dificultoso

8 Quanto você percebe a necessidade de se fortalecer a integração da atenção primária com a vigilância em saúde ao nível central?

() Desnecessário () Pouco necessário () Indiferente () Necessário () Muito necessário

APÊNDICE 5 – Produto

INTEGRANDO*Vigilância em saúde
e
Atenção Primária***Guia Interativo**

LITIESKA BARROS DA SILVA SANTOS

Enfermeira, aluna do Mestrado Multiprofissional em Saúde da Família - PROFSAÚDE

PROF. DR. MICHAEL FERREIRA MACHADO

Docente do Mestrado Multiprofissional em Saúde da Família - PROFSAÚDE

PROF^a. DRA. ROZANGELA MARIA DE ALMEIDA FERNANDES WYSZOMIRSKA

Professora Titular da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Alagoas

Autores

Olá!

Esse é um Guia Interativo criado para trazer importantes informações sobre a Vigilância em Saúde e sua integração à Atenção Primária. Foi orientado pelo método CTM3. Para a leitura, abra através de um leitor de PDF em um computador, tablet ou celular. Clique nas palavras em destaque, links e vídeos para obter mais informações sobre o tema. Ao final você encontrará mais referências para se aprofundar no tema!

Boa leitura!

Apresentação

Conhecendo a Vigilância em Saúde

A vigilância em saúde, segundo a **Política Nacional de Atenção Básica** é definida como “o processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise de dados e disseminação de informações sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública, incluindo a regulação, intervenção e atuação em condicionantes e determinantes da saúde, para a proteção e promoção da saúde da população, prevenção e controle de riscos, agravos e doenças” (BRASIL, 2018).

Busca ainda diminuir a fragmentação de suas ações, melhorar a articulação entre seus eixos, promover a saúde e prevenir agravos. Abrange a:

vigilância epidemiológica

vigilância sanitária

vigilância ambiental

vigilância em saúde do trabalhador

(FRACOLLI et al, 2008; FARIA, BERTOLLOZI, 2010; BRASIL 1999).

Veja o vídeo!

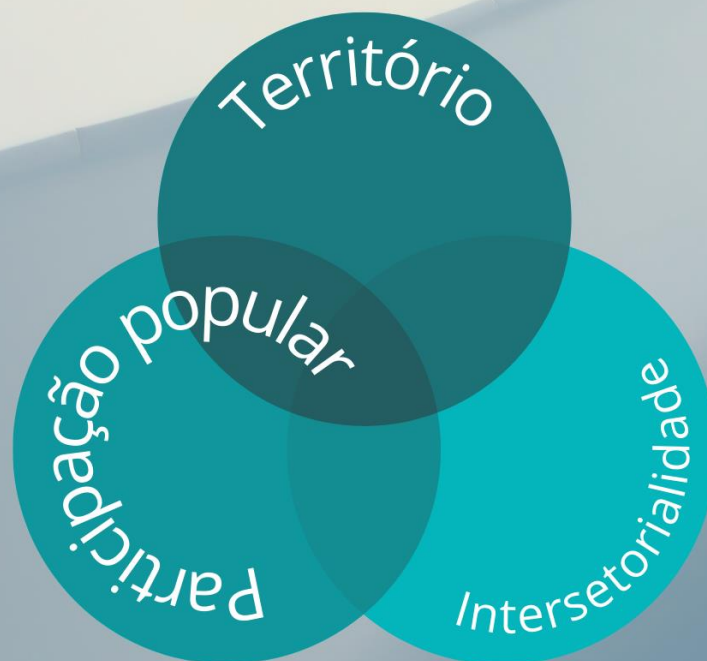


Características da Vigilância em Saúde

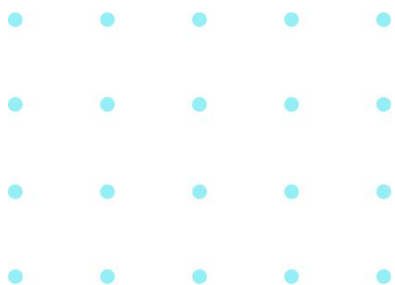
As principais características da Vigilância em Saúde são: intervenção nos problemas de saúde; ênfase naqueles que exigem mais atenção e acompanhamento, articulação entre promoção, prevenção e reabilitação; ações no território; atuação intersetorial; e operacionalização do conceito de risco (TEIXEIRA et al, 2002), sendo ainda de sua responsabilidade, a vigilância dos fatores de risco e a análise de situação de saúde de toda a população (BRASIL, 2018).

Pilares da Vigilância em Saúde

(FRACOLLI et al, 2008; FARIA, BERTOLLOZI, 2010; BRASIL 1999)



Saiba mais...





VIGILÂNCIA ALERTA QUE COMÉRCIO
DE CIGARROS ELETRÔNICOS
É PROIBIDO



Vigilância Sanitária realiza fiscalização
e apreende alimentos estragados



Fique sabendo...

A vigilância em saúde não intervém somente nas práticas e problemas de saúde individuais, mas também na esfera coletiva, englobando a promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos (BRASIL, 2010). Essas ações individuais e coletivas servem de aporte para a intersetorialidade ao intervir nos determinantes, riscos e danos à saúde da população (BRASIL, 2018).

A ampliação do conceito de Vigilância em Saúde passou a incorporar práticas tanto individuais como coletivas nos mais diversos âmbitos das demandas de saúde da população (ARREAZA, MORAES, 2010). Além de trazer uma nova abordagem com objetivo de inserir todos os níveis de atenção à saúde, principalmente a atenção primária (BRASIL, 2018).



Vigilância em saúde antes e depois do SUS

Antes do SUS ...

As ações de Vigilância eram voltadas ao indivíduo, concentrando suas ações na cadeia de transmissão das doenças, visando o diagnóstico e tratamento das mesmas (FARIA, BERTOLLOZI, 2010). A prevenção e promoção à saúde restringiam-se às campanhas de vacinação e ao controle de doenças (TEIXEIRA, VILASBÔAS, 2007).

Depois do SUS ...

A vigilância em saúde passou a ter uma nova abrangência após a implementação do SUS, agora voltada a atuar sobre a saúde da população e não somente para a doença, ampliando-se para além dos espaços já conhecidos (AERTS et al, 2004). A nova proposta de mudança do modelo de saúde traz um redirecionamento para a promoção, prevenção e recuperação da saúde, a partir de ações intersetoriais e criação de políticas públicas saudáveis (ESP-MG, 2012).

Vigilância em Saúde versus Modelos de Atenção a Saúde

A saúde no Brasil, histórica e politicamente, apresenta uma dualidade entre prevenção e cura, entre o coletivo e o individual (PINTO et al, 2017). Dois modelos hegemônicos de atenção à saúde se destacam no Brasil, são eles o modelo biomédico e o sanitarista. O primeiro hospitalocêntrico, focado na cura da doença e no atendimento do profissional médico, já o segundo é baseado na prevenção das doenças, ações de vigilância, programas e campanhas (TEIXEIRA et al, 1998).

Nesse contexto surge o conceito de Vigilância em Saúde para tentar superar essa dicotomia e propor um modelo alternativo de atenção à saúde, junto às propostas do SUS (PEREIRA, 2007). Porém, mesmo com todos avanços que a vigilância em saúde apresentou nos últimos anos, há um grande distanciamento em relação à assistência, o que reflete em ações fragmentadas e não efetivas (PINTO et al, 2017).

Conceitos antigos sobre vigilância em saúde ainda se fazem presentes, sendo ainda o modelo biomédico e curativista dominante, o que acaba refletindo nas ações e pensamentos dos profissionais, inclusive aqueles que estão na gestão (PINTO et al, 2017).



Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde

Modelo	Sujeito	Objeto	Meios de Trabalho	Formas de Organização
Modelo médico-assistencial privatista	Médico . especialização complementariedade (paramédicos)	Doença (patologia e outras) Doentes (clínica e cirurgia)	Tecnologia médica (indivíduo)	Rede de serviços de saúde Hospital
Modelo sanitarista	Sanitarista - auxiliares	Modos de transmissão Fatores de risco	Tecnologia sanitária	Campanhas sanitárias Programas especiais Sistemas de vigilância epidemiológica e sanitária
Vigilância da saúde	Equipe de saúde População (cidadãos)	Danos, riscos, necessidades e determinantes dos modos de vida e saúde (condições de vida e trabalho)	Tecnologias de comunicação social, de planejamento e programação local situacional e tecnologias médico-sanitárias	Políticas públicas saudáveis Ações intersetoriais Intervenções específicas (promoção, prevenção e recuperação) Operações sobre problemas e grupos populacionais

TEIXEIRA, PAIM, BÔAS, 1998

Importante lembrar!

A vigilância em saúde não pode se resumir apenas à notificação de casos e produção de dados, mas deve utilizar todo seu aporte teórico e científico para utilizar as informações de saúde e transformá-las em práticas, na identificação dos determinantes e dos riscos à saúde da população (WALDMAN, 1998).

As informações de saúde também devem ser utilizadas para o planejamento das ações a fim de se promover a saúde e prevenir doenças e agravos, integrando assim a vigilância em saúde à atenção primária (PEREIRA, TOMASI, 2016).

A notificação de doenças e agravos têm sua importância no contexto da vigilância (TEIXEIRA et al, 2018), porém não deve ser seu principal intuito, já que nesse aspecto suas ações ficam voltadas estritamente às doenças, mantendo o modelo curativista, o que vai de encontro à sua real proposta de atuar no processo dos condicionantes e determinantes do adoecimento (OLIVEIRA, CASANOVA, 2009).

A efetivação da Vigilância em Saúde na Estratégia Saúde da Família



A **Estratégia Saúde da Família (ESF)** foi criada para reorganizar a atenção primária considerando realizar suas ações e assistência à saúde de acordo com as necessidades da população a fim de solucionar os problemas de saúde existentes, devendo considerar o indivíduo, a família e seu ambiente social, atuando em determinado território (BRASIL, 2008).

A vigilância em saúde no contexto da ESF, geralmente fica restrita à notificação de doenças, controle de vetores e aplicação de vacinas (TEIXEIRA, VILASBÔAS, 2007), porém com a descentralização e implementação da vigilância na assistência à saúde se fortalece a **ESF**, contribuindo para a mudança das práticas e realização de ações intersetoriais no território adscrito à unidade de saúde, através da formulação e incorporação de políticas públicas direcionadas à melhoria da qualidade de vida da população (TEIXEIRA, 2006).

A atenção primária, porta de entrada aos serviços de saúde, tem importante papel no desenvolvimento de ações e planejamento de vigilância em saúde, inserindo a população em todo processo. A atenção primária é ordenadora do cuidado e responsável pela integralidade da assistência, promovendo a formação de redes de atenção à saúde (BRASIL, 2018).

Território como pilar da Vigilância em Saúde

O território é um dos princípios da vigilância em saúde, a medida que serve de base para a efetivação da vigilância em saúde na atenção primária, segundo as **Diretrizes Nacionais da Vigilância em Saúde** (BRASIL, 2010).

O território é o local onde o sistema de saúde estabelece sua base, não sendo apenas um espaço geográfico delimitado, mas onde ocorrem complexas interações sociais, políticas, econômicas e culturais, além de servir como orientação para a definição dos serviços de saúde e suas prioridades (BRASIL, 2008).

É no território que os problemas da população são elencados e as prioridades são definidas para que suas necessidades sejam atendidas (LIMONGI, MENEZES, MENEZES, 2008) permitindo o alcance da integralidade, universalidade e equidade do SUS através do envolvimento intersetorial (NORONHA, PENNA, 2007).

**O TERRITÓRIO É O
PRINCIPAL PILAR DA
VIGILÂNCIA EM
SAÚDE**



A participação popular na vigilância em saúde

As Diretrizes Nacionais da Vigilância em Saúde trazem a vigilância em saúde como um espaço para o controle social através da participação dos usuários e para o alcance da integralidade em todas as dimensões de atenção à saúde, a fim de reorganizar os serviços, atuando principalmente nas políticas públicas saudáveis e nas ações intersetoriais permitindo assim, uma reorganização dos serviços e das práticas de saúde e que vigilância em saúde atua (BRASIL, 2010).

A participação da comunidade na saúde está garantida pelo Art. 198 da **Constituição do Brasil** desde 1988 (BRASIL, 2016)

Ainda hoje é um grande desafio para os trabalhadores e gestores do SUS a efetivação desse direito, principalmente pela vigilância ainda se basear no modelo biomédico curativista, que não considera relevante a participação social (SEVALHO, 2016).

TEIXEIRA (2004), relata que a participação da sociedade e dos trabalhadores de saúde, a partir da mudança do pensamento e do comportamento, servem de base na construção da vigilância em saúde a medida que esta surge de problemas sociais identificados nos territórios.

A vigilância em saúde deve ser construída a partir da participação popular. É importante que sejam construídos espaços para garantia da participação social e do controle social, que, de forma organizada, irá permitir a articulação intersetorial e trazer melhorias significativas para toda a comunidade envolvida (BRASIL, 2008).



Quem faz, deve participar

Assim como a participação popular é importante, é direito do profissional de saúde participar da gestão dos serviços de saúde, devendo ser capacitado em relação ao planejamento e avaliação dos mesmos, como refere a **Lei 8.142/90** (BRASIL, 1990). Alguns obstáculos, como a centralização da gestão nas secretarias de saúde e coordenações dos serviços, que não incentiva a participação desses profissionais, além da sobrecarga de trabalho acabam afastando o trabalhador da gestão participativa (FERREIRA et al, 2018).

➤ O planejamento e avaliação das ações de vigilância integrados à atenção primária contribuem para o alcance de metas, como também na investigação e controle de situações de saúde, melhoria dos serviços de saúde, além de aumentar o compartilhamento dos saberes e práticas (COSTA et al, 2021)

Desse modo, a gerência em saúde é outro desafio para a integração entre a vigilância e a ESF, de modo que essa forma de planejar e avaliar não traz efetiva mudança de saúde e na realidade da população, pelo contrário, à medida que há distanciamento entre gestão e a ESF as ações tornam-se difíceis (COSTA et al, 2021). LINHARES et al (2013) relata que o diálogo entre os profissionais da ESF e a vigilância em saúde é desafiador, sendo dificultosa essa integração e a realização das ações.

Essas dificuldades acabam por gerar fragmentação nos serviços de saúde, desorganização e desarticulação intersetorial, o que não permite a priorização das necessidades da população, causa baixa resolutividade e gera maiores custos para o SUS (FERREIRA et al, 2018).

*Importante destacar
em alto e bom som...*

COSTA et al (2021) relata que [...] as ações de planejamento e avaliação aparecem como algo ainda restrito às coordenações de saúde e trabalho interno das secretarias municipais de saúde, enquanto que as pessoas que operacionalizam as ações desconhecem as ferramentas que poderiam auxiliar na construção de metas que culminassem em mudança de realidade e melhoria da situação de saúde das pessoas de suas áreas de abrangência.



O processo de trabalho da vigilância em saúde na atenção primária

Com a descentralização das ações da Vigilância em Saúde para a ESF e participação do profissional em seu planejamento, as ações específicas da vigilância podem ser desenvolvidas efetivamente, principalmente pela proximidade à comunidade oferecida pela ESF (SANTOS, MELO, 2008).

A atenção primária, assim como todos os níveis de atenção à saúde, devem ter a vigilância em saúde inserida em seu contexto (BRASIL, 2010), presente no trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família e no cotidiano das equipes de

saúde da atenção primária, a fim de se entender os problemas de saúde da comunidade, propor estratégias e atuar diretamente em suas necessidades (BRASIL, 2018), para que sejam alcançados a integralidade e melhores resultados na saúde da população (BRASIL, 2008). A construção dessa integralidade do cuidado depende da integração entre a vigilância em saúde e a atenção primária (BRASIL, 2018)



Integração entre vigilância em saúde e atenção primária




A ESF é considerada a base para a efetivação da vigilância em saúde TEIXEIRA, VILASBÔAS (2007). Todo o processo de trabalho envolvendo a vigilância e a rede de atenção à saúde desde a atenção primária ao nível terciário precisam trabalhar de forma integrada para garantir “a excelência da captação de dados, a consolidação, a avaliação e a divulgação das informações, bem como a eficiência das medidas de controle e a solução dos problemas de saúde pública” (BOCCATO, 2012).


As ações de vigilância na atenção primária precisam ser estabelecidas, com a definição das responsabilidades e atribuições de cada trabalhador de saúde num determinado território (BRASIL, 2010), devendo ter como ponto de partida o planejamento, elencando propostas e priorizando as necessidades da população (ALBUQUERQUE et al, 2021).

Importante ressaltar que as ações de Vigilância em Saúde fazem parte das atribuições de todos os profissionais da Estratégia Saúde da Família e a integração dessas ações com a Atenção Primária implica na reorganização dos processos de trabalho da equipe, na incorporação do território e rediscussão das ações (BRASIL, 2010).





Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (2017), “a integração entre a Vigilância em Saúde e Atenção Primária é condição essencial para o alcance de resultados que atendam às necessidades de saúde da população, na ótica da integralidade da atenção à saúde e visa estabelecer processos de trabalho que considerem os determinantes, os riscos e danos à saúde, na perspectiva da intra e intersetorialidade.”



Considerações finais

Avançar o diálogo entre a vigilância em saúde e a atenção primária ainda é um grande desafio para o sistema de saúde, mas de suma importância para se efetivar a integração dos serviços e se alcançar os objetivos de ambos, garantindo a identificação dos problemas da população a partir do território, a definição das prioridades, o planejamento e implementação das ações, resolução dos problemas e, conseqüentemente, a melhoria da qualidade dos serviços de saúde.

Espero que esse guia possa ter te ajudado a compreender mais sobre a Vigilância em Saúde, a atenção primária e a importância da integração desses serviços, a fim de permitir que essa integração seja efetivada na prática.



AERTS, D.R.G.C. et al. As práticas de vigilância em Porto Alegre: a história da Coordenadoria Geral de Vigilância da Saúde. **Saúde em Debate**, v. 28, n. 68, p. 273-278, 2004.

ALBUQUERQUE, A.C. et al. Desafios para regionalização da Vigilância em Saúde na percepção de gestores de regiões de saúde no Brasil. **Saúde debate**, v.45, n. 128, 2021.

ARREAZA, A.L.V.; MORAES, J.C. Vigilância da saúde: fundamentos, interfaces e tendências. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 15, n. 4, 2010.

BOCCATO, M. **Vigilância em Saúde**. Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, 2012.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 10 jul. 2022.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm>. Acesso em: 15 jul 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes Nacionais da Vigilância em Saúde**. Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia Política Nacional de Atenção Básica** - módulo 1. 1 ed. Brasília, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, 21 set 2017. Disponível em: <https://bvmsms.saude.gov.br/bvms/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 01 set 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.399, de 15 de dezembro de 1999. **Diário Oficial da União**, 15 dez 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose**. 2. ed. Brasília, 2008.

COSTA, I.L.O.F. et al. Vigilância em Saúde & planejamento e avaliação em Unidades de Saúde da Família: Estudo qualitativo. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 6, 2021.

ESP-MG. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. **Curso técnico em vigilância em saúde** - módulo I. Belo Horizonte, 2012.

FARIA, L.S.; BERTOLOZZI, M.R. A vigilância na Atenção Básica à Saúde: perspectivas para o alcance da Vigilância à Saúde. **Rev Esc Enferm USP**, v. 44, n. 3, p. 789-95, 2010.

FERREIRA, J. et al. Planejamento regional dos serviços de saúde: o que dizem os gestores?. **Saúde Soc**. São Paulo, v. 27, n. 1, p. 69-79, 2018.

FRACOLLI, L.A. et al. Vigilância à Saúde: deve se constituir como política pública? **Saúde Soc**. São Paulo, v. 17, n. 2, p. 184-192, 2008.

Referências

LIMONGI, J.E.; MENEZES, E.C.; MENEZES, A.C. Vigilância em saúde no programa saúde da família. *Hygeia*, v. 4, n. 7, p. 35-44, 2008.

LINHARES, M.S.C. et al. Programa de educação para o trabalho e vigilância em saúde. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 11 n. 3, p. 679-692, 2013.

NORONHA, J.C.; PENNA, G.O. Saúde da Família e Vigilância em Saúde: em busca da integração das práticas. *Revista Brasileira Saúde da Família*, Brasília, v. 16, n.43, p. 4-9, 2007.

OLIVEIRA, C.M.; CASANOVA, A. O. Vigilância da saúde no espaço de práticas da atenção básica. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 929-936, 2009.

PEREIRA, B.S.; TOMASI, E. Instrumento de apoio à gestão regional de saúde para monitoramento de indicadores de saúde. *Epidemiol. Serv. Saude*, Brasília, 25(2):411-418, 2016.

PEREIRA, J.G. Articulação ensino-serviço para a construção da Vigilância da Saúde: em foco o distrito Butantã. 2007. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

PINTO, D.S.; PEREIRA, B.B.; LIMONGI, J.E. Avaliação do conhecimento sobre Vigilância em Saúde entre os profissionais do Sistema Único de Saúde, Uberlândia, Minas Gerais. *J. Health Biol Sci.*, v. 5, n. 1, p. 37-43, 2017.

SANTOS, S.S.B.S.; MELO, C.M.M. Avaliação da descentralização da vigilância epidemiológica para a Equipe de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 13, n.6, p. 1923-1932, 2008.

SEVALHO, G. Apontamentos críticos para o desenvolvimento da vigilância civil da saúde. *Physis*, v. 26, n.2, p. 611-632, 2016.

TEIXEIRA, C.A.; VILASBÔAS, A.L.Q. Saúde da Família e Vigilância em Saúde: em busca da integração das práticas. *Revista Brasileira de Saúde da Família*. Brasília, n. 16, p. 63-67, 2007.

TEIXEIRA, C.F. O SUS e a vigilância em saúde. Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde - módulo 1. Rio de Janeiro, 2004.

TEIXEIRA, C.F. Saúde da família, promoção e vigilância: construindo a Integralidade da atenção à saúde no SUS. In: *Modelo de atenção à saúde: vigilância e saúde da família*. Salvador: Editora EDUFBA, 2006.

TEIXEIRA, C.F. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. *Cad Saúde Publica*, v. 18, p. 153-162, 2002.

TEIXEIRA, C.F; PAIM, J.S.; VILASBÔAS, A.L. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. *Informe Epidemiológico do SUS*, Brasília, v. 7, n. 2, p. 7-28, 1998.

TEIXEIRA, M.G. et al. Vigilância em Saúde no SUS - construção, efeitos e perspectivas. *Ciênc. saúde colet.*, v. 23, n. 6, p. 1811-1818, 2018.

WALDMAN, E. A. Usos da vigilância e da monitorização em saúde pública. *Informe epidemiológico do SUS, Inf. Epidemiol. Sus [online]*, v. 7, n.3, p. 7-26, 1998.

Referências

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Compreensão da integração entre a atenção básica com a vigilância em saúde pelos profissionais de saúde em um município de Alagoas.

Pesquisador: LITIESKA BARROS DA SILVA SANTOS

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 53297621.8.0000.5013

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina da UFAL

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.289.653

Apresentação do Projeto:

De acordo com os documentos (1) Informações Básicas do Projeto (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1837088.pdf, de 31/01/2022) e Projeto Detalhado / Brochura Investigador (PROJETO.pdf, de 31/01/2022):

Resumo:

A vigilância em saúde surgiu da necessidade de reformulação do modelo assistencial sanitário vigente e reorientação na organização da assistência à saúde, incluindo novos participantes como os profissionais de saúde e a população, além de inserir os determinantes sociais de saúde tanto individuais como coletivos. Essa ampliação em seu conceito traz uma nova abordagem com objetivo de inserir todos os níveis de atenção à saúde, principalmente a atenção básica. A integração entre a vigilância em saúde e a atenção básica à saúde é um dos desafios para o SUS, sendo necessária para o alcance da integralidade e resolução dos problemas de saúde da população. Este estudo tem como objetivo caracterizar como os profissionais da atenção básica e da vigilância em saúde compreendem o trabalho integrado desses serviços. O estudo tem abordagem quantitativo do tipo descritivo e exploratório, será realizado por meio de questionário on-line do Google Forms® com os coordenadores da vigilância em saúde da secretaria municipal de saúde de um município e os profissionais de saúde que compõem as equipes de Estratégia da Saúde da Família das Unidades Básicas de Saúde do mesmo município. A análise dos dados será

Endereço: Av. Longitudinal UFAL 1, nº1444,terreo do prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC) entre o SINTUFAL
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 57.072-900
UF: AL **Município:** MACEIO
Telefone: (82)3214-1041 **E-mail:** cep@ufal.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS



Continuação do Parecer: 5.289.653

realizada no programa Microsoft Excel e no programa Epi Info 7. Espera -se entender como os profissionais da atenção básica e da vigilância em saúde compreendem o trabalho integrado desses serviços, e como ocorre o esse processo de trabalho integrado para assim trazer melhorias às equipes de saúde da família e para o setor de vigilância em saúde do município.

Objetivo da Pesquisa:

De acordo com os documentos (1) Informações Básicas do Projeto (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1837088.pdf, de 31/01/2022) e Projeto Detalhado / Brochura Investigador (PROJETO.pdf, de 31/01/2022):

Objetivo Primário:

- Caracterizar como os profissionais da atenção básica e da vigilância em saúde compreendem o trabalho integrado desses serviços.

Objetivo Secundário:

- Identificar o perfil sociodemográfico dos profissionais de atenção básica e dos coordenadores da vigilância em saúde;

- Analisar o conhecimento sobre vigilância em saúde dos profissionais da atenção básica e dos coordenadores da vigilância em saúde;

- Caracterizar o processo de trabalho integrado da atenção básica com a vigilância em saúde, do ponto de vista dos profissionais desses serviços.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com os documentos (1) Informações Básicas do Projeto (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1837088.pdf, de 31/01/2022) e Projeto Detalhado / Brochura Investigador (PROJETO.pdf, de 31/01/2022):

Riscos: Os possíveis riscos que esta pesquisa pode causar à saúde física e/ou mental do participante são mínimos (desconforto ou constrangimento em responder alguma pergunta). Mesmo assim, estes riscos serão minimizados com a garantia do sigilo dada pelo TCLE, bem como proteção dos dados e dos participantes. Além disso, o questionário será respondido de modo privado e no momento e local de preferência do participante.

Endereço: Av. Longitudinal UFAL 1, nº1444,térreo do prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC) entre o SINTUFAL
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 57.072-900
UF: AL **Município:** MACEIO
Telefone: (82)3214-1041 **E-mail:** cep@ufal.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS



Continuação do Parecer: 5.289.653

Benefícios: Os benefícios previstos da pesquisa incluem o retorno social para as equipes de saúde da família e para o setor de vigilância em saúde do município sobre os resultados da pesquisa e por meio de um maior entendimento de como ocorre a integração entre os serviços, o que sem dúvida trará melhoria aos mesmos. Além do aumento da produção do conhecimento sobre o tema, com a produção de artigos científicos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

- Tipo de estudo: O estudo tem abordagem quantitativo do tipo descritivo e exploratório. As variáveis nominais do estudo são sexo, função desempenhada, local de trabalho, setor de trabalho; e as variáveis ordinais são idade, grau de escolaridade, formação do trabalhador, atribuições do trabalhador, percepção sobre o trabalho, desafios no trabalho e estruturação das práticas de vigilância em saúde.

- Local do estudo: O estudo será realizado na Secretaria de Saúde de um município de Alagoas e nas Unidades Básicas de Saúde do mesmo município.

- Esta pesquisa tem como pergunta-problema: como os profissionais da atenção básica e da vigilância em saúde compreendem o trabalho integrado dos serviços?

- Serão convidados a participar da pesquisa 1069 participantes, sendo 5 (cinco) coordenadores da vigilância em saúde da secretaria e 1064 profissionais de saúde das equipes da estratégia de saúde da família (ESF) das unidades básicas de saúde (UBS);

- Os participantes do estudo serão definidos por amostragem não probabilística por conveniência, mediante convite e após o aceite e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os participantes do estudo serão os coordenadores da vigilância em saúde da secretaria municipal de saúde de um município (1 coordenador superintendente da vigilância em saúde, que integra as coordenações; 1 coordenador da vigilância sanitária; 1 coordenador da vigilância ambiental; 1 coordenador da saúde do trabalhador e 1 coordenador da vigilância epidemiológica) e os profissionais de saúde que compõem as equipes de Estratégia da Saúde da Família das Unidades Básicas de Saúde do mesmo município (67 médicos, 67 enfermeiro, 121 técnicos de enfermagem, 528 agentes comunitários de saúde, 50 odontólogos, 50 auxiliares de saúde bucal e 181 agentes de endemias);

Endereço: Av. Longitudinal UFAL 1, nº1444,térreo do prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC) entre o SINTUFAL
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 57.072-900
UF: AL **Município:** MACEIO
Telefone: (82)3214-1041 **E-mail:** cep@ufal.br

Continuação do Parecer: 5.289.653

- Será feito contato com os profissionais selecionados, explicados os objetivos do estudo e o que se espera, então serão convidados a participar do estudo de maneira voluntária. Após aceite, será disponibilizado o link de acesso ao questionário on-line por meio do whatsapp® ou e-mail. O link abrirá o questionário após concordância com Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A coleta de dados será realizada por meio de perguntas objetivas, estruturadas, autoaplicáveis, que contemplarão aspectos referentes à integração entre a vigilância em saúde e a atenção básica, com três núcleos de informações: I- dados sociodemográficos, II- vigilância em saúde e atenção básica e III- integração entre vigilância em saúde e atenção básica. Serão dois tipos de questionários, sendo um voltado aos profissionais da atenção básica e o outro para os profissionais do nível central da vigilância em saúde;

- Espera-se com este estudo entender como os profissionais da atenção básica e da vigilância em saúde compreendem o trabalho integrado desses serviços, seus conhecimentos sobre a vigilância em saúde e atenção básica e como ocorre o processo de trabalho integrado da atenção básica com a vigilância em saúde, do ponto de vista dos profissionais desses serviços, para assim trazer melhorias às equipes de saúde da família e para o setor de vigilância em saúde do município.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apreciados os seguinte documentos e termos de apresentação obrigatória:

- 1- Informações Básicas do Projeto (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1837088.pdf, de 31/01/2022);
- 2- Outros (CARTARESPOSTA.pdf, de 31/01/2022);
- 3- Projeto Detalhado / Brochura Investigador (PROJETO.pdf, de 31/01/2022);
- 4- Outros (CARTARESPOSTAAOCEP.pdf, de 06/01/2022);
- 5- Declaração de Pesquisadores (declaracaopublicizacao.pdf, de 06/01/2022);
- 6- Declaração de Instituição e Infraestrutura (declaracaoinfraestrutura.pdf, de 06/01/2022);
- 7- TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência (TCLE.pdf, de 06/01/2022);
- 8- Folha de Rosto (FOLHADEROSTOFAMED.pdf, de 06/01/2022);
- 9- Outros (termodeanuencia.pdf, de 03/10/2021).

Recomendações:

Ver conclusões ou pendências e lista de inadequações

Endereço: Av. Longitudinal UFAL 1, nº1444,térreo do prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC) entre o SINTUFAL
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 57.072-900
UF: AL **Município:** MACEIO
Telefone: (82)3214-1041 **E-mail:** cep@ufal.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS



Continuação do Parecer: 5.289.653

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pesquisa sem óbices éticos. Recomendo aprovação.

A seguir, a pendência que constava em parecer consubstanciado e atendida pela pesquisadora:

Pendência 1: Nos instrumentos de pesquisa constantes no APÊNDICE 1- Roteiro de entrevista para profissionais da atenção básica e APÊNDICE 2- Roteiro de entrevista para profissionais da vigilância em saúde a nível central no Projeto Detalhado / Brochura Investigador (PROJETO.pdf, de 06/01/2022), na coleta de Dados sociodemográficos, solicita-se a retirada do campo "nome do participante" deste campo do questionário. Após alteração, solicita-se que haja a substituição do documento na plataforma.

Parecer: Pendência atendida.

Considerações Finais a critério do CEP:

Protocolo Aprovado

Prezado (a) Pesquisador (a), lembre-se que, segundo a Res. CNS 466/12 e sua complementar 510/2016:

O participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado e deve receber cópia do TCLE, na íntegra, assinado e rubricado pelo (a) pesquisador (a) e pelo (a) participante, a não ser em estudo com autorização de declínio;

V.S^a. deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade por este CEP, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata;

O CEP deve ser imediatamente informado de todos os fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É responsabilidade do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas a evento adverso ocorrido e enviar notificação a este CEP e, em casos pertinentes, à ANVISA;

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial;

Seus relatórios parciais e final devem ser apresentados a este CEP, inicialmente após o prazo

Endereço: Av. Longitudinal UFAL 1, nº 1444, térreo do prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC) entre o SINTUFAL
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 57.072-900
UF: AL **Município:** MACEIO
Telefone: (82)3214-1041 **E-mail:** cep@ufal.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS



Continuação do Parecer: 5.289.653

determinado no seu cronograma e ao término do estudo. A falta de envio de, pelo menos, o relatório final da pesquisa implicará em não recebimento de um próximo protocolo de pesquisa de vossa autoria.

O cronograma previsto para a pesquisa será executado caso o projeto seja APROVADO pelo Sistema CEP/CONEP, conforme Carta Circular nº. 061/2012/CONEP/CNS/GB/MS (Brasília-DF, 04 de maio de 2012).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1837088.pdf	31/01/2022 11:38:57		Aceito
Outros	CARTARESPOSTA.pdf	31/01/2022 11:38:11	LITIESKA BARROS DA SILVA SANTOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	31/01/2022 11:37:08	LITIESKA BARROS DA SILVA SANTOS	Aceito
Outros	CARTARESPOSTAAOCEP.pdf	06/01/2022 11:41:22	LITIESKA BARROS DA SILVA SANTOS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaopublicizacao.pdf	06/01/2022 11:16:53	LITIESKA BARROS DA SILVA SANTOS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracaoinfraestrutura.pdf	06/01/2022 11:11:50	LITIESKA BARROS DA SILVA SANTOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	06/01/2022 10:53:10	LITIESKA BARROS DA SILVA SANTOS	Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTOFAMED.pdf	06/01/2022 10:51:22	LITIESKA BARROS DA SILVA SANTOS	Aceito
Outros	termodeanuencia.pdf	03/10/2021 14:57:28	LITIESKA BARROS DA SILVA SANTOS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Longitudinal UFAL 1, nº1444, térreo do prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC) entre o SINTUFAL
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 57.072-900
UF: AL **Município:** MACEIO
Telefone: (82)3214-1041 **E-mail:** cep@ufal.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS



Continuação do Parecer: 5.289.653

MACEIO, 14 de Março de 2022

Assinado por:

Carlos Arthur Cardoso Almeida
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Longitudinal UFAL 1, nº 1444, térreo do prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC) entre o SINTUFAL
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 57.072-900
UF: AL **Município:** MACEIO
Telefone: (82)3214-1041 **E-mail:** cep@ufal.br