

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA

INSTITUTO DE GEOGRAFIA

CURSO DE SAÚDE COLETIVA

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

Giovanna Mendonça Ivancko

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

Julho-2022

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA

INSTITUTO DE GEOGRAFIA

CURSO DE SAÚDE COLETIVA

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

Giovanna Mendonça Ivancko

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

Julho – 2022

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA  
INSTITUTO DE GEOGRAFIA  
CURSO DE SAÚDE COLETIVA

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

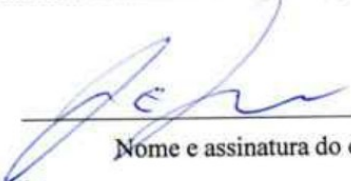
Giovanna Mendonça Ivancko

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:

Ivancko, G. M., Querino, R. A., Silva, G. C. S., Borges, R. D., Limongi, J. E. 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 de Família e Comunidade**, v. 16, n. 43, p. 2733, 2021

  
Nome e assinatura do orientador

Profa. Dra. Vivianne Peixoto da Silva  
Coordenadora do curso de graduação  
em Saúde Coletiva / UFU  
Portaria Nº 2.751, de 09 de julho de 2021

  
Nome e assinatura da coordenadora do curso

Uberlândia, 22 de julho de 2022.

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

Family Health Strategy and Health Surveillance: knowledge of community and family physicians on Sanitary Surveillance, Environmental Health Surveillance and Surveillance of the Workers Health

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

### RESUMO

**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.

**Palavras-chave:** Ações Integradas de Saúde. Atenção Básica. Vigilância em Saúde Ambiental. Vigilância em Saúde do Trabalhador. Vigilância Sanitária.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** The interaction between the sectors of the Unified Health System, particularly Primary Health Care (PHC) and Health Surveillance (HS), is essential for actions that focus on integrality to be operationalized in services. For this, it is necessary, in addition to other factors, mutual knowledge between the areas, about their scope of action. **Objective:** The aim of the study was to analyze the knowledge of physicians from the Family Health Strategy teams on Environmental Health Surveillance (EHS), Sanitary Surveillance (SS) and Surveillance of the Workers Health (SWH). **Methods:** Study with a qualitative approach, conducted with eight physicians from family health teams in cities in the interior of Minas Gerais. The focus group technique was used using a problem-situation. Thematic content analysis guided the treatment of the data. **Results:** EHS and SWH were the surveillances with less familiarity among physicians, being superficially associated with the control of environmental factors and labor inspection, respectively. SS was associated with product inspection. Greater integration of the teams with agents of endemic control and training in Health HS were proposed to improve integration. Intersectoral actions were suggested, especially when related to SWH. **Conclusions:** In view of the low familiarity with HS, permanent education is a fundamental strategy for the integration of PHC and HS. Considering that the actions of these sectors are decentralized, greater protagonism and proactivity is expected from local managers in order for the proper capillarity of HS to occur at the main gateway to the Brazilian public health system.

**Keywords:** Intersectoral Collaboration. Primary Health Care. Environmental Health Surveillance. Surveillance of the Workers Health. Sanitary surveillance.

## INTRODUÇÃO

Um importante pilar na saúde pública brasileira é a Vigilância em Saúde (VS), cujas primeiras medidas remontam desde o período colonial, mas que teve sua sistematização apenas no século XX (Franco Netto et al., 2017). A VS tem como função principal buscar soluções para os problemas ocorrentes no âmbito da saúde, a partir de uma estratégia flexível para cada situação e população, além de ser responsável pelo controle de doenças transmissíveis e não transmissíveis, prevenção de doenças e fatores de risco, formulando uma análise mais completa da situação geral de saúde da população (Oliveira; Cruz, 2015).

Em 12 de julho de 2018, foi instituída a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), por meio da Resolução no 588/2018 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (Brasil, 2018a). Na PNVS, a Vigilância em Saúde é entendida como 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, 2018a).

Ademais, a VS se divide em áreas específicas, com atribuições particulares e interligadas entre si, quais sejam: Vigilância em Saúde Ambiental (VIGIAM), Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT), Vigilância Epidemiológica (VIGEP) e Vigilância Sanitária (VISA), além da análise de situação de saúde, promoção da saúde e ações laboratoriais que são atividades transversais e essenciais no processo de trabalho da VS (Brasil, 2018a).

A Atenção Básica (AB) é considerada a porta de entrada dos usuários ao sistema de saúde, responsável por um conjunto de ações individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, entre outras ações de saúde, inclusive a VS. Estas ações devem ser executadas de modo integrado, por equipe multiprofissional que possui responsabilidade sanitária por uma população de um território definido (Brasil, 2017).

A interação entre os setores, particularmente a AB e a VS, é essencial para que ações de saúde com foco na integralidade sejam operacionalizadas nos serviços. No entanto, na prática, esses setores pouco se conhecem em relação às suas atribuições e escopo de atuação em comum, além de serem áreas em constante atualização das atividades. Todos esses elementos inviabilizam o trabalho em conjunto e por isso a Educação Permanente em Saúde

(EPS) deve ser imperiosa no sentido de fomentar saberes e práticas nos espaços coletivos de trabalho e fortalecer o trabalho destas equipes multiprofissionais (Gigante; Campos, 2016).

Considera-se que analisar o conhecimento prévio dos profissionais sobre determinado assunto é um primeiro passo para o desenvolvimento de ações de EPS e para a construção de ações integradas e multiprofissionais na seara da Vigilância em Saúde (Pinto; Pereira; Limongi, 2017).

Neste intento, o estudo objetivou analisar o conhecimento de médicos de equipes da ESF de municípios do interior do estado de Minas Gerais sobre VIGIAM, VISA e VISAT.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de estudo qualitativo desenvolvido com a técnica de grupo focal (GF) (Minayo, 2017; Barbour, 2009).

Os participantes foram oito médicos que atuavam na Estratégia Saúde da Família (ESF) de municípios do interior de Minas Gerais.

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

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

Fonte: Os autores.

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

O GF foi conduzido por dois moderadores com formações diferentes: uma

pesquisadora com formação em Ciências Sociais e com experiência em pesquisa qualitativa e um pesquisador com experiência de trabalho e pesquisa na VS.

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 VIGIAM, VISA e VISAT. A VIGEP, que historicamente possui maior reconhecimento entre os profissionais de saúde foi explorada no outro grupo focal específico, não apresentado neste estudo.

O encontro ocorreu em maio de 2019 e teve duração de 140 minutos. 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 (Quadro 1).

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

“Uma unidade da Estratégia Saúde da Família foi recentemente inaugurada. A unidade atende um território bastante heterogêneo, com grandes dimensões e caracterizado como urbano e parcialmente periurbano. Recentemente, foram notificados no município casos suspeitos de Zika e Chikungunya, o que levou o município a rever o controle do *Aedes Aegypti*. No reconhecimento do território os agentes comunitários de saúde (ACS) observaram com certa frequência nas residências o acúmulo de materiais sem utilidade, bem como condições de saneamento básico impróprias e irregulares. Além disso, em reunião da equipe de Saúde da Família, foi relatado pelos ACS como peculiaridade do território o trabalho informal. Em diversas situações foi verificado este tipo de trabalho, com grande frequência de catadores de reciclados, que aumentou com o desemprego. Em uma visita de rotina das ACS, também foi verificado trabalho informal na fabricação de amaciantes de tecidos e desinfetantes (saneantes), onde a mãe e os dois filhos, de 11 e 13 anos, trabalhavam 8 horas por dia. Em conversa com a ACS, a mãe relatou que o filho mais novo se sentiu mal no dia anterior, apresentando vômito e desorientação ao manipular uma das substâncias utilizadas na fabricação dos saneantes”.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Os moderadores utilizaram as seguintes questões norteadoras: (i). Como médicos da ESF e considerando as ações de VISA, VIGIAM e VISAT, o que fariam para atuar nesse caso? (ii). Quais outras instituições/setores vocês mobilizariam para contribuir nas ações de VISA, VIGIAM e VISAT 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).



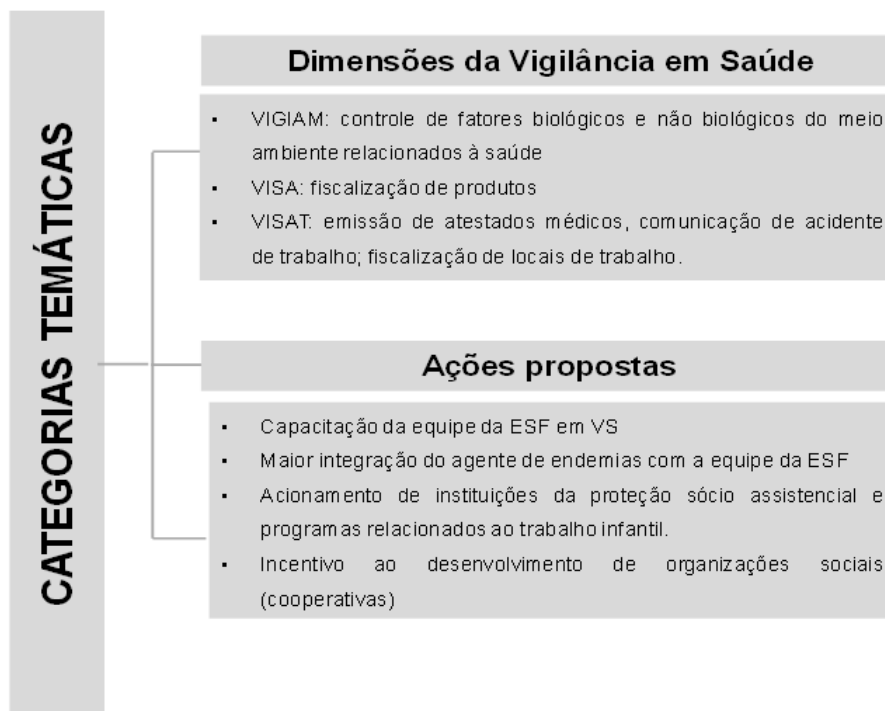
A pré-análise e a exploração do material foram realizadas por cada um dos integrantes da equipe separadamente. A partir dos códigos identificados, foram realizadas novas leituras e mapeamento preliminar das categorias temáticas com avaliação de convergências e divergências. No caso das divergências,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

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia (Parecer 2.996.099/2018). Os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido antes da obtenção dos dados e receberam uma cópia dele.

## RESULTADOS

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

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



## **Dimensões da Vigilância em Saúde**

Quanto às atribuições da VIGIAM, as definições fornecidas pelos médicos foram fortemente associadas ao controle de fatores biológicos e não biológicos do meio ambiente relacionados à saúde:

*Em relação também ao saneamento básico impróprio e irregular. Não sei se é papel da Vigilância, mas eu ligaria lá e tiraria essa dúvida [...]. (P7)*

*A Vigilância Ambiental também tem que ver a questão do saneamento básico irregular no impacto ambiental, de ser um saneamento básico irregular para onde está indo esse lixo, para onde estão indo esses dejetos, onde estão se acumulando na natureza isso [...]. (P7)*

*É, até por causa da febre amarela, desmatamento [...]. (P6)*

*No próprio controle vetorial, na melhoria do diagnóstico com relação aos possíveis focos de replicação do Aedes[...]. (P3)*

*Veria com a “Vigilância do Meio ambiente” essa questão de ser parcialmente periurbano, deve estar havendo uma invasão da parte rural [...].ai entram as zoonoses[...]. (P7)*

*Vigilância Ambiental também na destinação desses materiais acumulados, para o destino certo[...]. (P5)*

Na maioria das vezes, os médicos relatavam as ações da VIGIAM com interface na VIGEP:

*[...] às vezes avaliar espécies de animais que podem estar nesse território adscrito. A presença de animais silvestres vindo para zona urbana e na questão de cachorros, gatos e ratos, por exemplo. Não sei se a Vigilância Epidemiológica, ou se é da Ambiental...escorpionismo, aracnismo...[...]. (P7)*

*E aí você está aumentando os casos de Zika e Chikungunya. Notificar esses casos, fazer ações da Vigilância Epidemiológica, fazer ações nesse sentido [...] de procurar os focos, etc. [...]. (P2)*

A VISA foi associada à fiscalização de produtos, mais especificamente à fiscalização da produção:

*E a Vigilância Sanitária? Como que está sendo feito esse material? Sem controle nenhum... (P8)*

*A fabricação dos produtos, dos desinfetantes, que com certeza teve uma desproporção entre as substâncias, até por ter intoxicado o rapaz [...]. (P3)*

*Uma coisa é vender um produto cosmético, outra coisa é vender um bolo [...] acho que a Vigilância Sanitária e a Vigilância do Trabalhador devem saber dessas condições de trabalho informal[...]. (P7).*

Dentre as três áreas da VS analisadas, a VISAT foi a de menor familiaridade entre os médicos. Por meio dos trechos abaixo, é possível perceber que a compreensão sobre a área esteve mais relacionada à Saúde Ocupacional do que à Saúde do Trabalhador propriamente dita:

*Eu acho que as principais ações na atenção básica [...] em Saúde do Trabalhador têm sido relacionadas aos casos de avaliação para afastamento ou invalidez, ou por algum motivo de saúde [...] Então, quando você fala em Saúde do Trabalhador eu acho que, num primeiro momento, me vem essa ação nossa, enquanto médicos assistentes, [...] os famosos laudos [...]. (P3)*

*Além dos laudos, que são o nosso carro chefe, do afastamento, da perícia, tem o acidente de trabalho que acaba chegando [...]. (P1)*

*Em termos de Saúde do Trabalhador, na nossa unidade, o que mais acontece, e acontece praticamente todo dia, são problemas osteomusculares. E é todo dia, e eles querem um laudo por problemas osteomusculares [...]. (P8)*

*Dentro da Saúde do Trabalhador só me vem à mente segurança do trabalho [...]. (P2)*

*[...] também na Vigilância do Trabalhador [...] uma investigação de que tipo de trabalho informal está sendo feito [...]. (P2)*

*Eu acho que tem que ter interseção entre Vigilância Sanitária e Saúde do Trabalhador em relação à EPI [equipamento de proteção individual] e ao local onde se faz o amaciante e o desinfetante [...]. (P2)*

*Eu pensei foi alto, tipo assim, é uma criança, não devia nem estar trabalhando, mas está. Aí, ela teve uma intoxicação [...]. Será que isso entraria em Comunicação de Acidente do Trabalho? Ou é só quando é algo cortante, essas coisas? (P5)*

Apesar de alguns acertos em relação às áreas da VS, de forma geral, os médicos exibiram pouca familiaridade, insegurança e um desconhecimento importante sobre este campo da saúde pública:

*Resíduos da produção do amaciante e esse saneamento básico irregular, a falta de*

*esgoto por exemplo, onde está se acumulando isso, que impacto ambiental vai gerar [...] não sei se a Vigilância Ambiental entraria, me falta conhecimento [...]. (P7)*

*É, não tem uma divisão certa de até onde vai a Vigilância Sanitária [...], onde vai a Epidemiologia, onde vai o trabalho da equipe de saúde, não tem uma divisão certinha [...]. (P6)*

*Gente, eu nem sabia que tinha Vigilância Ambiental! A gente sabe, mas não sabe. Assim, quando a gente conversa a gente sabe que existe, mas assim... Vigilância Ambiental...Vigilância Sanitária, sabe aquela coisa, o que que cada um faz, especificamente, eu não sei. (P6)*

*Sempre que fala de Vigilância parece que eu lembro só de um colete, aquele bonezinho “- Pare o que você está fazendo!” [...]. (P5)*

*É mesmo, Vigilância a gente só fala [em] fechar o lugar [...]. (P6)*

### **Ações Propostas**

As questões norteadoras incitaram os participantes a refletirem sobre as ações para intervenção na situação-problema. Quando questionados sobre as ações que proporião no âmbito de suas equipes, bem como outras demandas relacionadas à VS, as propostas se concentraram em capacitações da equipe da ESF em VS:

*Garantir, qualificar a equipe para atender e identificar os casos suspeitos e atender de forma correta: fazer todo o protocolo de atendimento, de investigação dos casos. A equipe tem que estar capacitada para isso. (P1)*

E maior integração dos agentes de endemias com a equipe da ESF:

*Atuação em conjunto dos agentes de endemias com as ACSs [agentes comunitárias de saúde]. (P5)*

*Eu falaria com minhas agentes de endemias, porque aí a impressão que passa é que as agentes de endemias têm uma representante que dá andamento. Aí eu imagino que esse andamento é Vigilância Ambiental, de repente, ou sanitária. (P7)*

Os médicos foram estimulados a relatarem quais outras instituições procurariam para a resolução das questões apresentadas na situação-problema. O trabalho infantil motivou de forma mais emblemática a discussão:

*Questão também do trabalho infantil. Poderia ter uma ação em conjunto aí com programas como o Programas de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI), porque também*

*as crianças estão sendo expostas à tóxicos, que estão sendo utilizados nesses desinfetantes e, possivelmente, um deles intoxicou [...]. (P5)*

*Essa questão do trabalho infantil, ela não está dentro dessa Saúde do Trabalhador não, né? É do PETI[...]. (P6)*

*Até do Conselho Tutelar, como medidas de proteção[...]. (P1)*

Propostas relacionadas às instituições da proteção sócio assistencial também foram aventadas:

*Talvez através do CRAS né? não sei...[...]. (P6)*

*Mas eu acho que vale entrar um pouco de assistência social também na questão do trabalho infantil. Acho que vai um pouco também para esse âmbito, não ficar só dentro da Saúde do Trabalhador...[...]. (P3)*

O desenvolvimento de organizações sociais, particularmente cooperativas, foi sugerido como medida de fortalecimento social:

*Até na melhoria desse arranjo que, por hora, é informal de trabalho [...] tentar ajudá-los, não tirar isso deles, já que é algo que talvez eles tenham habilidade. Mas tentar estruturar [...], ter um local melhor para armazenamento, [...] associação de bairro, que às vezes tem alguma estrutura física, às vezes pode auxiliar nesse sentido [...]. (P3)*

*Eu acho que a Saúde do Trabalhador pode atuar. Se são vários catadores de reciclável, eles podem pensar em formar cooperativas, fortalecer, capacitar para armazenar de maneira adequada [...]. (P2)*

## **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 VIGIAM/VIGEP no controle de vetores, em especial com as Unidades de Vigilância de Zoonoses (UVZs), bem como a vigilância das condições sanitárias no interior dos domicílios, prevenindo problemas gerados por acumuladores compulsivos, condições irregulares de água e esgoto, entre outras questões relacionadas à VIGIAM. Quanto à VISAT/VIGIAM, era particularmente importante registrar as atividades produtivas existentes na área (trabalho formal e informal), bem como os perigos e os riscos potenciais para a saúde dos trabalhadores, da população e do meio ambiente.

Esperava-se que os participantes aventassem sobre a VISA e a proibição da produção

de saneantes de forma caseira. Esta produção traz riscos para os fabricantes e para aos consumidores, mas em geral a VISA não tem acesso a estas situações domésticas, mas cabe a ESF notificar os casos que ocorrem em suas áreas adscritas à vigilância. Além disso, ocorreu uma situação típica de trabalho infantil. Em geral, o Ministério Público do Trabalho fiscaliza esta situação, mas a VISAT tem o papel de fazer a vigilância, inclusive com notificação e proposição de ações intersetoriais. Neste caso, novamente a ESF possui acesso privilegiado, pois está inserida no âmbito da comunidade. As interfaces entre a VISA e VISAT poderiam ser exploradas em relação à intoxicação exógena, o caso também se enquadrava como acidente de trabalho grave, por ter ocorrido com adolescente e ambos os agravos deveriam ser investigados e notificados.

Além das questões específicas da situação-problema, foram debatidos, a partir da experiência dos participantes, outros aspectos sobre as três áreas da VS abordadas no estudo. De forma geral, houve pouca familiaridade em relação à VIGIAM, inclusive desconhecimento da existência da área e denominação errônea. Isto já era esperado, tendo em vista que a VIGIAM foi recentemente incorporada na saúde pública brasileira e o seu objeto de trabalho e as especificidades de suas ações ainda são desconhecidos pela grande maioria da população, inclusive entre profissionais de saúde (Barcelos; Quitério, 2006). Somente na década de 1990 que a intenção de intervir nos fatores ambientais no âmbito da saúde pública ganhou força, por meio da lei nº 8080. Posteriormente, houve o advento da Política Nacional de Saúde Ambiental, em 1998, a criação do Sistema Nacional de Vigilância Ambiental em Saúde (Sinvas), em 2000, e a definição das competências entre os entes federativos por meio da Instrução Normativa Funasa nº 01/2001 (Oliveira; Cruz, 2015).

A VIGIAM tem assumido diferentes configurações nos estados e municípios, podendo estar ligada à VIGEP, VISA ou constituir-se em um departamento autônomo ((Barcelos; Quitério, 2006). As atribuições da VIGIAM também diferem muito de um local para outro. Na maioria dos municípios brasileiros, os serviços prestados estão muito aquém daqueles preconizados, principalmente àqueles relacionados aos fatores não biológicos como a água, o ar, contaminantes químicos, desastres naturais e fatores físicos (Limongi et al, 2017). Na prática, apenas o subprograma da água (Vigiagua) se encontra consolidado de forma mais plena (Bezerra, 2017).

A necessidade de uma equipe multidisciplinar, capaz de atuar na interface de diferentes setores, além da falta padronização das atividades têm sido os grandes obstáculos para a efetivação da VIGIAM nos estados e municípios (Barcelos; Quitério, 2006; Bezerra,

2017). Além disso, esta vigilância talvez seja a que mais necessite de estrutura (equipamentos de campo, laboratórios), sejam eles exclusivos ou compartilhados com outros setores (Bezerra, 2017; Limongi et al, 2017).

Na situação-problema as condições de saneamento básico irregulares foram associadas à VIGIAM. Existe uma relação histórica no Brasil entre saúde e meio ambiente, representada emblematicamente por ações de saneamento. O fornecimento de água em quantidade e qualidade apropriada, o esgotamento, a drenagem urbana e a coleta de resíduos sólidos têm relação direta com saúde e o surgimento de doenças infecciosas e parasitárias e, por isso, a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico estão incluídas no campo de atuação do SUS (Barcelos; Quitério, 2006; Brasil, 1990). No entanto, existe uma grande diversidade de órgãos federais, estaduais e municipais, além de autarquias e empresas privadas responsáveis em gerir estes setores, e a participação do setor saúde acaba por ser incipiente (Barcelos; Quitério, 2006). A VIGIAM pode desempenhar papel de destaque em relação ao saneamento, porém carece de maior estruturação, padronização da área e capacidade de capilaridade e integração com outros setores.

A presença de vetores, reservatórios, animais peçonhentos e doenças infecciosas também foram associadas pelos participantes à VIGIAM. De fato, se considerarmos a definição da VIGIAM na Política Nacional de Vigilância em Saúde e na produção acadêmica, a vigilância de vetores, reservatórios, animais peçonhentos e doenças zoonóticas são atribuições da VIGIAM (Barcelos; Quitério, 2006; Brasil, 2018a; Limongi et al, 2017; Oliveira; Cruz, 2015). Porém, na prática esta é outra questão ainda sem consenso. A vigilância e o controle das doenças zoonóticas, realizada primordialmente pelas UVZs, está vinculada ao Departamento de VIGEP no Ministério da Saúde, enquanto em muitos estados e municípios as UVZs ou simplesmente as atividades isoladas de controle de zoonoses estão no âmbito da VIGIAM. É sabido, também, que na maioria dos municípios brasileiros, principalmente aqueles de pequeno porte, não existem equipes exclusivas de cada área da VS e as ações são executadas sem uma definição clara de qual área específica esteja vinculada (Limongi et al, 2017).

A VISA foi lembrada apenas como um setor fiscalizador, tendo por base a situação-problema e a produção de saneantes de forma irregular. Esta compreensão dos participantes encontra ressonância na trajetória das ações de vigilância sanitária que sempre tiveram cunho normativo. Apenas a partir da década de 1970 o escopo de atuação baseado na ‘fiscalização’

foi sendo substituído para ‘vigilância’, reduzindo o caráter punitivo da área (Costa; Fernandes; Pimenta, 2008; Oliveira; Cruz, 2015). No entanto, apesar das atribuições terem sido modificadas ao longo dos anos, com uma conotação voltada para promoção, prevenção e proteção à saúde, predomina na comunidade uma visão limitada da VISA como setor responsável por “interditar”, “fechar” ou “multar” estabelecimentos que estejam direta ou indiretamente relacionadas à saúde (Costa; Fernandes; Pimenta, 2008; Silva; Costa; Lucchese, 2018).

O objetivo da VISA é eliminar, diminuir e prevenir riscos à saúde advindos da produção e ao uso de produtos e serviços de interesse à saúde e para isso possui poder de polícia, de natureza administrativa (Silva; Costa; Lucchese, 2018). Dentre as atribuições da VISA, a verificação de licença sanitária para a produção e comércio de produtos; a certificação de boas práticas de produção; monitoramento da qualidade de produtos; a fiscalização do cumprimento das normas e a vigilância de eventos adversos relacionados a esses produtos se enquadram bem na situação-problema proposta. A VISA deve zelar da segurança sanitária da população, inclusive no âmbito das residências e de acordo com as realidades e riscos de cada território, mas estes constituem um dos grandes desafios da área, que já possui um campo de atuação extenso, falta de pessoal em quantidade e qualidade e falta de acesso aos locais de ocorrência dos riscos (Silva; Costa; Lucchese, 2018).

Neste sentido, o Plano Diretor de Vigilância Sanitária, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), estabeleceu como diretrizes: a “Promoção de espaços compartilhados de atuação dos setores envolvidos na produção de saúde, fortalecendo 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.”; a “Promoção de ações que contribuam para elevar a consciência sanitária da sociedade, na percepção do risco sanitário e na compreensão do funcionamento do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.....”; “que priorizam ações educativas para difundir a VISA, conscientização de consumo de produtos; Sensibilização e qualificação dos trabalhadores de saúde, para atuação junto à comunidade, fortalecendo a compreensão, a mobilização e a informação em Vigilância Sanitária” entre outras ações (Brasil, 2007, p. 49).

Estas diretrizes têm como “lugar natural” para serem eficientemente concretizadas na AB. Profissionais das equipes de ESF possuem acesso privilegiado às condições de risco como a produção de saneantes caseiros ou a utilização de medicamentos de forma irregular.



Estas são atividades que podem ser facilmente verificadas e trabalhadas no âmbito das visitas domiciliares e nos atendimentos das unidades básicas de saúde (Brasil, 2018b). Mas para isso, as equipes de AB devem se apropriar do conhecimento e de suas responsabilidades em relação à VISA e às demais áreas da VS, cientes da necessidade de atuação intra e intersetorial.

A VISAT foi a área da vigilância de menor familiaridade entre os médicos. De forma geral, não foi expresso em um primeiro momento qualquer conhecimento relacionado à VISAT. Posteriormente, foram relatadas atividades relacionadas à Medicina do Trabalho e a Saúde Ocupacional em detrimento das ações de Saúde do Trabalhador propriamente ditas. Este desconhecimento já foi relatado em outros estudos, que demonstraram, também, que os municípios de pequeno porte possuem estruturas precárias dessa vigilância (Limongi et al, 2017; Recktenwald; Junges, 2017).

A VISAT só foi organizada de forma descentralizada e regionalizada no ano de 2002 e sua gestão transferida para a Secretaria de Vigilância em Saúde, em 2007 (Guimarães et al., 2017). Durante este período, foram criados os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CERESTs), serviços responsáveis por ações de assistência e prevenção, incluindo a vigilância e a intervenção nos locais de trabalho, com interlocução com os trabalhadores (Santos; Lacaz, 2012). Apesar de serem órgãos com autonomia para ações regionais, em geral atuam apenas nos municípios sede e com pouca inserção na AB. Contudo, se considerarmos o crescimento do mercado informal, do trabalho familiar e domiciliar, torna-se imperativo a inserção da VISAT na rede básica de saúde, que possui acesso privilegiado a estes ambientes (Amorim et al., 2017; Santos; Lacaz, 2012).

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, publicada em 2012, reforçou a importância do cuidado dos trabalhadores na AB, responsável por garantir a integralidade das ações com base nas necessidades específicas da população trabalhadora no seu território, inclusive em relação àqueles desempregados, em atividades informais, precárias ou expostos a atividades perigosas para a saúde, como exemplificado na situação-problema proposta (Amorim et al., 2017; Brasil, 2012). A experiência de integração da VISAT com a AB por meio do apoio matricial, conforme experimentado em Amparo - São Paulo, pode ser uma alternativa interessante (Santos; Lacaz, 2012).

De forma geral, houve pouca familiaridade e desconhecimento sobre a VS. Antes de se pensar em operacionalização de ações intersetoriais e integrais entre VS e AB, é necessário o conhecimento mútuo entre as áreas, sobre os seus escopos de atuação

específicos e a proatividade dos setores para atuarem de forma integrada. O conhecimento insuficiente sobre VS entre profissionais da AB já foi relatado em outro estudo (Pinto, Pereira, Limongi, 2017). Além disso, é necessário reconhecer que a iniciativa de integração da AB e VS deve ser operacionalizada nos estados e municípios, considerando as especificidades locais (Silva et al., 2020).

Foram propostas ações no âmbito das equipes de AB para melhorar a interação com a VS. Propostas de capacitação das equipes em VS e a maior integração destas com agentes de controle de endemias (ACE) foram as mais evidentes. No entanto, a ideia de capacitação no sentido de treinamentos pontuais e sem contexto deve ser superada. A EPS pode ser o caminho mais eficiente para fortalecer o trabalho de equipes multiprofissionais desde que contribua com a criação de espaços críticos e reflexivos e com aprendizagem significativa por meio de metodologias ativas (Guimarães; Corvino, 2016; Pinto, Pereira, Limongi, 2017).

A incorporação do ACE nas equipes de ESF foi concretizada por meio da Portaria nº 1.007/GM de 2010 do Ministério da Saúde (Brasil, 2010). Exemplos exitosos dessa integração já existiam mesmo antes da regulamentação, porém, a falta de detalhamento dos fluxos de trabalho, do processo de integração e de avaliação periódica tem prejudicado o êxito da proposta (Ladislau, 2007; Noronha; Penna, 2007; Pessoa et al., 2016). A inserção do ACE, sem a devida receptividade da equipe, e sem propostas bem definidas para o trabalho no território adscrito, somente inclui “um estranho no ninho”, causando desconforto para os envolvidos.

Todas as ações intersetoriais propostas pelos médicos foram relacionadas à VISAT. Foram citados programas e instituições relacionadas ao trabalho infantil, à proteção socioassistencial e organizações sociais (cooperativas). O Ministério da Saúde, por meio do Cadernos de Atenção Básica nº 41 – Saúde do Trabalhador e Trabalhadora realizou o mais recente esforço para se conseguir o protagonismo da AB em relação às ações de saúde do trabalhador, oferecendo todas as diretrizes para a efetivação das ações (Brasil, 2018c). A cooperação do Conselho Tutelar da Criança e Adolescente, bem como o encaminhamento das famílias ao PETI são preconizadas nesta publicação e assertivamente foram citadas pelos participantes do estudo, assim como a articulação com os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) e cooperativas (Brasil, 2018c). As equipes de ESF têm grande experiência em articulações com outras instituições que atuam nos seus territórios e este tipo de conduta pode auxiliar sobremaneira na integralidade das ações de saúde do trabalhador, que possuem caráter transversal.

## CONCLUSÕES

No Brasil, há cerca de duas décadas a gestão federal e, por vezes, as estaduais têm apontado a necessidade de garantir a integração das duas áreas complementares: VS e AB. Contudo, 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.

O estudo empreendido permitiu explorar os conhecimentos de médicos de ESF sobre a VS. A falta de familiaridade sobre a VS evidencia que a educação permanente em saúde é uma estratégia fundamental para o avanço deste processo. Por fim, 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.

## REFERÊNCIAS

- AMORIM, L. A. et al. Vigilância em Saúde do Trabalhador na Atenção Básica: aprendizagens com as equipes de Saúde da Família de João Pessoa, Paraíba, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, p. 3403–3413, 2017.
- BARBOUR, R. Grupos focais. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- BARCELLOS, C., QUITÉRIO, L. A. D. Vigilância ambiental em saúde e sua implantação no Sistema Único de Saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 170-177, 2006.
- BEZERRA, A. C. V. Vigilância em saúde ambiental no Brasil: heranças e desafios. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 26, n. 4, p. 1044-1057, 2017.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Plano diretor de vigilância sanitária/ Agência Nacional de Vigilância Sanitária. 1a ed. – Brasília, DF: ANVISA; 2007.
- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*.

Brasília, DF, 20 set. 1990, p. 18055.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de 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 República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 13 ago. 2018a. Seção 1, p. 87.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia Política Nacional de Atenção Básica – Módulo 1: Integração Atenção Básica e Vigilância em Saúde [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde do trabalhador e da trabalhadora [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Cadernos de Atenção Básica, n. 41. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.007, 4 maio. 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 República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 05 mai. 2010. Seção 1, p. 36.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 24 ago. 2012. Seção 1, p. 46-51.

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 República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 22 set. 2017. Seção 1, p. 68.

COSTA, E. A.; FERNANDES, T. M.; PIMENTA, T. S. A vigilância sanitária nas políticas de saúde no Brasil e a construção da identidade de seus trabalhadores (1976-1999). *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 995–1004, 2008.

FRANCO NETTO, G. et al. Vigilância em Saúde brasileira: reflexões e contribuição ao debate da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, p. 3137–3148, 2017.

GIGANTE, R. L.; CAMPOS, G. W. S. Política de formação e educação permanente em saúde no Brasil: bases legais e referências teóricas. *Trabalho Educação e Saúde*, Rio de

Janeiro, v. 1, n. 3, p. 747–763, 2016.

GRANEHEIM, U. H.; LUNDMAN, B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, Edinburgh, v. 24, n.2, p. 105–112, 2004.

GUIMARÃES, I. F.; CORVINO, M. P. F. Estratégias de educação permanente em saúde na percepção dos profissionais de Vigilância Sanitária. *Vigilância Sanitária em Debate*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 58-63, 2016.

GUIMARÃES, R. M. et al. Os desafios para a formulação, implantação e implementação da Política Nacional de Vigilância em Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1407–1416, 2017.

LADISLAU, J. L. B. Agentes comunitários de Saúde para combater a malária no norte do país. *Revista Brasileira Saúde da Família*. Brasília, Ano VIII, n. 16, p. :46-49, 2007.

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.

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 15a ed. São Paulo: Hucitec/Rio de Janeiro: Abrasco, 2017.

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, Ano VIII, n. 16, p. 4-9, 2007.

OLIVEIRA, C. M.; CRUZ, M. M. Sistema de Vigilância em Saúde no Brasil: avanços e desafios. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 255–267, 2015.

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*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 8, p. 2329–2338, 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 and Biological Sciences*, Fortaleza, v. 5, n. 1, p. 37-43, 2017.

RECKTENWALDT, M.; JUNGES, J. R. A organização e a prática da Vigilância em Saúde em municípios de pequeno porte. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 367-381, 2017.

SANTOS, A. P. L.; LACAZ, F. A. C. Apoio matricial em saúde do trabalhador: tecendo redes na atenção básica do SUS, o caso de Amparo/SP. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de

Janeiro, v. 17, n. 5, p. 1143–1150, 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. No prelo 2020.

SILVA, J. A. A.; COSTA, E. A.; LUCCHESI, G. SUS 30 anos: Vigilância Sanitária. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1953–1961, 2018