

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA  
INSTITUTO DE GEOGRAFIA  
CURSO DE SAÚDE COLETIVA

Abordagem da Vigilância Epidemiológica e da Promoção da Saúde na Atenção Básica:  
perspectivas de médicos de equipes Saúde da Família.

Rafaela Defendi Borges

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do  
Curso de Saúde Coletiva, da Universidade Federal de  
Uberlândia, para a obtenção do grau de Bacharel em Saúde  
Coletiva.

Uberlândia – MG  
Novembro de 2021

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA  
INSTITUTO DE GEOGRAFIA  
CURSO DE SAÚDE COLETIVA

Abordagem da Vigilância Epidemiológica e da Promoção da Saúde na Atenção Básica:  
perspectivas de médicos de equipes Saúde da Família.

Rafaela Defendi Borges

Orientador: Prof. Dr. Jean Ezequiel Limongi

Co-orientadora: Profa. Dra. Rosimár Alves Querino

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do  
Curso de Saúde Coletiva, da Universidade Federal de  
Uberlândia, para a obtenção do grau de Bacharel em Saúde  
Coletiva.

Uberlândia – MG  
Novembro de 2021

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA  
INSTITUTO DE GEOGRAFIA  
CURSO DE SAÚDE COLETIVA

Abordagem da Vigilância Epidemiológica e da Promoção da Saúde na Atenção Básica:  
perspectivas de médicos de equipes Saúde da Família


Rafaela Defendi Borges


Trabalho de Conclusão de Curso com dispensa de  
defesa em banca examinadora por ter sido publicado  
em periódico indexado da área de Saúde Coletiva,  
capítulo em livro ou livro com corpo editorial.

Folha de aprovação de TCC sem defesa pública em banca

Dados da publicação:

BORGES, R.D.; QUERINO, R.A.; SILVA, G.C.S.; IVANCKO, G.M.; LIMONGI, J.E.  
Abordagem da Vigilância Epidemiológica e da Promoção da Saúde na Atenção Básica:  
perspectivas de médicos de equipes Saúde da Família. In: LIMONGI, J.E. (Org.). **Vigilância  
em Saúde: Interfaces entre a Saúde Pública e a Pesquisa Científica**. 1ed. Uberlândia: Editora  
Colab, 2021, cap. 9, p. 141-156.

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Jean Ezequiel Limongi  
Orientador

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dra. Vivianne Peixoto da Silva  
Coordenadora do curso de Saúde Coletiva

*Prof. Dra. Vivianne Peixoto da Silva*  
Coordenadora do curso de graduação  
em Saúde Coletiva / UFU  
Portaria N° 2.751, de 09 de julho de 2021

Uberlândia, 06 de novembro de 2021.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA  
INSTITUTO DE GEOGRAFIA  
CURSO DE SAÚDE COLETIVA

Abordagem da Vigilância Epidemiológica e da Promoção da Saúde na Atenção Básica:  
perspectivas de médicos de equipes Saúde da Família

Rafaela Defendi Borges

Orientador: Prof. Dr. Jean Ezequiel Limongi  
Instituto de Geografia – UFU

Coorientadora: Profa. Dra. Rosimár Alves Querino  
Instituto de Ciências da Saúde-UFTM

Homologado pela Coordenação do Curso de Saúde Coletiva, em  
\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_.

Coordenadora do Curso:  
Profa. Dra. Vivianne Peixoto da Silva

Uberlândia – MG  
Novembro de 2021

## **Agradecimentos**

Em primeiro lugar agradeço a Deus, por me capacitar, ser minha força todos os dias e minha esperança. A minha família, que é meu porto seguro, por me apoiar em todos os momentos e principalmente meus pais, por se esforçarem e dedicarem fazendo com que meu sonho fosse possível. Ao meu noivo por estar sempre disponível a ajudar, por ouvir e apoiar; as minhas amigas e amigos que acompanham minha trajetória, que estiveram comigo, que fizeram e fazem parte da minha história, que foram minha família em Uberlândia, cidade que me proporcionou muitos encontros. Aos colegas e amigos da universidade, em especial a Gabrielly que esteve comigo em todas as dificuldades, vitórias e inúmeros trabalhos de faculdade, obrigada pelo companheirismo. Ao Jean e a Rosimar, agradeço pelo compartilhamento de conhecimento, dedicação e atenção ao orientar este trabalho, foi uma oportunidade de aprendizado; e aos professores que se dedicaram a nos ensinar e partilhar conhecimento.

Abordagem da Vigilância Epidemiológica e da Promoção da Saúde na Atenção Básica:  
perspectivas de médicos de equipes Saúde da Família

Approach to epidemiological surveillance and health promotion in primary health care:  
perspectives of physicians from family health teams

Rafaela Defendi Borges, Rosimár Alves Querino, Gabrielly Cristiny Soares Silva, Giovanna  
Mendonça Ivancko, Jean Ezequiel Limongi

### **RESUMO**

Analisar o conhecimento e o envolvimento de médicos de equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) de municípios do interior do estado de Minas Gerais em relação à Vigilância Epidemiológica (VIGEP) e à Promoção da Saúde (PS). Trata-se de estudo qualitativo desenvolvido com a técnica de grupo focal no qual participaram oito médicos. O grupo focal foi conduzido com o emprego de situação-problema e submetido à análise de conteúdo temática. Os participantes exploraram dimensões da VIGEP e da PS, suas relações com a atuação da ESF e sugeriram intervenções como visitas domiciliares, grupos operativos e mobilização de outros setores. A formação acadêmica baseada no modelo assistencial curativista, a rotina intensa de trabalho e a dificuldade de incorporação de dados epidemiológicos no cotidiano dos serviços foram as principais dificuldades relatadas. A integralidade da atenção requer melhorias nas condições de trabalho das equipes, expansão das iniciativas de promoção da saúde e envolvimento comunitário. A educação permanente em saúde se constitui em estratégia fundamental para a ampliação do conhecimento dos profissionais e incremento da atuação integrada da VS e ESF.

**PALAVRAS-CHAVE:** Atenção básica; Vigilância epidemiológica; Promoção da saúde.

## **ABSTRACT**

To analyze the knowledge and involvement of doctors from Family Health Strategy teams (FHS) from cities in the interior of the state of Minas Gerais in relation to Epidemiological Surveillance (ES) and Health Promotion (HP). This is a qualitative study developed using the focus group technique in which eight doctors participated. The focus group was conducted using the problem-situation and submitted to thematic content analysis. Participants explored dimensions of ES and HP, their relationship with the performance of the FHS and suggested interventions such as home visits, operative groups, and mobilization of other sectors. The academic training based on the curative care model, the intense work routine, and the difficulty in incorporating epidemiological data in the daily life of the services were the main difficulties reported. Comprehensive care requires improvements in the teams working conditions, expansion of health promotion initiatives and community involvement. Continuing health education is a fundamental strategy for expanding the knowledge of professionals and increasing the integrated performance of Health Surveillance (HS) and FHS.

**KEYWORDS:** Primary care; Epidemiological surveillance; Health promotion.

## INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) criou uma forte relação entre o Estado e a sociedade, com o objetivo de garantir à população pleno acesso aos serviços de saúde nos diversos níveis de atenção (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013). Um novo modelo de atenção à saúde, voltado para as necessidades específicas de cada comunidade, emergiu na saúde pública brasileira. Neste intento, a Estratégia Saúde da Família (ESF) tornou-se a principal estratégia para a reordenação do modelo de atenção a partir da Atenção Básica (AB). A proximidade com a população contribuiu para que as equipes de ESF conheçam a situação de saúde de sua área de abrangência, permitindo a identificação dos problemas e seus determinantes, levando a uma maior capacidade de intervenção nos agravos à saúde da população (VILASBÔAS; TEIXEIRA, 2007).

Paralelamente, o conceito de Vigilância em Saúde (VS) ganhou força, com a perspectiva de trabalho baseado em ações articuladas e integradas, em situações específicas de cada território e com transcendência dos espaços institucionalizados dos serviços de saúde (OLIVEIRA; CRUZ, 2015). A VS considera os diversos fatores envolvidos nos problemas de saúde da população, constituindo-se num eixo reestruturante da atuação em saúde (CAMPOS, 2003). A VS se estruturou em áreas específicas, mas interligadas entre si, quais sejam: Vigilância em Saúde Ambiental (VIGIAM), Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT), Vigilância Epidemiológica (VIGEP), Vigilância Sanitária (VISA), além da Análise de Situação de Saúde, Promoção da Saúde (PS) e Ações Laboratoriais que são atividades transversais e essenciais no processo de trabalho da VS (BRASIL, 2018; LIMONGI et al, 2017).

Ao eleger como foco de atuação o atendimento integral à saúde da população de territórios delimitados, a ESF se torna um espaço privilegiado para o desenvolvimento de ações de VS (LIMONGI; MENEZES; MENEZES, 2008; VILASBÔAS; TEIXEIRA, 2007). A VS encontra na ESF possibilidades de operacionalização, contribuindo para o fortalecimento da atuação da atenção básica (VILASBÔAS; TEIXEIRA, 2007). É imperioso que os profissionais das equipes da ESF tenham conhecimento do escopo de atuação da VS e de suas áreas específicas e, principalmente, que se reconheçam como protagonistas de ações de vigilância em seus territórios. Os conhecimentos e o reconhecimento mútuo permitem o planejamento e execução de ações de proteção, promoção e recuperação da saúde mais integradas e eficientes (VILASBÔAS; TEIXEIRA, 2007).

Apesar da necessidade de atuação integrada da AB (particularmente a ESF) e a VS, na prática raramente é efetivada, mesmo após os inúmeros esforços das esferas federal e estaduais



nas últimas duas décadas (BRASIL, 2010; BRASIL, 2018; SILVA et al, 2020). Dentre os entraves para a concretização desta integração destacam-se a complexidade destas áreas, as constantes atualizações das suas ações, além da falta de conhecimento mútuo entre elas. Neste contexto, o estudo do modo como os profissionais da ESF compreende a VS e realizam sua abordagem nos territórios pode contribuir para avanços na integração destas áreas e na construção de atividades de educação permanente mais efetivas e direcionadas para este público alvo.

Este estudo objetivou analisar o conhecimento e o envolvimento de médicos de equipes da ESF de municípios do interior do estado de Minas Gerais em relação à VIGEP e à PS.

## METODOLOGIA

Trata-se de estudo qualitativo desenvolvido com a técnica de grupo focal (BARBOUR, 2009; MINAYO, 2017).

Os participantes foram oito médicos que atuavam na ESF de municípios do interior de Minas Gerais. Estes profissionais eram discentes de mestrado profissional ofertado por instituição federal de ensino exclusivamente para médicos atuantes em ESF.

A caracterização dos participantes é descrita na tabela 1. Visando garantir sigilo e confidencialidade, cada participante foi identificado com a letra P seguido por um número.

**Tabela 1.** Caracterização dos profissionais médicos participantes da pesquisa (n=8).

Participantes	Sexo	Idade	Atuação na ESF* (em anos)	Atuação no SUS** (em anos)
P1	Feminino	28	5	5
P2	Feminino	30	4	4
P3	Masculino	37	8	8
P4	Feminino	26	3	8
P5	Masculino	28	3	3
P6	Feminino	40	5	7
P7	Masculino	37	12	13
P8	Feminino	53	5	5

\*ESF: Estratégia Saúde da Família; \*\*SUS: Sistema Único de Saúde

Fonte: os autores

O tempo médio de atuação no SUS foi de  $6,8 \pm 3,33$  anos e de atuação na ESF foi de  $5,7 \pm 3,25$  anos. A idade média dos participantes foi de  $32,28 \pm 5,55$  anos, a maioria era do sexo feminino (57,1%).

O GF foi conduzido por dois moderadores com formações diferentes: uma pesquisadora com formação em Ciências Sociais e experiência em pesquisa qualitativa e um pesquisador com experiência de trabalho e pesquisa na VS. Contou, também, com a participação de três bolsistas de iniciação científica, responsáveis por observar e registrar as interações durante o GF.

A construção de dados ocorreu em dois encontros de grupo focal, em dias distintos, nos quais foram exploradas as diferentes dimensões da VS. Neste estudo, são explorados os resultados referentes ao encontro no qual foram abordadas a VIGEP e a PS.

O encontro ocorreu em maio de 2019 e teve duração de 140 minutos. O local foi previamente definido pelos pesquisadores, garantindo aos participantes as condições de sigilo e privacidade. As gravações de áudio foram transcritas na íntegra para fins de análise. O GF foi conduzido com o emprego de uma situação-problema elaborada pela equipe de pesquisadores visando fomentar a discussão entre os participantes. Cada participante recebeu uma cópia impressa da situação-problema (Quadro 1). Após a leitura individual, teve início o diálogo entre os participantes.

#### Quadro 1 – Situação Problema 1 – disparadora do 1º encontro de grupo focal

“Um município do interior de Minas Gerais conta com apenas duas unidades básicas de saúde e seis equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) para seus 35 mil habitantes e não possui espaços adequados para prática de atividades físicas. Percebeu-se, ao longo dos anos, o crescimento populacional do município, devido à abertura de novos postos de trabalho. Pessoas oriundas da região nordeste do Brasil, bem como da região norte mineira, são os principais migrantes. Uma família nordestina formada por Adriana (34 anos, boleira), Carlos (45 anos, desempregado) e seu filho Alexandre (5 anos, estudante) mudaram-se para o município e lá vivem há 6 meses. Carlos apresenta um quadro de hepatoesplenomegalia moderada, palidez e emagrecimento, sugestivo de leishmaniose visceral, porém, devido à sua atual situação socioeconômica, não tem se preocupado tanto com isso. Adriana começou a vender seus bolos na rodoviária para complementar a renda da família. Ela acorda às 4 horas da manhã para chegar a rodoviária às 05h30min e começar a trabalhar. Como o mercado informal é imprevisível e nem todos os dias tem-se uma boa venda, há sobras de bolo ao final do dia. Porém, a mercadoria que não é vendida na rodoviária, é consumida diariamente

por ela, pelo marido e seu filho em casa. Além disso, Adriana é hipertensa e diante da rotina diária não consegue fazer o acompanhamento de seu tratamento com a equipe da Saúde da Família. Por vezes, Alexandre conta apenas com a alimentação que recebe na escola e o consumo dos bolos feitos pela mãe. Ele começou a desenvolver um quadro de sobrepeso e problemas nutricionais. De forma geral, o estilo de vida das pessoas no bairro de Adriana, Carlos e Alexandre não é favorável para a saúde, com hábitos alimentares ruins, sedentarismo, tabagismo, alcoolismo e episódios de violência frequentes.

Fonte: Elaborada pelos autores.

Na condução do grupo focal, os moderadores utilizaram as seguintes questões norteadoras: (i). Na avaliação de vocês, em que pontos dessa situação a Vigilância em Saúde e a equipe Saúde da Família poderiam atuar em conjunto? (ii). Como médicos de ESF e considerando as ações de Vigilância Epidemiológica e Promoção da Saúde, o que fariam para atuar nesse caso? (iii). Que outras instituições/setores vocês mobilizariam para realizar a Vigilância Epidemiológica e Promoção da Saúde na situação descrita?

As gravações de áudio foram transcritas na íntegra, sem inserções ou supressões, e submetidas à análise de conteúdo em sua modalidade temática seguindo as diretrizes estabelecidas por Minayo (2017) e Graneheim e Lundman (2004).

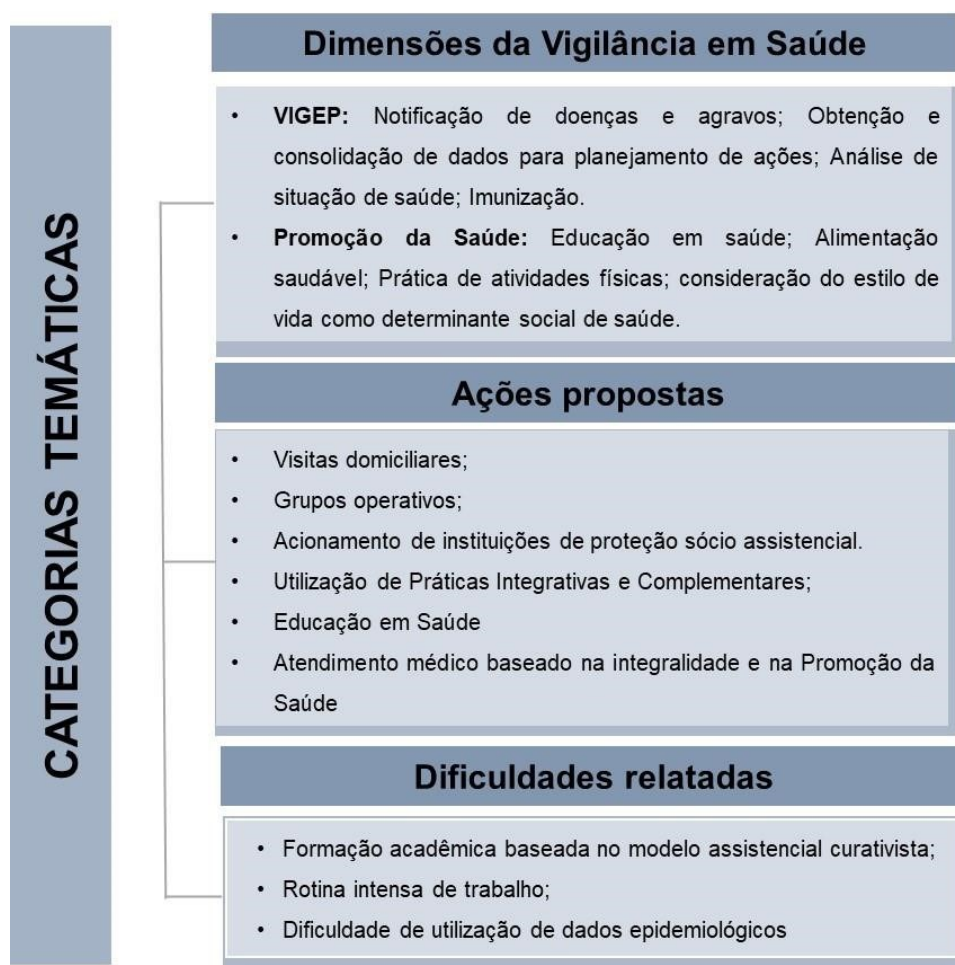
Inicialmente, cada integrante da equipe realizou a pré-análise e a exploração do material separadamente. De modo coletivo, a partir dos códigos identificados, foram realizadas novas leituras e mapeamento preliminar das categorias temáticas com avaliação de convergências e divergências. No caso das divergências, ocorreu nova leitura da transcrição para a finalização da análise.

O projeto foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa (Parecer 2.996.099/2018). Os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, receberam uma cópia de igual teor e foram esclarecidos no início de cada encontro do grupo focal sobre o compromisso de preservação de sigilo e privacidade.

## **RESULTADOS**

A análise de conteúdo temática resultou na construção das categorias e respectivas unidades de sentido, conforme Figura 1.

**Figura 1** – Categorias temáticas e unidades de sentido identificadas no estudo.



Fonte: os autores

A VIGEP foi mencionada pelos participantes com o enfoque na notificação de doenças e agravos, obtenção e consolidação de dados e geração de informações para planejamento de ações em saúde:

*Obtenção de dados, [...] importante isso para gente planejar a saúde [...]. (P5)*

*Notifica para gente planejar as próximas ações [...]. (P4)*

As doenças infecto-parasitárias foram as mais lembradas, embora ações de imunização, o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) e a notificação de violência também tenham sido citadas:

*Não tem como não pensar em tuberculose, hanseníase, dengue [...]. (P2)*

*E a notificação? Da leishmaniose, precisa notificar [...]. (P7)*

*Me veio à mente vacinação também, para prevenção das doenças ou, então, a cobertura vacinal [...]. (P6)*

*Sabe aquele sistema de informação nutricional, de alimentação, isso é vigilância. [...]. (P2)*

*Acho que a Vigilância Epidemiológica olharia esta questão da violência [...]. (P2)*

A VIGEP também foi relacionada à análise de situação de saúde do território:

*Traçar perfil de prevalência, incidência dos agravos de saúde [...]. (P2)*

*Controlar e evitar os agravos de saúde [...]. (P2)*

*Identificação de doenças emergentes [...]. (P3)*

A PS foi relacionada às ações voltadas para uma alimentação saudável e a prática de atividades físicas, com espaços adequados e orientação por educadores físicos:

*Com relação à alimentação, a gente poderia orientar esta família. [...] na questão de educação em saúde, poderiam construir uma horta comunitária ou uma horta mesmo em casa [...]. (P6)*

*As academias populares [...] ou quadras, espaços para fazer atividade física, um educador físico ou até mesmo algo na unidade, dependendo do espaço [...]. (P2)*

*Espços adequados para a prática de atividades físicas que não tem na cidade, [...] criar aquelas academias ao ar livre, espaços para fazer caminhada [...]. (P6)*

Questões relacionadas ao estilo de vida da população do território foram abordadas como determinantes sociais de saúde, além da associação com doenças crônicas não transmissíveis:

*Por conta do tabagismo e do alcoolismo, pensei em doenças cardiovasculares. [...] Poderiam ser implementadas algumas ações voltadas para o tabagismo e o alcoolismo e fatores de risco que estão relacionados [...]. (P3)*

Ações de Educação em Saúde com abordagem do modo como a comunidade compreende a saúde também foram mencionadas:

*Questão que deve se trabalhar primeiro, até antes das outras, é a questão da saúde mesmo, o que a pessoa entende de saúde, de ser no total, o que a pessoa entende de qualidade de vida, de prevenção, doença, mudança de estilo de vida, porque às vezes a gente começa a falar de coisas específicas e a pessoa nem tem consciência [...]. (P1)*

*Saúde nas escolas [...]. (P5)*

Os participantes propuseram visitas domiciliares, grupos operativos, educação em saúde e atendimento médico baseado na integralidade e na PS como forma de atuação eficiente na situação apresentada:

*[...]na abordagem da visita domiciliar seria importante, deixar o agente de saúde mais próximo [...]. (P3)*

*[...]a visita junto com o agente de saúde para promover um vínculo, porque o próprio Carlos sabe que ele tem uma doença grave, mas não dá muita atenção, não procura a unidade saúde [...]. (P5)*

*Grupos operativos que a gente faz a promoção da saúde [...]. (P6)*

*[...] não pode esquecer da leishmaniose também, [...] precisa ver se realmente tem uma prevalência no território. Se tiver, precisa trabalhar a educação em saúde voltada para a leishmaniose, orientar a população, a forma de transmissão, os meios de combate [...]. (P3)*

*Acho que a todo momento você tem que se cobrar essa atitude no atendimento, esta é a maior diferença do médico de família, sempre um olhar integral, toda oportunidade é uma oportunidade de você promover a saúde, deve ser feito rastreamento populacional de identificação, a todo momento tem que se cobrar isso, acho que é o nosso diferencial. (P3)*

*É preciso conhecer a carga de doenças que esses migrantes trazem, não só da leishmaniose [...]. (P5)*

Ações intersetoriais também foram mencionadas:

*A gente acionava muito o CRAS [Centro de Referência em Assistência Social], meus pacientes iam muito, em famílias de vulnerabilidade, sempre a gente fazia reuniões conjuntas [...]. (P4)*

*O Conselho Tutelar, será que ele pode ajudar o Alexandre, porque ele é uma criança em vulnerabilidade [...]. (P1)*

*Eu pediria socorro às ONGs [organizações não-governamentais] da cidade, além da assistente social, do CRAS. [...] um centro espírita, a igreja [...]. (P7)*

As Práticas Integrativas e Complementares (PICS) foram sugeridas como forma alternativa de resolução de problemas de saúde:

*Quando a gente vive o que a gente fala é mais fácil. Por exemplo, essas técnicas de medicina alternativa. Eu não indicava aos meus pacientes e, depois que eu comecei a praticar, a fazer, eu indico para todo mundo. Está com ansiedade, vai pra Yoga, ao invés de medicação, faz*

*terapia cognitiva comportamental [...]. Eu acho que é muito mais fácil de eu convencer o paciente porque eu acredito [...]. (P4)*

Algumas falas evidenciaram dificuldades dos participantes para a execução de ações de PS e de VIGEP na ESF. Dentre elas destacam-se a formação acadêmica baseada no modelo assistencial curativista e a rotina intensa de trabalho:

*A gente está muito mais voltado para a doença do que para a saúde, mesmo que a gente tenha esses espaços, batemos na tecla da doença, come bem, faz atividade física para não ter diabetes, a gente nem faz grupo para quem não tem problema de saúde [...]. (P1)*

*Outra dificuldade não vem só da população, mas da gente, porque com a prestação assistencial é muito fácil trabalhar no dia-a-dia, fecha conduta, você é pressionado a trabalhar assim e prevenção e promoção demanda tempo, articular é mais trabalhoso. Então, é mais difícil, a gente fica ali no consultório, tem um agendado a cada 10-15 minutos. E aí ele [usuário] tem uma queixa e você tem que resolver a queixa, e aí onde fica a promoção e a prevenção? Difícil! [...]. (P5)*

*Eu acho que tem uma dificuldade por pressão externa mesmo [...] e tem uma coisa que é da nossa própria formação, que a gente realmente foi formado para tratar doença, não foi formado pra tratar de saúde [...]. (P6)*

Os participantes se referiram às dificuldades da população para compreender o modelo de assistência voltado para a prevenção e PS:

*Se a gente tem dificuldade, por conta do estilo da nossa formação e tudo, imagina para quem não é da área da saúde entender que o modelo assistencial hoje não é mais curativista, é integrado, transdisciplinar, intersetorial [...]. Vai lá [na unidade de saúde] quando está doente e vai lá em busca da medicação [...]. (P3)*

A dificuldade na utilização de dados epidemiológicos na rotina das equipes para o planejamento de ações em saúde foi mencionada:

*Uma coisa que eu cheguei à conclusão nessa minha unidade: a gente tem dificuldade de trabalhar com números. A gente atende hipertensos todo dia [e perguntaram] “- Ah, mas quantos hipertensos vocês têm?”. Eu não sabia, até fazer esse diagnóstico direcional [solicitado no curso de mestrado]. A gente lá na equipe já faz muita coisa, o tempo inteiro, então trabalhar com os números a gente não sabe [...]. (P6)*

*Sabemos de números só no caso da dengue [...] acho que a gente utiliza muito pouco, é culpa nossa também [...]. (P6)*

## **DISCUSSÃO**

A situação-problema empregada como elemento disparador do GF tinha como objetivo instigar nos médicos a mobilização de suas experiências e de seus conhecimentos ligados à VS. De modo geral, o objetivo era que reconhecessem o papel da AB em interface com a VIGEP/PS. Diante do histórico clínico e epidemiológico do caso suspeito de leishmaniose visceral apresentado, seriam pertinentes condutas assertivas de notificação compulsória, interação com a VIGEP e a investigação do caso, inclusive com coleta de amostras para diagnóstico laboratorial. Eram também esperadas sugestões sobre a necessidade de monitorar a população em relação ao seu estado alimentar e nutricional, com registro adequado no SISVAN, bem como a notificação compulsória e acompanhamento dos casos de violência no âmbito da equipe multiprofissional.

Quanto à PS, era particularmente importante que os participantes se atentassem para a necessidade destas ações no município, de forma transversal em diferentes setores públicos e/ou concentradas em um setor específico, considerando as equipes de saúde da família o mais apropriado. Atividades físicas, ações para o combate do uso de tabaco e álcool, cultura da paz, enfim, ações inerentes à PS que encontram espaço privilegiado na ESF para serem executadas.

A VIGEP foi associada à notificação de doenças e agravos, consolidação de dados e geração de informações para planejamento de ações de saúde, com forte conotação para as doenças transmissíveis. Esta associação era esperada, visto que a VIGEP no Brasil e no mundo sempre esteve muito associada a estas doenças (OLIVEIRA; CRUZ, 2015). Esta vigilância se consolidou internacionalmente na década de 1960, sendo fundamental na prevenção e controle de doenças na saúde pública ao longo das décadas, principalmente em relação às doenças infecciosas e parasitárias. Além disso, é sabido que ações de vigilância muito semelhantes às que são praticadas na atualidade estão entre as mais antigas atividades da saúde pública, por conta do combate às grandes epidemias na antiguidade (SILVA JUNIOR, 2004). No Brasil, a partir da década de 1970, com a criação do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, houve grandes avanços na saúde pública, com destaque para as ações de imunização considerada referência internacional de política pública de saúde e lembrada aqui pelos participantes como uma importante ação de vigilância epidemiológica (DOMINGUES et al, 2019; OLIVEIRA; CRUZ, 2015).



A partir da Lei Orgânica de Saúde (LOS), que definiu um conceito ampliado de VIGEP, o escopo de atuação desta vigilância se expandiu sendo incluídos importantes problemas de saúde pública como as doenças crônico-degenerativas, questões nutricionais e causas externas como acidentes e violência (OLIVEIRA; CRUZ, 2015).

No entanto, essas questões ainda são tratadas de forma incipiente nas unidades de saúde quando comparadas às doenças transmissíveis. Os relatos inseguros dos participantes do estudo sobre o SISVAN e a violência corroboram esta afirmativa. A vigilância alimentar e nutricional da população brasileira tem cobertura ainda baixa, mas a sua operacionalização de forma efetiva no âmbito das equipes de saúde da família pode contribuir sobremaneira neste processo (NASCIMENTO, SILVA; JAIME, 2017). Problemas emergentes como o sobrepeso e obesidade, assim como velhos problemas como a fome e a desnutrição são questões essenciais que envolvem toda a população. No entanto, na prática esta vigilância limita-se ao grupo materno-infantil e a beneficiários de programas sociais. Além disso, a insuficiência de equipamentos antropométricos e de informática, alta rotatividade e baixa qualificação de profissionais geram dados limitados e pouco confiáveis (VITORINO; SIQUEIRA; PASSOS, 2016).

A notificação de violência doméstica, que inclui diferentes tipificações, inclusive a sexual, deve ser realizada de forma compulsória nos casos de suspeição ou confirmação e foi implantada, em 2009, no Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN). A sua efetivação na AB enfrenta diversos obstáculos, entre eles o conhecimento restrito dos profissionais de saúde sobre a temática, o medo e a insegurança dos profissionais em relação ao sigilo da sua identidade na notificação e a identificação da violência como um problema exclusivo da segurança pública. Ribeiro e Silva (2018, p. 121) relatam que *“A notificação compulsória, muitas vezes, é entendida pelos profissionais, como denúncia e não como registro epidemiológico de violência no território”*. Além disso, percebe-se neste estudo por meio da fala de uma participante, que a equipe de VIGEP seria responsável por tal atribuição. A concepção de que as equipes de vigilância são as responsáveis pela investigação e notificação de doenças e agravos é amplamente disseminada nos serviços de saúde. No entanto, o propósito básico destas equipes é o fornecimento de orientação técnica permanente aos profissionais de saúde (PINTO; PEREIRA; LIMONGI, 2017).

A VIGEP foi muito relacionada às ações de Análise de Situação em Saúde, no seu conceito mais atual: *“ações de monitoramento contínuo da situação de saúde da população do País, Estado, Região, Município ou áreas de abrangência de equipes de atenção à saúde, por estudos e análises que identifiquem e expliquem problemas de saúde e o comportamento dos*

*principais indicadores de saúde, contribuindo para um planejamento de saúde abrangente”* (BRASIL, 2018). Apesar dessa associação ser coerente e inerente à VIGEP, é preciso destacar que a Análise de Situação em Saúde deve estar presente em todos os outros processos de trabalho da VS, quais sejam, na VISA, VISAT ou VIGIAM, considerando o seu caráter transversal e essencial em qualquer atividade de vigilância.

Ações de PS foram relatadas de forma ampla pelos participantes e os temas alimentação saudável, práticas de atividades físicas, ações de educação em saúde e propostas de alteração de estilo de vida da população foram os mais proeminentes. A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) foi instituída no Brasil em 2006, redefinida em 2014 e, posteriormente, em 2017. Neste período, a PS foi até institucionalizada como setor específico em alguns estados e municípios, mas, na maioria das vezes, as ações específicas são executadas de forma difusa no setor saúde e em outros setores que possuem interface como a educação, esportes, meio ambiente, saneamento e assistência social. Esta articulação com outras políticas públicas e a participação social é fundamental e necessária, considerando que os determinantes e condicionantes de saúde ultrapassam os limites de escopo do setor saúde (BRASIL, 2018).

No setor saúde, a ESF constitui-se locus privilegiado para que ações de PS ocorram. Neste sentido, várias outras políticas de saúde pública possuem interface com a PNPS e, também, possuem espaço estratégico de trabalho na ESF, quais sejam, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição, Programa Academia da Saúde, Programa Nacional de Controle do Tabagismo no Brasil, Política do MS para a atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas, Princípios da cultura de paz entre outras (DIAS et al, 2018). No entanto, apesar do aumento expressivo da oferta de alguns serviços relacionados à PS nos últimos anos na AB, ainda carecem de operacionalização mais efetiva.

Além das visitas domiciliares, foi proposta a realização de grupos operativos pela ESF. Estes grupos otimizam o trabalho da equipe, com a diminuição de consultas individuais e permitem a inserção do paciente em um grupo com necessidades semelhantes, porém cada indivíduo é considerado na sua integralidade, sem a dissociação da sua história pessoal do processo saúde-doença. Esta metodologia tem sido muito utilizada na AB e os resultados publicados apontam efeitos positivos e importantes no processo de promoção, prevenção e educação em saúde (MENEZES; AVELINO, 2016).

Foram sugeridas ações intersetoriais para a resolução dos problemas apresentados. De fato, considerando a proposta de cuidado integral das equipes de ESF à população adscrita, é necessário a coparticipação de outros setores, além do sanitário, para o enfrentamento dos determinantes sociais de saúde.

As PICS foram indicadas como forma de cuidado. É importante destacar que elas não substituem os tratamentos tradicionais, são complementares e devem ser indicadas por profissionais específicos (BRASIL, 2020). A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) foi criada em 2006 com apenas 5 procedimentos. Atualmente, o SUS oferece 29 procedimentos de forma integral e gratuita, sendo 78% destes serviços oferecidos na AB (BRASIL, 2020). A procura pelas PICS nos serviços de saúde cresceu 46% entre 2017 e 2018 (site MS). De acordo com Tesser, Souza e Nascimento (2018), inserção destes procedimentos se apresenta de forma dispersa na AB, sem um movimento institucional consistente. Publicações sobre esta temática na AB, apontam pontos positivos como redução da medicalização, baixo custo, ausência de efeitos colaterais e OS (AGUIAR; KANAN; MASIERO, 2019)

O atendimento médico baseado na integralidade e na PS foi mencionado por um participante. De fato, considerando que as unidades de saúde da família devem ter vinculação e participação da comunidade, cabe aos profissionais ali inseridos ter a sensibilidade de escuta, capacidade de acolhimento e proatividade com vistas à integralidade e resolutividade nas ações (OPAS, 2016). No entanto, a formação acadêmica baseada no modelo assistencial curativista referida pelos participantes do estudo, foi considerada uma dificuldade para a superação da assistência médica individualizada e a adoção de uma abordagem integral e inserida em uma equipe multiprofissional.

Outra dificuldade relatada em relação à interação da AB e a VS foi a rotina intensa de trabalho das equipes, muitas vezes com população adscrita maior do que a ideal e excesso de demandas para uma força de trabalho reduzida, o que afeta sobremaneira a incorporação de novos conhecimentos por parte dos profissionais e dificulta a prática adequada das ações preconizadas (MILANEZ et al, 2018; SILVA; MANDÚ, 2012). A melhoria das condições no ambiente laboral destas equipes é imperativa para que se possa esperar um cuidado de qualidade à população (COSTA; PIMENTA; BRITO, 2019).

A dificuldade de incorporação de dados epidemiológicos na rotina de trabalho foi também relatada. Esta é uma realidade em todos os níveis de atenção à saúde. No Brasil, apenas a partir da década de 1970 foi introduzida a concepção “informação para ação”, mas mesmo atualmente, é raro a utilização de informações coletadas nos diversos sistemas existentes para subsidiar ações das equipes nos territórios. O planejamento no SUS e as intervenções de saúde devem advir da análise das necessidades populacionais, por meio de indicadores epidemiológicos, demográficos e sociais (PEREIRA; TOMASI, 2016) O uso dos dados epidemiológicos como instrumento norteador de ações de gestão, planejamento e intervenção

em saúde se depara com vários desafios, entre eles destacam-se a pouca expertise em epidemiologia e o número reduzido de profissionais minimamente capacitados (FERREIRA et al, 2018).

A resistência dos serviços de saúde em realizar cooperação técnica com a academia merece destaque. É sabido que, na maioria das vezes, as universidades enfrentam a burocracia e o desinteresse dos serviços públicos de saúde, principalmente os estaduais e municipais, quando estudos epidemiológicos com base em dados gerados nos serviços, sejam eles primários ou secundários, são propostos. Muitas vezes estes estudos são negados ou as instituições acadêmicas desistem da sua execução em decorrência da burocracia excessiva. A recusa de cooperação pode ser consequência de vários fatores, sejam eles receio de exposição das ações realizadas, desconhecimento sobre os objetivos acadêmicos, desinteresse ou receio de aumento de trabalho. De qualquer forma, perde-se a oportunidade de interação dos serviços com a academia e a produção de informação qualificada.

Dois questões chamam a atenção de forma geral e merecem uma análise em outra perspectiva: (i) deficiências na formação dos profissionais em relação aos campos da epidemiologia, política, planejamento e gestão em saúde e em ciências sociais e humanas em saúde e; (ii) rotina intensa de trabalho dos profissionais de saúde da AB que, geralmente, apresentam acúmulo de funções. Esta situação expõe uma grande lacuna existente nos serviços públicos de saúde e proporciona campo de trabalho para um profissional em pleno movimento de identidade, os graduados em Saúde Coletiva, denominados sanitaristas. A graduação em Saúde Coletiva foi idealizada ainda na Reforma Sanitária e teve um longo caminho de discussão até a sua concretização em 2008 (MENESES et al, 2017). Atualmente, são 21 cursos da área de saúde coletiva/saúde pública em universidades brasileiras, com os primeiros egressos sanitaristas formados entre 2011 e 2012 (CEZAR et al, 2015; SILVA; PINTO; TEIXEIRA, 2018). Sem dúvida, a formação do bacharel em Saúde Coletiva desdobra-se nos núcleos de conhecimentos e práticas gestão em saúde, atenção à saúde e educação e comunicação em saúde e, apesar da saúde pública não ser o seu único campo de trabalho, certamente constitui-se o mais apropriado (BRASIL, 2017).

## **CONCLUSÕES**

A AB e a VS possuem escopos de atuação indissociáveis e a proposta de atuação conjunta é consistente tanto no plano teórico quanto prático. Todavia, como observado no presente estudo, diversos fatores confluem para o impedimento deste processo, dentre eles,

destacam-se a formação acadêmica dos profissionais de saúde voltada para o modelo de atenção curativista e o baixo empenho dos gestores e profissionais locais em garantir o trabalho integrado em seus territórios, há tempos preconizado e normatizado pela esfera federal.

Ante a baixa familiaridade dos profissionais médicos sobre VIGEP e PS, a educação permanente em saúde se constitui em estratégia fundamental para a atuação integrada da VS e ESF. Pesquisas com outros integrantes de ESF e profissionais da VS podem contribuir para a sedimentação dos estudos. A técnica do grupo focal pode permitir a exploração do universo de significados desses sujeitos.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, J.; KANAN, L. A.; MASIERO, A. V. Práticas Integrativas e Complementares na atenção básica em saúde: um estudo bibliométrico da produção brasileira. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 123, p. 1205-1218, 2019.

BARBOUR, R. **Grupos focais**. Porto Alegre: Artmed, 2009. 216p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.378, de 9 de julho de 2013. Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 9 jul. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Práticas Integrativas e Complementares (PICS): quais são e para que servem**. Brasília, DF. Ministério da Saúde. Disponível em: <<https://saude.gov.br/saude-de-a-z/praticas-integrativas-e-complementares>>. Acesso em 13 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Saúde Coletiva [aguardando homologação]**. Brasília, DF. Ministério da Educação, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia Política Nacional de Atenção Básica**. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, DF. Ministério da Saúde, 2018. (Módulo 1)

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.007, de 4 de maio de 2010. Define critérios para regulamentar a incorporação do agente de combate às endemias (ACE), ou dos agentes que desempenham essas atividades, mas com outras denominações, na atenção primária à saúde para fortalecer as ações de vigilância em saúde junto às equipes de saúde da família. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 5 maio. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução MS/CNS nº 588, de 12 de julho de 2018. Fica instituída a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), aprovada por meio desta resolução. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 5 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**: Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS. Brasília, DF, 2018. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_promocao\\_saude\\_3ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf)>. Acesso em 18 de abr. 2021.

- CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da Vigilância da Saúde e da Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.8, p. 569-584, 2003.
- CEZAR D. M. et al. O bacharel em saúde coletiva e o mundo do trabalho: uma análise sobre editais para concursos públicos no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Saúde em Redes**. Porto Alegre, v.1, n. 4, p.65-73, 2015.
- COSTA, I. P; PIMENTA, C. J. L.; BRITO, M. K. M. Adversidades vivenciadas por profissionais na Atenção Primária à Saúde: implicações para os sentidos do trabalho. **Escola Anna Nery (Revista de Enfermagem)**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, 1-9, 2019.
- DIAS, M. S. A. et al. Política Nacional de Promoção da Saúde: um estudo de avaliabilidade em uma região de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 103114, 2018.
- DOMINGUES, C. M. A. S. et al. Vacina Brasil e estratégias de formação e desenvolvimento em imunizações. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. Brasília, v. 28, n. 2, p.1-4, 2019.
- FERREIRA, J. et al. Planejamento regional dos serviços de saúde: o que dizem os gestores? **Saúde e Sociedade**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, 69-79, 2018.
- GRANEHEIM, U. H; LUNDMAN, B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. **Nurse Education**, v. 24, n. 2, p.105-112, 2004.
- LIMONGI, J. E. et al. Estrutura e processos da Vigilância em Saúde em municípios mineiros: uma análise quali-quantitativa. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 31-44, 2017.
- LIMONGI, J. E.; MENEZES, E. C. Vigilância em saúde no programa de saúde da família. **Hygeia**, Uberlândia, v. 4. N. 7, p. 35-44, 2008.
- MENESES, J. J. S. et al. Panorama dos cursos de graduação em saúde coletiva no Brasil entre 2008 e 2014. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 501-518, 2017.
- MENEZES, K. K. P; AVELINO, P. R. Grupos operativos na atenção primária à saúde como prática de discussão e educação: uma revisão. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n.1, p. 124-130, 2016.
- MILANEZ, T. C. M. et al. Satisfação e insatisfação na estratégia saúde da família: potencialidades a serem exploradas, fragilidades a serem dirimidas. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 184-190, 2018.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2017.
- NASCIMENTO, F. A.; SILVA, S. A.; JAIME, P. C. Cobertura da avaliação do estado nutricional no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional brasileiro: 2008 a 2013. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, p. 311-327, 2017.
- OLIVEIRA, C. M.; CRUZ, M. M. Sistema de Vigilância em Saúde no Brasil: avanços e desafios. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 255-267, 2015.
- OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, p. 158-164, 2013.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Programa Mais Médicos no município do Rio de Janeiro**. Mais acesso, equidade e resolutividade na APS. Brasília: OPAS, 2016.

Disponível em: <http://maismedicos.bvsalud.org/wp-content/uploads/2016/12/Estudo-MM-RJversaoWEB.pdf>

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

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. **Journal of Health & Biological Sciences**, v. 5, n. 1, p. 37-43, 2017.

RIBEIRO, R. U. P.; SILVA, A. L. Notificação compulsória de violência na Atenção Básica à Saúde: o que dizem os profissionais? **Revista LEVS**, Marília, v. 21, n. 21, p. 115-130, 2018.

SILVA, A. M. N.; MANDÚ, E. N. T. Abordagem de necessidades de saúde no encontro assistencial de trabalhadores e usuários na saúde da família. **Texto & Contexto de Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 4, p. 739-747, 2012.

SILVA, G. C. S. et al. Relações entre Estratégia Saúde da Família e Vigilância em Saúde na perspectiva de médicos de equipes saúde da família em Minas Gerais, Brasil: uma análise qualitativa. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 29, n. 4, 2020.

SILVA, J. J. B. **Epidemiologia em serviço: uma avaliação de desempenho do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde**. 2004. 318f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

SILVA, V. O; PINTO, I. C. M; TEIXEIRA, C. F. S. Identidade profissional e movimentos de emprego de egressos dos cursos de graduação em Saúde Coletiva. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 119, p. 799-808, 2018.

TESSER, C. D.; SOUSA, I. M. C; NASCIMENTO, M. C. Práticas integrativas e complementares na atenção primária à saúde brasileira. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, p. 174-188, 2018.

VILASBÔAS, A. L. Q.; TEIXEIRA, C. F. Saúde da família e vigilância em saúde: em busca da integração das práticas. **Revista Brasileira Saúde da Família**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 67, 2007.

VITORINO, S. A. S.; SIQUEIRA, R. L.; PASSOS, M. C. Estrutura da vigilância alimentar e nutricional na atenção básica em saúde no estado de Minas Gerais. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 19, n. 2, p. 230-244, 2016.