

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA
FAMÍLIA

ADRIANA LUCIA SILVA DE QUEIROZ

Integração da Vigilância em Saúde e da Atenção Primária à Saúde no
Brasil: uma revisão de escopo

UBERLÂNDIA- MG

2023

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA
FAMÍLIA

ADRIANA LUCIA SILVA DE QUEIROZ

Integração da Vigilância em Saúde e da Atenção Primária à Saúde no
Brasil: uma revisão de escopo

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, atendendo ao requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientador: Prof. Dr. Jean Ezequiel Limongi

Coorientadora: Prof. Dra. Tânia Maria da Silva Mendonça

Linha de pesquisa: Vigilância em Saúde

UBERLÂNDIA- MG

2023

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da UFU, MG, Brasil.

Q3i
2023

Queiroz, Adriana Lucia Silva de, 1977-
Integração da vigilância em saúde e da atenção primária à saúde no
Brasil [recurso eletrônico] :uma revisão de escopo / Adriana Lucia Silva
de Queiroz. - 2023.

Orientador: Jean Ezequiel Limongi.
Coorientadora: Tânia Maria da SilvaMendonça.
Dissertação (Mestrado Profissional) - Universidade Federal de
Uberlândia, Programa de Pós-graduação em Saúde da Família.
Modo de acesso: Internet.
Disponível em: <http://doi.org/10.14393/ufu.di.2023.8002>
Inclui bibliografia.

I. Família - Saúde e higiene. I. Limongi, Jean Ezequiel, 1978-,
(Orient.). II. Mendonça, Tânia Maria da Silva, 1962-, (Coorient.). III.
Universidade Federal de Uberlândia. Programa de Pós-graduação em
Saúde da Família. IV. Título.

CDU: 613.9



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família
Av. Pará, 1720, Bloco 2U, Sala 08 - Bairro Umarama, Uberlândia-MG, CEP 38400-902
Telefone: - www.famed.ufu.br - ppsaf@famed.ufu.br



ATA DE DEFESA - PÓS-GRADUAÇÃO

Programa de Pós-Graduação em:	Saúde da Família				
Defesa de:	Dissertação de Mestrado Profissional nº 003/2023 do PPGSAF				
Data:	06 de fevereiro de 2023	Hora de início:	14:00	Hora de encerramento:	15:40
Matrícula do Discente:	12012PSF001				
Nome do Discente:	Adriana Lucia Silva de Queiroz				
Título do Trabalho:	Integração da Vigilância em Saúde e da Atenção Primária à Saúde no Brasil: uma revisão de escopo				
Área de concentração:	Saúde da Família				
Linha de pesquisa:	Vigilância em Saúde				
Projeto de Pesquisa de vinculação:	Elaboração e validação de uma matriz de competências em Vigilância em Saúde para profissionais da Atenção Básica				

Reuniu-se na sala virtual do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Faculdade de Medicina, da Universidade Federal de Uberlândia, na Plataforma *Webconferência - MConf/RNP*, em conformidade com a Portaria nº 36, de 19 de março de 2020, da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES, a Banca Examinadora, designada pelo Colegiado do Programa de Pós-graduação em Saúde da Família, assim composta: Professores Doutores: Boscolli Barbosa Pereira - IG/UFU, Liliana Santos - Instituto de Saúde Coletiva/UFBA e Jean Ezequiel Limongi - IG/UFU, orientador da candidata.

Iniciando os trabalhos, o presidente da mesa, Prof. Dr. Jean Ezequiel Limongi, apresentou a Comissão Examinadora e a candidata, agradeceu a presença do público, e concedeu à Discente a palavra para a exposição do seu trabalho. A duração da apresentação da Discente e o tempo de arguição e resposta foram conforme as normas do Programa.

A seguir o senhor(a) presidente concedeu a palavra, pela ordem sucessivamente, aos(às) examinadores(as), que passaram a arguir o(a) candidato(a). Ultimada a arguição, que se desenvolveu dentro dos termos regimentais, a Banca, em sessão secreta, atribuiu o resultado final, considerando o(a) candidato(a):

Aprovada

Esta defesa faz parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre.

O competente diploma será expedido após cumprimento dos demais requisitos, conforme as normas do Programa, a legislação pertinente e a regulamentação interna da UFU.

Nada mais havendo a tratar foram encerrados os trabalhos. Foi lavrada a presente ata que após lida e achada conforme foi assinada pela Banca Examinadora.



Documento assinado eletronicamente por **Jean Ezequiel Limongi, Professor(a) do Magistério Superior**, em 06/02/2023, às 15:41, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Boscolli Barbosa Pereira, Membro de Comissão**, em 06/02/2023, às 15:41, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Liliana Santos, Usuário Externo**, em 09/02/2023, às 12:52, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://www.sei.ufu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **4242889** e o código CRC **A5373BC5**.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por sempre colocar em meu caminho as pessoas certas. Pessoas acessíveis, iluminadas e do bem, as quais não poderia deixar de agradecer aqui.

Começo pelo prof. Dr. Jean Ezequiel Limongi, por ter me escolhido como sua orientanda e me confiado a oportunidade de participar deste projeto imenso. Por sua sabedoria, paciência e sobretudo pela grande atenção dispensada ao longo de todo percurso, meu muito obrigada.

A prof. Dra. Tânia Maria da Silva Mendonça, por ter aceitado o desafio de ser coorientadora deste projeto, pelo apoio, conhecimentos compartilhados e por estar sempre presente indicando a direção correta.

A prof. Dra. Rosimár Alves Querino, pela inspiração e capacidade de fomentar uma boa reflexão comprometida com a transformação social.

A prof. Dra. Paula Arbex e equipe, pela graciosidade e paciente trabalho de revisão, e por me conceder a oportunidade de aprender um pouco mais sobre a nossa língua portuguesa.

Gratidão pela participação da aluna do curso de Saúde Coletiva, Izabela Lima Perissato, nosso braço direito, cuja dedicação e prontidão foram essenciais nesta construção.

Agradeço ainda a contribuição de Marjory Cristina Donato, por nos ensinar e mostrar o caminho mais fácil da arte da pesquisa bibliográfica.

Por último, mas não menos importante ao meu esposo Délio e aos meus filhos Augusto, Pedro Gabriel e Gustavo, por serem estrelas que iluminam meu caminhar.

Minha gratidão a todos e todas vocês!

RESUMO

O Sistema Único de Saúde (SUS) visa garantir à população pleno acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de atenção. No entanto, para que o SUS alcance seu propósito de ser um sistema de saúde unificado, integrado e universal, alguns desafios ainda precisam ser superados. Dentre esses se destaca a baixa inserção das ações de Vigilância em Saúde (VS) na Atenção Primária à Saúde (APS). A APS é considerada a porta de entrada dos usuários no sistema de saúde brasileiro e a proximidade com a população contribui para que as equipes de Saúde da Família (eSF) conheçam a situação de saúde de seu território de atuação, permitindo a identificação dos problemas e seus determinantes *in loco*, o que amplia a capacidade de intervenção nos agravos à saúde da população. A VS consiste em um conjunto de 04 áreas que se complementam, quais sejam: Vigilância em Saúde Ambiental (VSA), Vigilância em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (VISAT), Vigilância Epidemiológica (VIGEP) e Vigilância Sanitária (VISA), e, como a APS, também visa o atendimento integral à saúde. Para que a integração da APS e VS ocorra, é necessário avaliar quais as competências sobre VS são de domínio dos profissionais da APS e quais ainda são incipientes, para que gestores e profissionais de saúde tenham um ponto de partida. Este estudo constitui-se na primeira etapa da pesquisa *Elaboração e validação de uma matriz de competências em Vigilância em Saúde para profissionais da Atenção Básica* e tem como objetivo realizar uma revisão de escopo para identificar a literatura sobre a integração da APS e VS no Brasil e descrever sistematicamente quais ações estão sendo propostas ou realizadas. Inicialmente o protocolo da revisão de escopo foi publicado no *Open Science Framework*. Foi utilizado a metodologia do Instituto *Joanna Briggs* e do PRISMA-ScR para revisões de escopo. Foram incluídas publicações com abordagem quantitativa, qualitativa ou mista, publicadas nos idiomas inglês, espanhol ou português, em fontes indexadas ou na “literatura cinzenta”, disponíveis no formato online. Estratégias de busca foram realizadas em oito bases de dados bibliográficas, na biblioteca digital brasileira de teses e dissertações, no diário oficial, google e google acadêmico e ainda utilizado a técnica de bola de neve. Foram identificadas e analisadas 12.933 publicações, e incluídas 134 publicações na síntese qualitativa. As fontes de evidência revisadas foram divididas em quatro categorias: (i) Ações de VS e profissionais envolvidos; (ii) Educação em Saúde e Educação na Saúde; (iii) Planejamento e gestão e (iv) Indicadores de Saúde. Cinco ações para o processo de integração da VS e APS foram recomendadas: (i) rearranjo institucional dos serviços de saúde para gestão compartilhada da VS e APS; (ii) participação social nas decisões do território integrado; (iii) presença de núcleos de VS nas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), constituídos por profissionais da VS ou da APS; (iv) interlocução constante entre as áreas, inclusive com educação permanente em saúde; e (v) monitorização de indicadores de forma compartilhada entre VS e APS, com avaliação permanente. Considerando a descentralização do sistema de saúde brasileiro, espera-se com essas recomendações o protagonismo dos serviços municipais de saúde para que ocorra a efetivação da integração da VS e a APS no Brasil.

Palavras-chave: Atenção Primária em Saúde. Vigilância em Saúde. Integração dos serviços de saúde.

ABSTRACT

The Unified Health System (UHS) aims to guarantee the population full access to health services at all levels of care. However, for UHS to achieve its purpose of being a unified, integrated and universal health system, some challenges still need to be overcome. Among these, the low insertion of Health Surveillance (HS) actions stands out in Primary Health Care (PHC). PHC is considered the gateway for users to the Brazilian health system, and proximity to the population helps Family Health (eSF) teams to become aware of the health situation in their area of operation, allowing for the identification of problems and its determinants *in loco*, which expands the ability to intervene in the population's health problems. HS consists in one set of 04 areas that complement each other, namely: Environmental Health Surveillance (EHS), Occupational Health Surveillance (OHS), Epidemiological Surveillance (ES) and Sanitary Surveillance (SS), and how PHC also aims to provide integral to health. For the integration of PHC and HS to happen, it is necessary to assess which Skills about HS are in the domain of professionals of PHC and which are still incipient, so that managers and health professionals have a starting point. This study constitutes the first stage of the research *Elaboration and validation of a competency matrix in Health Surveillance for Primary Care professionals* and aims to carry out a scope review, to identify the literature on the integration of PHC and HS in Brazil and systematically describe what actions are being proposed or carried out. Initially the scoping review protocol was published in the *Open Science Framework*. The *Joanna Briggs* Institute and PRISMA-ScR methodology was used for scoping reviews. Publications with a quantitative, qualitative or mixed approach, published in English, Spanish or Portuguese, in indexed sources or in the “gray literature”, available in online format, were included. Search strategies were carried out in eight bibliographic databases, in the Brazilian digital library of theses and dissertations, in the official journal, google and google academic and even used the snowball technique. 12,933 publications were identified and analyzed, and 134 publications were included in the qualitative synthesis. The reviewed sources of evidence were divided into four categories: (i) HS actions and professionals involved; (ii) Health Education and Public Health Professional; (iii) Planning and management and (iv) Health Indicators. Five actions for the HS and PHC integration process were recommended: (i) institutional rearrangement of health services for shared management of HS and PHC; (ii) social participation in the decisions of the integrated territory; (iii) presence of HS nuclei in the Primary Health Care Units, made up of HS or PHC professionals; (iv) constant dialogue between the areas, including permanent education in health; and (v) shared monitoring of indicators between HS and PHC, with permanent evaluation. Considering the decentralization of the Brazilian health system, with these recommendations, it is expected that municipal health services will play a leading role in order for the integration of HS and PHC to take place in Brazil.

Keywords: Primary Health Care. Health Surveillance. Integration of health services.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIACÕES

ACS- Agente Comunitário de Saúde

AIS- Ações Integradas de Saúde

ANVISA- Agência Nacional de Vigilância Sanitária

APS - Atenção Primária em Saúde

CNES- Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde

CNS- Conselho Nacional de Saúde

eNASF-AP- equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Primária

eSB- equipe de Saúde Bucal

eSF- equipe de Saúde da Família

ESF- Estratégia Saúde da Família

PNAB- Política Nacional de Atenção Básica

PNI- Política Nacional de Imunização

PNVS- Política Nacional de Vigilância em Saúde

PSF- Programa Saúde da Família

QVRS- Qualidade de Vida Relacionada a Saúde

SUDS- Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS- Sistema Único de Saúde

UBS- Unidade Básica de Saúde

VIGEP- Vigilância Epidemiológica

VISAT- Vigilância em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora

VS- Vigilância em Saúde

VSA- Vigilância em Saúde Ambiental

LISTA DE FIGURAS, TABELAS E QUADROS DO ARTIGO

Figura 1. Fluxograma PRISMA do processo de identificação, seleção e inclusão das publicações.

Figura 2. Gráfico de bolhas com o quantitativo de publicações sobre Vigilância em Saúde e Atenção Primária à Saúde, por triênio e área específica.

Figura 3. Recomendações chave para a integração dos serviços de Atenção Primária à Saúde e a Vigilância em Saúde no Brasil.

Tabela 1. Mapeamento dos tópicos relacionados à integração da VS e APS, por área da vigilância em saúde, 2001-2022.

Quadro 1. Estratégias de busca nas bases de dados e número de resultados.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. CAPÍTULO I: Atenção Primária a Saúde e Vigilância em Saúde	13
2.1 Integração entre APS e VS: desafio para a saúde pública.....	13
2.2 O papel estruturante da APS no SUS	14
2.3 Vigilância em Saúde.....	18
3. CAPÍTULO II – Artigo: Integração da Vigilância em Saúde e da Atenção Primária à Saúde no Brasil: uma revisão de escopo	22
3.1 Resumo.....	22
3.2 Introdução	22
3.3 Metodologia	23
3.4 Resultados	25
3.5 Discussão.....	28
3.6 Referências	33
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS DA DISSERTAÇÃO.....	58

1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) estabeleceu uma forte relação entre o Estado e a sociedade, com o objetivo de garantir à população pleno acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de atenção (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013). Um novo modelo de atenção, voltado para as necessidades específicas de cada comunidade, emergiu na saúde pública brasileira, com grande destaque para a Atenção Primária à Saúde (APS). A APS 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. Estas ações devem ser executadas de modo integrado, por equipe multiprofissional que possui responsabilidade sanitária por uma população de um território definido (BRASIL, 2017a). Neste propósito, a Estratégia Saúde da Família (ESF) tornou-se a principal âncora da APS. A proximidade com a população contribui para que as equipes de Saúde da Família (eSF) conheçam a situação de saúde de sua área de abrangência, permitindo a identificação dos problemas e seus determinantes *in loco*, o que amplia a capacidade de intervenção nos agravos à saúde da população (MACINKO; MENDONÇA (2018).

Em paralelo, um outro importante pilar da saúde pública brasileira ganhou destaque nas últimas décadas, a Vigilância em Saúde (VS), que consiste em um conjunto de diferentes áreas que se complementam, visando o atendimento integral à saúde. À VS cabe o importante papel de analisar a situação de saúde da população, contolar riscos e danos individuais e coletivos, constituindo-se num eixo reestruturante da atuação em saúde (BRASIL, 2017b)

No contexto atual, a VS está estruturada em 04 áreas específicas, quais sejam: Vigilância em Saúde Ambiental (VSA), Vigilância em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (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 (SILVA et al, 2020). 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). 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, 2018).

É de grande importância que os profissionais de saúde, sobretudo aqueles da APS, compreendam e executem ações de VS, visto que de acordo com Limongi; Menezes e Menezes (2008), a ESF compreende um espaço ideal para o desenvolvimento de ações de VS. Neste sentido, é imperativo que os profissionais de saúde possuam e/ou desenvolvam competências específicas nesta área.

Para que a integração da APS e VS ocorra, como ponto de partida, é necessário avaliar quais as competências sobre VS são de domínio dos profissionais da APS e quais ainda são incipientes. A partir da análise destas lacunas, é possível planejar estratégias de educação permanente em saúde mais efetivas e direcionadas para este público-alvo e com isso operacionalizar no território as ações integradas. No entanto, ainda não existe na literatura uma matriz de competências essenciais sobre VS as quais os profissionais de saúde devem possuir. A elaboração e validação de uma matriz de competências essenciais sobre VS, seguindo todos os preceitos recomendados na literatura, irá contribuir sobremaneira em processos de educação permanente e avaliação de competências sobre esta área entre profissionais de saúde da APS, permitindo a sua utilização em todo território brasileiro de forma segura e confiável.

Segundo a literatura internacional, o primeiro passo metodológico para a elaboração de instrumentos de medidas de saúde é a realização de uma extensa revisão sistemática ou revisão de escopo, com o intuito de fornecer uma sólida base teórica para o instrumento, que será fundamentado no conhecimento acumulado já existente (Boateng et al., 2018; Coluci; Alexandre; Milani, 2015). Uma extensa revisão de escopo foi realizada conforme a metodologia recomendada pelo *Joanna Briggs Institute* e os resultados são mostrados no artigo que compõe esta dissertação. Somado à revisão de escopo, o instrumento também contará com a contribuição de profissionais experientes no assunto, além da experiência da própria equipe de pesquisadores. Esta dissertação constitui-se na primeira etapa da pesquisa *Elaboração e validação de uma matriz de competências em Vigilância em Saúde para profissionais da Atenção Básica*. Esta matriz está sendo desenvolvida para possibilitar a avaliação das competências essenciais sobre VS entre profissionais de diferentes níveis de escolaridade da APS.

2. CAPÍTULO I: Atenção Primária a Saúde e Vigilância em Saúde

2. 1 Integração entre APS e VS: desafio para a saúde pública

A saúde é imprescindível para o desenvolvimento econômico, social e humano de uma sociedade, sendo assim retratada como uma das dimensões responsáveis pela determinação da qualidade de vida de uma população (BEZERRA; SORPRESO, 2016). Neste sentido devemos compreender que o principal objetivo dos sistemas e serviços de saúde deve ser a busca pela melhoria da qualidade de vida relacionada a saúde (QVRS), construída por meio do aumento do bem-estar da população (FRUERY; OUVENEY, 2012; MACINKO; MENDONÇA, 2018).

Neste contexto, o bem-estar passa a ser definido como qualquer fator humano, que geralmente se expressa através de sentimentos positivos, como alegria, harmonia, gratidão e que contribui para a qualidade de vida de um indivíduo ou comunidade. Inclui a interação social, o trabalho, o lazer, e ainda dimensões materiais, psicológicas, educacionais, ambientais, de política e segurança (TENGLAND, 2006).

Assim, podemos dizer que a QVRS tem relação com o estado de saúde sobre o bem-estar, que se traduz na capacidade do indivíduo e da população ter suas necessidades sociais atendidas, incluindo aqui as necessidades de saúde (GOMES *et al.*, 2019).

Nesta perspectiva, partindo de um conceito ampliado de saúde, que relaciona o “ter saúde” com as condições de vida da população e não apenas com a ausência de doenças, o modo de fazer saúde se amplia para além da doença, dos doentes, dos modos de transmissão e dos fatores de risco (BATISTELLA, 2007). Esse novo modo de fazer saúde deve estar centrado na identificação das várias necessidades dos indivíduos, famílias e comunidades, e envolver uma equipe multiprofissional para ampliar as possibilidades de respostas (BRASIL, 2011). Somente com um olhar diferenciado por parte dos profissionais que atuam no território é possível compreender as condições em que as pessoas vivem, o que torna a intervenção sobre as condições de saúde e seus determinantes sociais um caminho possível para atender as necessidades de saúde de uma determinada população (OMS, 2011). Neste contexto, atender necessidades de saúde significa tomar como objeto do processo de trabalho as necessidades dos indivíduos das diferentes etnias, gêneros e classes sociais, o que favorece a inclusão de todos na política universal de saúde (CAMPOS; MISHIMA, 2005).

Segundo Camargo Jr (2018), a decisão de quais necessidades devem ser

garantidas pelo Estado, devem ser estabelecidas por meio de debate público com a participação da comunidade, sobre quais necessidades são, ou não, reconhecidas e almejadas pela população. A organização de um sistema de saúde com base nas necessidades identificadas pelos gestores, profissionais de saúde e população, expressa o ponto de vista de uma proteção universal da saúde, sob o pressuposto do bem-estar social (STOTZ, 2004).

A busca pelo bem-estar social permeou a criação do Sistema Único de Saúde-SUS na década de 80, que trouxe a oportunidade de se discutir democraticamente os temas da saúde como direito de cidadania (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008). O SUS por meio de uma nova relação entre Estado e sociedade, busca garantir à população pleno acesso aos serviços de saúde, que devem ser organizados de modo a acolher as necessidades de todos, usuários, gestores e sociedade (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

No entanto, para que o SUS siga firme em seu propósito de ser um sistema de saúde unificado, integrado e universal, mais do que nunca é preciso superar os desafios que ainda batem a sua porta. Dentre esses desafios destacamos a baixa inserção das ações de vigilância em saúde no rol de ações dos serviços de saúde, principalmente na APS (BRASIL, 2010).

2.2 O papel estruturante da APS no SUS

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), define APS como um conjunto de ações individuais, familiares e coletivas, de acesso universal e contínuo que visam o desenvolvimento da atenção integral à saúde (BRASIL, 2017b). Como resultado tem-se a melhoria dos diversos indicadores de saúde, por meio do aumento de práticas preventivas, tratamento e cuidado eficientes, contribuindo para maior satisfação do usuário (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

No contexto do SUS, a APS se destaca como o principal serviço responsável pela entrada do usuário na rede de atenção à saúde, por meio do acolhimento dos indivíduos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), em paralelo à realização do cadastro do território local e da população que nele vive, vinculando cada indivíduo e família a uma equipe de referência denominada equipe de Saúde da Família (eSF) (BRASIL, 2017b). Ainda neste contexto organizacional a APS é responsável pela coordenação do cuidado e ordenação das idas e vindas das pessoas entre os diversos pontos de atenção à saúde (BRASIL, 2010).

Assim, a APS cumpre papel estratégico na rede de atenção do SUS, servindo como

base para o seu ordenamento e efetivação da integralidade, uma vez que possui um espaço privilegiado de gestão do cuidado das pessoas, atuando em território previamente definido, com população adscrita e equipes multiprofissionais, o que possibilita o desenvolvimento de ações de vigilância em saúde assertivas, centradas nos indivíduos, famílias e comunidade (BRASIL, 2017b).

No entanto para a APS cumprir com seu papel estratégico de ser o eixo estruturante do sistema de atenção à saúde e o principal serviço de saúde capaz de fortalecer a VS a nível territorial, deve atender a certos atributos e desempenhar algumas funções que lhes são inerentes (MENDES, 2015). Esses atributos foram definidos e agrupados por Starfield (2002), e vem sendo utilizados como os atributos da qualidade do modelo de atenção a ser ofertado neste nível assistencial (FACCHINI; TOMASI; DILÉLIO, 2018).

Com base nessa definição, podemos conceituar os 04 atributos essenciais dos serviços de APS:

- a) Acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde: implica numa APS como porta de entrada do sistema de saúde, eliminando qualquer barreira de acesso. Significa uma atenção acolhedora dos profissionais da APS a cada nova necessidade do indivíduo, sempre que este precisar de cuidado em caso de adoecimento ou para acompanhamento de rotina em sua UBS (GIOVANELLA; DE MENDONÇA, 2012). A APS como porta de entrada só é legítima quando a população e os próprios profissionais da equipe identifica a UBS e os profissionais que ali atuam, como a primeira solução a ser buscada na incidência de alguma necessidade ou problema de saúde (BRASIL, 2011).
- b) Longitudinalidade: significa a existência de uma fonte continua e de longa duração de oferta de cuidados entre os profissionais e usuários de determinado território (BRASIL, 2020). O ganho se traduz em benefícios relacionados ao vínculo com o profissional ou equipe de saúde e ao manejo clínico adequado dos problemas de saúde da população, o que permite um diagnóstico mais preciso, melhor adesão ao tratamento, ações de prevenção de fácil acesso, menos hospitalizações e custos mais baixos. (STARFIELD, 2002; BRASIL, 2010). Acontece quando a equipe tem a oportunidade de acompanhar os diversos momentos do ciclo de vida dos indivíduos, famílias e comunidade e por intermédio dessa relação, a equipe passa a conhecer as pessoas, suas famílias e laços comunitários, e estes (re) conhecem a equipe de saúde como referência local

(GIOVANELLA; DE MENDONÇA, 2012).

- c) Integralidade: ações que o serviço de saúde deve oferecer para que os usuários recebam atenção integral, tanto do ponto de vista do caráter biopsicossocial do processo saúde-doença como ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação (BRASIL, 2020). A integralidade exige que a APS reconheça as necessidades de saúde da população e os recursos para abordá-las. APS deve prestar, diretamente, todos os serviços para as necessidades comuns e agir como intermediadora do acesso aos outros pontos de atenção quando as necessidades dos indivíduos ultrapassam os seus limites de resolatividade. Dessa forma a integralidade da atenção é um mecanismo importante porque assegura que os serviços sejam ajustados às necessidades de saúde da população (BRASIL, 2010).
- d) Coordenação da atenção: pressupõe alguma forma de continuidade, seja por parte do atendimento pelo mesmo profissional, seja por meio de prontuários clínicos, ou ambos, além do reconhecimento de problemas abordados em outros serviços e a integração deste cuidado no cuidado global do paciente. As equipes da APS devem ser capazes de integrar todo cuidado que o paciente recebe por meio da coordenação entre os serviços. No entanto esse atributo se constitui um desafio para os profissionais e equipes de saúde da APS, pois nem sempre recebem o compartilhamento de informações referentes ao atendimento dos usuários nos diversos pontos de atenção da rede, o que prejudica a continuidade do cuidado na APS. A essência da coordenação é a disponibilidade de informação a respeito dos problemas de saúde e dos meios utilizados para dar continuidade ao cuidado ofertado nos diferentes pontos da rede, independente do ponto de atenção que fez o atendimento (GIOVANELLA; DE MENDONÇA, 2012).

Desses atributos essenciais derivam outros 03, fundamentais para a estruturação e organização da APS na RAS:

- e) Atenção centrada na família (orientação familiar): remete ao conhecimento pela equipe de saúde dos membros da família e dos seus problemas de saúde (BRASIL, 2010). Na avaliação das necessidades individuais que visa uma atenção integral, a equipe de APS deve considerar o contexto familiar e seu potencial de cuidado e, também, de ameaça à saúde, incluindo o uso de ferramentas de abordagem familiar quando necessário (BRASIL, 2020).
- f) Orientação comunitária: reconhecimento por parte das equipes e de seus profissionais,

das necessidades em saúde da comunidade por meio de dados epidemiológicos, da observação do território e do contato direto com a comunidade; sua relação com ela, assim como o planejamento e a avaliação conjunta dos serviços entre pares (BRASIL, 2020).

g) Competência cultural: adaptação e respeito da equipe e profissionais de saúde às características culturais singulares da população adscrita com o objetivo de facilitar o vínculo e a comunicação entre as partes (BRASIL, 2020).

No Brasil, a principal forma de organização da APS está ancorada na Estratégia Saúde da Família (ESF) (PINTO; GIOVANELLA, 2018). Estratégia adotada pelo SUS para expansão, qualificação e consolidação da APS no país, por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de ampliar a resolutividade e impactar na situação de saúde das pessoas e coletividades (BRASIL, 2017b). Sua atuação está voltada para o indivíduo, família e comunidade. Dessa forma, a ESF surge para reorganizar a atenção à saúde, possibilitando o acesso universal e contínuo aos serviços de saúde, reafirmando os princípios do SUS de universalidade, igualdade, descentralização, integralidade e participação da comunidade. O contato entre as equipes de Saúde da Família (eSF) e a população possibilita o conhecimento dos problemas de saúde, contribuindo para maior intervenção nos agravos à saúde da população. Dessa forma, a equipe de saúde estabelece vínculos e compromissos com a população, por meio da promoção de saúde e da participação comunitária. Para Oliveira e Casanova (2009), as necessidades de saúde de uma população devem ser identificadas pela equipe de saúde, a fim de conhecer os sujeitos e seu modo de vida, para elaborar estratégias direcionadas à resolução dos problemas.

Para tal, visando ampliar o leque de ofertas de cuidado e a resolutividade na APS, pode-se somar às eSF, outras modalidades de equipe como a equipe de Saúde Bucal (eSB), e a equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Primária (eNASF-AP) (BRASIL, 2021). Essas equipes somadas passam a contar com profissionais de diferentes campos de saberes e práticas: médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, técnicos de enfermagem, auxiliares de Saúde Bucal, Agentes Comunitários de Saúde, entre outros a depender da necessidade identificada pelos gestores locais. Esses profissionais compõem uma equipe multiprofissional robusta, capaz de atuar num trabalho inter-colaborativo com a VS em busca de um objetivo comum: resolver as principais necessidades de saúde presentes no território de atuação da APS (BRASIL, 2017a).

No entanto para que essas equipes, ainda que compostas por profissionais de diferentes saberes, possam alcançar resultados que atendam às necessidades da população na ótica da integralidade da atenção à saúde, torna-se fundamental estimular nestes profissionais a reflexão sobre o processo de trabalho que resulte na transformação das práticas profissionais, incluindo aqui a prática da VS na APS (BRASIL, 2007).

Assim, os saberes e atuação de diversas áreas são integrados, ampliando e definindo ações voltadas às necessidades dos usuários, possibilitando ao serviço de saúde responder aos problemas da população. Vilasbôas e Teixeira (2007), afirmam que a VS encontra na ESF possibilidades de operacionalização, contribuindo para importantes mudanças no território e na saúde das pessoas. Dessa maneira, é importante que os profissionais pertencentes às eSF tenham conhecimento das diferentes ações relacionadas à VS, de modo a contribuir para a integração e integralização dessas ações.

2.3 Vigilância em Saúde

A Vigilância em Saúde (VS) é um importante modelo assistencial de atenção à saúde, sendo considerada um dos eixos fundamentais da saúde pública atual. Sua estrutura é voltada para ações contínuas e flexíveis direcionadas para o planejamento e realização de políticas públicas, visando a promoção e proteção da saúde, assim como, o controle e a prevenção de doenças, agravos e fatores de risco (FRANCO NETTO *et al.*, 2017).

No Brasil existem relatos de ações sobre VS desde o período colonial, com a formação e expansão das primeiras cidades. Por séculos, as práticas da vigilância foram voltadas para os grandes centros urbanos e não apresentavam organização institucional. As ações eram limitadas e centradas na cura das doenças infecciosas e suas epidemias, principais problemas de saúde da época, além de ações primordiais daquilo que hoje chamamos de vigilância sanitária (LIMONGI, 2021). Somente em 1941, após a realização da I Conferência Nacional de Saúde (CNS), esse cenário passou a ser reestruturado com o objetivo de expandir as práticas de VS visando a implementação e o planejamento dos serviços de saúde para a cobertura total da situação de saúde da população (TEIXEIRA *et al.*, 2018).

Consecutivo a esse processo, a segunda metade do século XX foi marcada pelo planejamento e criação de sistemas, programas e políticas voltados para organização do sistema de saúde brasileiro. Cada implementação com seu órgão executor e organizacional bem definido, assim como suas responsabilidades. Vários marcos históricos emblemáticos levaram à configuração e às práticas de VS atuais, destacam-se

entre eles o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, criado em 1975, à época com um número reduzido de doenças de notificação compulsória e o Programa Nacional de Imunizações (PNI), também criado em 1975, com o objetivo de coordenar as ações de imunização e aumentar sua cobertura.

Ainda neste período, houve a criação da Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária (1976), da Secretaria de Vigilância em Saúde (década de 1990), da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) (1999), a implantação da área técnica de Vigilância em Saúde Ambiental (1999), a organização de forma descentralizada e regionalizada da Vigilância em Saúde do Trabalhador (2002) e, recentemente, a instituição da Política Nacional de Vigilância em Saúde (2018). Em paralelo, é importante destacar as Ações Integradas de Saúde (AIS), criadas em 1984, que tinham por finalidade integrar os diferentes setores de saúde e que culminou em 1987 com a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) que tinha por objetivo consolidar as AIS (TEIXEIRA *et al.*, 2018).

Desde a criação do SUS, são identificadas mudanças relevantes no campo das políticas públicas de saúde no país, principalmente no contexto sanitário, com por exemplo, o aumento da expectativa de vida e o controle de doenças infecciosas. Além disso, houve a criação de programas que reorientaram e auxiliaram o modelo de atenção à saúde, ampliando a reforma política e administrativa do SUS para uma visão dinâmica do processo saúde-doença, denominada vigilância (OLIVEIRA; CRUZ, 2015).

Nessa perspectiva, em consonância com um sistema único e coordenado, o modelo da VS tem como objetivo principal buscar respostas concretas para as necessidades e problemas de saúde, propondo um conjunto ação claras e integradas, que se baseiam na situação de saúde da população em cada território (OLIVEIRA; CRUZ, 2015). A construção dessa proposta é norteadada pela Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), instituída por meio da Resolução nº 588/2018 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). O documento define Vigilância em Saúde 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, 2018).

Na PNVS a VS se divide em quatro áreas básicas, oriundas de contextos históricos

distintos, porém, complementares e interligadas entre si, sendo elas: Vigilância Epidemiológica (VIGEP), Vigilância em Saúde Ambiental (VSA), Vigilância em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (VISAT), e Vigilância Sanitária (VISA).

A vigilância epidemiológica associa-se ao conjunto de ações voltadas para a prevenção e controle de doenças ou agravos. Seu principal objetivo é orientar as execuções dessas ações e mantê-las sempre atualizadas detectando, prevenindo e medindo os determinantes e condicionantes de saúde, seja individual ou coletivo:

Conjunto de ações que proporcionam o conhecimento e a detecção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças, transmissíveis e não-transmissíveis, e agravos à saúde (BRASIL, 2018).

A vigilância em saúde ambiental propõe a associação do contexto ambiental e suas interferências na saúde humana e animal. Dessa forma, recomenda-se identificar e tomar medidas para prevenir e controlar fatores de risco ambientais relacionados às doenças e agravos à saúde (BRASIL, 2018):

Conjunto de ações e serviços que propiciam o conhecimento e a detecção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de recomendar e adotar medidas de promoção à saúde, prevenção e monitoramento dos fatores de riscos relacionados às doenças ou agravos à saúde (BRASIL, 2018).

A vigilância em saúde do trabalhador e da trabalhadora contempla as atividades e ações voltadas para a promoção e proteção no âmbito do trabalho. Caracteriza-se pela atuação ao longo do tempo, a fim de realizar ações contínuas e sistemáticas para identificar, pesquisar e analisar os determinantes e condicionantes das questões de saúde relacionadas ao trabalhador, incluindo aspectos técnicos, sociais, organizacionais e epidemiológicos, a fim de planejar intervenções, avaliações e controle:

Conjunto de ações que visam promoção da saúde, prevenção da morbimortalidade e redução de riscos e vulnerabilidades na população trabalhadora, por meio da integração de ações que intervenham nas doenças e agravos e seus determinantes decorrentes dos modelos de desenvolvimento, de processos produtivos e de trabalho (BRASIL, 2018).

Por fim, a vigilância sanitária caracteriza-se como um conjunto de ações que tem como propósito a eliminação, redução e prevenção de riscos à saúde, decorrentes do ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse à

saúde. Têm assim, um amplo escopo de atuação que aumenta ao longo do tempo por conta da incorporação de novas tecnologias e produtos na sociedade moderna:

Conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços do interesse da saúde. Abrange a prestação de serviços e o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo e descarte (BRASIL, 2018).

Nesse sentido, nota-se a importância de cada uma das vigilâncias na perspectiva de compartilhar atribuições e responsabilidades, sem renunciar às especificidades de cada área. Isso demonstra que sua implementação é desafiadora e complexa, mas de extrema necessidade para garantir um modelo assistencial de atenção à saúde que garanta o planejamento e realização de políticas públicas, visando a promoção, prevenção e proteção da saúde e seus agravos.

A atuação integrada entre VS e APS em busca de um cuidado integral centrado no indivíduo, família e comunidade é fundamental para o alcance de resultados que atendam às necessidades de saúde de uma população (BRASIL, 2018).

É de grande importância que os profissionais da APS compreendam as ações de VS, possibilitando o levantamento das necessidades e consequente intervenção junto aos determinantes sociais da saúde. Dessa maneira, a competência em VS favorece o planejamento e execução de diversas ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, resultando em melhoria da qualidade de vida e saúde da população. É possível integrar diversas ações, proporcionando resolutividade e intervindo nos problemas de saúde da população.

3. CAPÍTULO II – Artigo: Integração da Vigilância em Saúde e da Atenção Primária à Saúde no Brasil: uma revisão de escopo

Adriana Lúcia Silva de Queiroz, Izabela Lima Perissato, Marjory Cristina Donato, Tânia Maria da Silva Mendonça, Rosimár Alves Querino, Jean Ezequiel Limongi

3. 1 Resumo

O objetivo desta revisão de escopo foi identificar a literatura sobre a integração da Atenção Primária em Saúde (APS) e Vigilância em Saúde (VS) no Brasil e descrever sistematicamente quais ações estão sendo propostas ou realizadas. *A priori* foi publicado um protocolo no *Open Science Framework* e a metodologia do Instituto *Joanna Briggs* e do PRISMA-ScR para a realização de revisões de escopo foi criteriosamente empregada. Literatura acadêmica e cinzenta foi incluída, sem limitação de período. As bases de dados pesquisadas foram Lilacs, Scielo, Web of Science, Scopus, Pubmed/Medline, PAHO-IRIS, WHOLIS e CINAHL, assim como os buscadores Google, Google acadêmico, a Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações e a Imprensa Nacional do Brasil. As listas de referências das principais obras consultadas foram examinadas. Foram identificadas e analisadas 12.933 publicações, com um total de 134 publicações incluídas. As fontes de evidência revisadas focaram em diferentes tópicos, que foram divididos em quatro categorias: (i) Ações de VS e profissionais envolvidos; (ii) Educação em Saúde e Educação na Saúde; (iii) Planejamento e gestão e (iv) Indicadores de Saúde. Essa revisão produziu cinco recomendações para o processo de integração da VS e APS: (i) rearranjo institucional dos serviços de saúde para gestão compartilhada da VS e APS; (ii) participação social nas decisões do território integrado; (iii) presença de núcleos de VS nas unidades de saúde da APS, constituídos por profissionais da VS ou da APS; (iv) interlocução constante entre as áreas, inclusive com educação permanente em saúde; e (v) monitorização de indicadores compartilhados, com avaliação permanente. Considerando a descentralização do sistema de saúde brasileiro, espera-se com essas recomendações o protagonismo dos serviços municipais de saúde para que ocorra a efetivação da integração da VS e a APS no Brasil.

Palavras-chave: Atenção Primária em Saúde. Vigilância em Saúde. Integração dos serviços de saúde.

3. 2 Introdução

A integralidade, um dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde do Brasil (SUS), consiste na integração de atos preventivos, curativos, individuais e coletivos

¹. Para sua viabilização, é preciso que ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em saúde sejam realizadas em uma perspectiva de atuação intersetorial. No Brasil, uma das principais tentativas de integração intersetorial de saúde tem sido a da Atenção Primária à Saúde (APS) e da Vigilância em Saúde (VS) ².

A APS é considerada a principal porta de entrada da população no sistema de

saúde pública brasileiro e se estrutura por meio de ações de saúde individuais, familiares e coletivas com foco na prevenção de doenças e proteção à saúde. Práticas de cuidado integrado são realizadas por equipes multiprofissionais de saúde que atuam com responsabilidade sanitária por um território adscrito ^{3,4}.

A VS se encarrega de um processo contínuo de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados de saúde; ou seja, fornece subsídios para o planejamento e execução de medidas de promoção, prevenção e proteção à saúde, além da responsabilidade por ações de saúde de caráter exclusivo do Estado. A VS é organizada em diferentes áreas, que são interligadas entre si e que atuam como um eixo estruturante do SUS, quais sejam: Vigilância em Saúde Ambiental (VSA), Vigilância em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (VISAT), Vigilância Epidemiológica (VIGEP) e Vigilância Sanitária (VISA) ⁵.

A APS é considerada um espaço privilegiado para o desenvolvimento de ações de VS, devido a sua inserção no âmbito da comunidade e, por essa razão, a integração entre estas duas áreas têm sido fortemente preconizada ^{2, 4, 6, 7}. Diversas estratégias têm sido elaboradas nas últimas décadas na saúde pública brasileira buscando integrar a APS e a VS, porém isto ainda constitui um dos grandes desafios do SUS em todas as esferas de gestão ². Ações pontuais de VS como imunizações e notificações de doenças compulsórias são executadas por profissionais da APS, porém é imperioso que estes se reconheçam como protagonistas de várias outras ações de vigilância em seus territórios adscritos e que estas ações sejam transversais no seu processo de trabalho ^{4,6}.

Não está claro que tipo de informação sobre a integração da APS e VS está disponível na literatura. Por isso, foi realizada uma revisão de escopo para mapear sistematicamente as pesquisas e demais publicações realizadas nessa área, bem como identificar eventuais lacunas no conhecimento. Com esse objetivo, formulou-se a seguinte questão de pesquisa que norteia esta revisão de escopo: Quais ações sobre a integração da Atenção Primária à Saúde e Vigilância em Saúde estão sendo propostas ou realizadas no Brasil?

3.3 Metodologia

A revisão de escopo foi conduzida de acordo com a metodologia recomendada pelo Instituto *Joanna Briggs* e seguindo o checklist do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews* (PRISMA-ScR) ⁸.
⁹. O protocolo final da revisão foi registrado no *Open Science Framework* em 16 de novembro de 2021 (<https://archive.org/details/osf-registrations-mekch-v1>).

A revisão buscou identificar informações sobre a integração da APS e VS na literatura científica e técnico-jurídica. Foram pesquisadas publicações com abordagem quantitativa, qualitativa ou mista, publicadas nos idiomas inglês, espanhol ou português, em fontes indexadas ou na “literatura cinzenta”, disponíveis no formato *online*. Não houve limite de período para as buscas. Foram considerados artigos científicos, teses e dissertações, publicações governamentais/institucionais (manuais/relatórios/diretrizes) e atos administrativos (decretos, resoluções, portarias e instruções normativas). As publicações foram elegíveis para inclusão se descrevessem de alguma forma a integração da APS e a VS, seja propondo ou relatando ações integradas.

A busca inicial foi implementada em 28 de março de 2022, em oito bases de dados eletrônicas: Lilacs, Scielo, Web of Science, Scopus, Pubmed/Medline, PAHO-IRIS (OPAS), WHOLIS (OMS) e CINAHL. As estratégias de busca foram elaboradas por uma bibliotecária experiente e posteriormente foi refinada por meio de discussão com a equipe de pesquisadores. Os seguintes *sites* também foram pesquisados: os buscadores Google (www.google.com) e Google acadêmico (<https://scholar.google.com.br/?hl=pt>), Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (<https://bdtd.ibict.br/vufind/>) e a Imprensa Nacional do Brasil (Diário Oficial da União) (<http://portal.imprensanacional.gov.br>). As listas de referências das principais obras consultadas também foram examinadas na perspectiva de encontro de estudos adicionais (técnica de bola de neve). Uma pesquisa de atualização nas bases de dados bibliográficas e fontes de literatura cinzenta foi realizada em 07 de janeiro de 2023 para identificar quaisquer fontes de evidência publicadas após a pesquisa inicial.

Para a busca nas oito bases de dados foram considerados os seguintes descritores, referenciados pelo DECS/MESH: “Atenção Primária à Saúde”; “Vigilância em Saúde Pública”; “Vigilância Sanitária”; “Monitoramento epidemiológico”; “Vigilância em Saúde do Trabalhador” e “Vigilância Sanitária Ambiental”. Os principais termos alternativos de cada descritor também foram utilizados para ampliar a busca e pelo fato de que alguns deles são mais utilizados na literatura brasileira do que o descritor principal. A busca nas bases de dados Lilacs, Scielo, PAHO-IRIS e WHOLIS foi trilingue (português, inglês e espanhol) e, nas demais bases, foram empregados descritores na língua inglesa. As estratégias de busca segundo cada base de dados estão apresentadas no Quadro 1. A busca na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações, na Imprensa Nacional do Brasil e nos buscadores Google e Google acadêmico foram realizadas utilizando os termos “Atenção Básica” ou “Atenção Primária” e “vigilância em saúde” ou

"vigilância epidemiológica" ou "vigilância sanitária" ou "vigilância em saúde ambiental" ou "vigilância em saúde do trabalhador". A consulta foi adaptada aos requisitos específicos e limitações de cada uma dessas fontes de busca.

Os artigos e documentos técnicos foram selecionados inicialmente pelo título e resumo e, posteriormente, avaliados na íntegra. A leitura do material foi realizada por duas pesquisadoras, de forma independente, com o preenchimento de um instrumento de coleta de dados, previamente testado pela equipe. Os impasses relativos à inclusão ou exclusão das publicações foram resolvidos por meio de discussão e alcance de consenso entre as pesquisadoras, ou por consulta a um terceiro revisor. As seguintes informações foram extraídas das publicações: autor, ano de publicação, forma de publicação, título do documento, tipo de estudo, área da vigilância, nome do periódico ou documento, instituição da publicação (quando pertinente) e ações realizadas/propostas sobre a integração entre a APS e a VS. Todas as publicações encontradas foram incorporadas no *software* Zotero. Na sequência, foi realizada a identificação e a exclusão dos artigos duplicados.

Os dados foram compilados em uma única planilha do Microsoft Excel 2016 (Microsoft Corporation, Redmond, WA). Uma análise temática de todas as publicações incluídas foi realizada. Os dados extraídos foram apresentados em formato de gráfico, diagrama e tabela, com os resultados organizados com base no objetivo da revisão.

3. 4 Resultados

Os resultados da busca e seleção das fontes de evidência são apresentados em um fluxograma construído de acordo com as recomendações do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews extension for Scoping Reviews* (PRISMA^{ScR}). Ao final do processo de revisão, 134 fontes de evidência, incluindo “literatura cinza” e acadêmica, foram incluídas (Figura 1). Todas as fontes foram publicadas entre os anos de 2001 e 2022 (Figura 2). Publicações referentes a integração da Atenção Primária à Saúde e Vigilância em Saúde (de forma geral), foram as mais frequentes (48; 35,8%)^{2, 3, 5-7, 10-52}, seguidas por publicações sobre a integração da APS com a VISAT (34; 25,4%)⁵³⁻⁸⁶, VIGEP (28; 20,9%)⁸⁷⁻¹¹⁴, VISA (10; 7,5%)¹¹⁵⁻¹²⁴ e VSA (10; 7,5%)¹²⁵⁻¹³⁴ (Figura 2). Duas publicações (1,5%)^{135, 136} relatavam a integração da APS com a VSA e VISAT e outras duas (1,5%)^{4, 137} com a VSA, VISAT e VISA. Os anos com maior número de publicações foram 2017 (12; 8,9%), seguido pelos anos de 2013 (11; 8,2%) e 2010 (10; 7,5%) (Figura 2).

Dentre as fontes de evidência, a forma de publicação mais frequente foram os

artigos científicos (55; 41%)^{4,6,7,10,18,19,22,23,29-36,38,39,41,43,53-55,59,63-65,69,72,73,81,85,86,90-93,95-97,100,101,105,115,119,120,123,125,126,128-131,135,136}, seguidos pelos manuais técnicos (33; 24,6%)^{2,11,16,17,20,21,24-28,40,51,58,60,62,66-68,83,87-89,99,104,113,114,116-118,121,127,137}, além de dissertações e teses (24; 17,9%)^{37,42,44,49,50,61,70,71,74-80,82,94,98,102,103,122,124,132,133} e atos administrativos (22; 16,4%)^{3,5,12-15,45-48,52,56,57,84,106-112,134}. Dentre os artigos científicos, dissertações e teses, os estudos qualitativos predominaram (39; 48,1%)^{4,6,22,29,30,37,39,41-44,49,50,53,63,65,69,71,73,75-80,82,91,92,94,97,101,105,122-124,128-131}, seguidos por estudos de revisão (23; 28,4%)^{18,19,31-36,38,59,64,81,85,86,93,95,115,119,120,125,126,135,136}, mistos (quali-quantitativos) (9; 11,1%)^{10,54,55,61,70,74,102,132,133}, quantitativos (7; 8,6%)^{23,72,90,96,98,100,103} e uma entrevista (1; 1,2%)⁷. Todos os artigos científicos foram publicados em periódicos brasileiros e disponíveis em língua portuguesa. Os periódicos que apresentaram maior número de publicações sobre a integração entre a APS e VS foram *Ciência e Saúde Coletiva* (10; 17,5%)^{18,19,32,36,54,59,72,86,95,135} e *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional* (4; 7%)^{55,63,73,85}. Os manuais técnicos foram publicados pelo Ministério da Saúde (15; 45,4%)^{2,11,16,24,40,58,60,66,87-89,99,113,121,127}, secretarias estaduais de saúde (4; 12,5%)^{27,28,62,68}, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) (4; 12,5%)^{21,25,26,118}, Universidade Federal de Minas Gerais (3; 9,1%)^{67,83,137}, Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) (3; 9,1%)^{114,116,117}, secretaria municipal de saúde de São Paulo (2; 6,1%)^{51,104}, Conselho Nacional de Saúde (1; 3,0%)²⁰ e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) (1; 3,0%)¹⁷. Entre os trabalhos de conclusão de pós-graduação *stricto sensu*, 22 (91,7%)^{37,42,44,49,50,61,70,71,74,75-80,82,102,103,122,124,132,133} eram dissertações de mestrado e 2 (8,3%)^{94,98} teses de doutorado. Estes trabalhos foram realizados em instituições de ensino e pesquisa das regiões sudeste (16; 66,7%)^{49,50,61,70,75,77,78-80,82,98,102,103,124,132,133}, nordeste (5; 20,8%)^{44,71,74,94,122} e sul (3; 12,5%)^{37,42,76}, com destaque para a Fundação Oswaldo Cruz, com 10 (41,7%)^{70,74,75,77,79,80,82,94,102,103} trabalhos. Dentre os atos administrativos, 16 (72,7%)^{3,12-15,52,56,57,84,106-112} eram portarias, 3 (13,6%)^{5,46,48} eram resoluções, 2 (9,1%)^{45,47} decretos e uma (4,6%)¹³⁴ instrução normativa.

As fontes de evidência revisadas focaram em diferentes tópicos, que foram divididos amplamente em quatro categorias principais, quais sejam: (i) *Ações de VS e profissionais envolvidos*; (ii) *Educação em Saúde e Educação na Saúde*; (iii) *Planejamento e gestão* e (iv) *Indicadores de Saúde*. Na categoria *Ações de VS e profissionais envolvidos*, os tópicos mais encontrados foram a *Integração das ações de VS e APS*, descrita de forma geral nas publicações, e a *Execução de ações de VS pelos*

profissionais da APS. Cada um destes tópicos foram relatados em 67 (50,0%) publicações (Tabela 1). A *inserção de ações de VS na APS* foi o terceiro tópico mais frequente nesta categoria, encontrado em 29 (21,6%) publicações. Os agentes de controle de endemias (ACE) foram citados tanto em relação a integração das suas atividades com os agentes comunitários de saúde (ACS) (7; 5,2%) quanto sobre a sua incorporação na APS (5; 3,7%). A *Integração da VS e APS em nível local* foi relatado em 5 (3,7%) das publicações. A necessidade de proatividade dos profissionais de saúde também foram relatadas nos tópicos *Integração de profissionais da VS e APS* (6; 4,5%) e *Protagonismo dos trabalhadores da APS* (3; 2,2%) Em duas publicações (2; 1,5%), foi recomendado a inserção de profissionais sanitaristas na APS para facilitar a integração com a VS (Tabela 1).

Na categoria *Planejamento e gestão* destacou-se os tópicos *Território integrado entre APS e VS*, *Planejamento e programação de ações de VS e APS de forma conjunta* e *Mapeamento de áreas de risco* que foram relatados em 48 (35,8%), 27 (20,1%) e 15 (11,2%) publicações, respectivamente (Tabela 1).

A *Educação permanente em saúde* (44; 32,8%) e o *Apoio matricial* (22; 16,4%) foram os principais tópicos encontrados na categoria *Educação em Saúde e Educação na Saúde*. A *Educação Popular em Saúde* foi relatada em uma (0,75%) publicação sobre Vigilância em Saúde (geral) (Tabela 1).

A categoria *Indicadores de Saúde* foi composta pelos tópicos *Construção e monitorização de indicadores* e *Avaliação de indicadores pelos serviços de VS de forma integrada com a APS*, com 12 (8,9%) e 10 (7,4%) publicações relatando estes tópicos, respectivamente (Tabela 1).

De forma geral, as fontes de evidência revisadas expõem que o grande desafio se encontra em aproximar e integrar todos os elementos do processo, quais sejam, os gestores de saúde, profissionais de saúde e a comunidade, como apresentado na figura 3. O processo de trabalho da APS e VS deve ser reorganizado na sua origem, com novos arranjos organizativos de trabalho e de gestão. Esta reorientação do trabalho envolve uma discussão colegiada dos gestores, profissionais de saúde e comunidade, com foco em questões locais e bem definidas nos territórios.

A execução de ações de VS na APS pode ocorrer basicamente de duas formas: realizada exclusivamente por profissionais da APS, com ou sem apoio técnico de profissionais da VS, com destaque para o apoio matricial, ou por meio da incorporação de profissionais da VS na APS (Figura 3).

Assim como no planejamento e na execução de ações, o registro e avaliação das ações realizadas deve ser feito de modo integrado entre a APS e a VS, seja por meio da construção e monitorização de indicadores específicos, locais, ou pela análise dos indicadores tradicionais, porém sempre em uma perspectiva unificada das áreas (Figura 3).

3. 5 Discussão

Esta revisão de escopo teve como objetivo explorar o que é conhecido na literatura acadêmica e cinzenta sobre a integração entre a APS e a VS no Brasil. Cento e trinta e quatro fontes de evidência, todas publicadas após o ano 2000, foram incluídas.

Os resultados revelaram que publicações referentes a VS, de forma geral, e a VISAT foram as mais frequentes. Em geral, a estratégia de integração da VS e APS é pensada levando em conta todas as suas subáreas, assim, era esperado o maior número de publicações com a temática sendo abordada de forma generalista ². Em relação à VISAT, o número de publicações incluídas reflete a produção ativa de grupos específicos de pesquisadores da área nos últimos anos, o que gerou diretrizes muito bem-organizadas para a condução de ações de saúde do trabalhador na APS ⁵³⁻⁸⁶.

A VIGEP ocupou o terceiro lugar em número de publicações. Muitas vezes confundida como sinônimo de VS, constitui a área da vigilância mais bem compreendida por profissionais de saúde da APS ^{6,7}. Ações de vigilância epidemiológica, tais como notificações e imunizações são atividades inseridas no cotidiano das equipes e por isso a integração destas áreas ocorre de forma mais natural ^{6,7}. No entanto, outras atribuições desta área, como a investigação de doenças e agravos de forma mais ativa, ainda carecem de aperfeiçoamento por parte dos profissionais da APS.

Apenas um pequeno número de publicações discutiu a integração da VSA e APS. A VSA é a área mais incipiente da VS, que ainda carece de desenvolvimento e definição mais clara dos seus objetivos na prática ¹²⁵. Considerando que a sua estruturação como área independente ainda não se consolidou no Brasil, era esperado que publicações preconizando a sua integração com a APS fossem mais escassas. Um ponto controverso identificado nesta revisão, e que se verifica na prática, é o escopo de atuação da VSA. Na literatura acadêmica, bem como na própria definição conceitual de VSA constante na Política Nacional de Vigilância em Saúde, esta área é responsável por um *“conjunto de ações e serviços que propiciam o conhecimento e a detecção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana”* ⁵. No entanto, a própria esfera federal exclui os fatores ambientais biológicos, tais como

vetores, zoonoses e animais peçonhentos do escopo de atuação da VSA, contrariando o seu conceito. Algumas secretarias municipais e estaduais de saúde no Brasil incorporaram as ações de controle de fatores biológicos na VSA por entenderem que esta área da vigilância também compreende esses aspectos e por serem autônomas para definirem os arranjos institucionais das suas secretarias, porém, na organização administrativa do Ministério da Saúde, a VSA atua somente nos fatores não biológicos que impactam na saúde humana ¹³⁴.

O número de publicações sobre a VISA e a APS foi reduzido. A VISA possui tradicionalmente um perfil fiscalizador e independente, com certo distanciamento, inclusive em relação às outras vigilâncias. Estas características são percebidas por profissionais da APS, da própria VS, comunidade e gestores de saúde. A quebra desse paradigma talvez seja um dos principais desafios para a integração da VISA com a APS. O Plano Diretor de Vigilância Sanitária, lançado em 2007, foi um importante documento norteador que contribuiu para a mudança desse paradigma ¹¹⁵. Ele propõe 5 eixos, entre eles a inserção da VISA no contexto da atenção integral à saúde. Os esforços da ANVISA e dos poucos grupos acadêmicos com expertise em vigilância sanitária no Brasil, é no sentido de que a VISA seja trabalhada também na perspectiva de promoção e proteção à saúde, sem deixar de lado, é claro, seu papel fiscalizador. Os profissionais da APS devem estar preparados para realizar ações relativas ao consumo de produtos e serviços, sem a atribuição de polícia administrativa, inerente aos profissionais da VISA, porém com a responsabilidade de identificação de riscos sanitários e danos potenciais à saúde, com destaque para o papel dos agentes comunitários de saúde, que adentram ambientes no território fora do alcance da VISA ¹¹⁵.

A formação de consciência sanitária é o quinto eixo do Plano Diretor de Vigilância Sanitária¹¹⁵. A percepção dos riscos sanitários, a compreensão do papel e do funcionamento da VISA e o reconhecimento dela como importante política pública deve ser trabalhada na sociedade. Neste sentido, a APS tem papel fundamental, considerando a proximidade e responsabilidade sanitária que as equipes assumem com a população ³.

De forma geral, muitas publicações relatavam a necessidade e a importância da integração de ações de APS e VS, porém sem descrever ações efetivamente realizadas ou qualquer proposição de ações integradas. Porém, em várias publicações foi destacado a necessidade de execução de ações de VS pelos profissionais da APS, a inserção de ações de VS na APS e o protagonismo dos seus profissionais na prática dessas ações. Ações de VS fazem parte do conjunto de ações preconizadas para a APS no Brasil e estão

claramente definidas na Política Nacional de Atenção Básica, assim como a importância da integração das áreas ³. Um exemplo exitoso disso foi a utilização da força de trabalho dos agentes comunitários de saúde na coleta de sangue para diagnóstico de malária na região amazônica no início dos anos 2000, o que gerou rapidez no diagnóstico e redução na incidência da doença em 50% no período de 30 meses ¹³⁸.

Uma outra estratégia de integração consiste na inserção de profissionais da VS no âmbito da APS. Uma experiência bem documentada desta inserção foi a integração dos agentes de controle de endemias (ACE) nas equipes de saúde da família ^{15,21,49}. No entanto, é necessário ressaltar que 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 ⁴. A inserção de profissionais sanitaristas na APS também foi relatado em duas publicações: (i) relatando a importância do médico sanitarista na gestão de unidades de saúde no Recife e; (ii) sugerindo a inclusão de graduados em Saúde Coletiva na APS ^{6,95}. De fato, profissionais com essa formação são os mais recomendados para a gestão do processo de integração das áreas de VS e APS. Graduados em Saúde Coletiva, por exemplo, possuem formação generalista e baseada nas subáreas norteadoras (i) epidemiologia; (ii) política, planejamento e gestão em saúde; e (iii) ciências sociais e humanas em saúde. A inserção destes profissionais na gestão e planejamento dos serviços de saúde, delegando aos demais profissionais de saúde as atribuições assistenciais é uma alternativa interessante e que diminui a sobrecarga daqueles profissionais, sobretudo os enfermeiros, que em geral possuem acúmulo de funções ⁶.

A necessidade de se integrar o território entre APS e VS foi amplamente debatido nas publicações revisadas, assim como a necessidade, que se apresenta como óbvia, de se planejar e programar ações de forma conjunta nesses territórios, mapeando áreas de riscos e danos à saúde das populações adscritas. A APS, particularmente a Estratégia Saúde da Família, está totalmente relacionada ao conceito de território e ao processo de territorialização ¹³⁹. A VS, desde os seus registros mais remotos, utiliza, como um dos seus instrumentos de análise, a confecção de mapas para identificar áreas de risco/ocorrência de doenças ¹⁴⁰. Na atualidade, as técnicas de geoprocessamento oferecem para saúde pública informações valiosas. Apesar disso, na maioria das vezes os territórios onde se desenvolvem as práticas de saúde (promocionais, preventivas e curativas) são fragmentados ou sobrepostos, de acordo com a lógica de cada serviço de saúde, o que gera incomunicabilidade entre os setores e até mesmo duplicidade de informações ¹³⁹.

Atualmente, sete indicadores, pré-estabelecidos pelo governo federal, devem ser cumpridos pela APS, quais sejam: 6 ou mais consultas de pré-natal, consulta odontológica no pré-natal, solicitação de exames de sífilis e HIV no pré-natal, acompanhamento de hipertensos, acompanhamento de diabéticos, vacinação com pentavalente + pólio em crianças menores de 1 ano e coleta de citologia oncológica ¹⁴¹. Estes indicadores refletem problemas de saúde que são ubíquos em todo o território nacional e que serão identificados em qualquer análise de situação de saúde local. Em complementaridade, as equipes de APS devem identificar os problemas *in loco*, específicos de cada localidade. Em situações em que as equipes possuem a adscrição máxima preconizada de 3.500 pessoas é perfeitamente factível a realização destas atividades, considerando o envolvimento de equipes proativas e conscientes da importância do diagnóstico situacional do território ³.

Os atos administrativos e manuais técnicos que regem a integração da APS e VS estão sendo debatidos há mais de 2 décadas no Brasil e pouco tem sido avançado na prática. O arcabouço teórico e legal necessário está posto, e, assim como recomendado em duas publicações revisadas neste estudo, no estágio atual é necessário o protagonismo e proatividade dos serviços municipais ^{4,6}. Duas iniciativas implantadas no estado de São Paulo representam bem o poder do protagonismo no nível local. No município de São Bernardo do Campo e de São Paulo foram implantados núcleos de VS no âmbito da APS. Em São Bernardo do Campo, os núcleos foram implantados a partir de 2018 em unidades básicas de saúde estratégicas e são compostos por um profissional de VS fixo nas UBSs, com o objetivo de articular, apoiar e executar, em conjunto com os profissionais da UBS, ações de vigilância em saúde ⁵⁰. No município de São Paulo, a estratégia de implantação destes núcleos nas UBSs foi recentemente regulamentada (novembro de 2022). Neste caso, os núcleos de VS serão compostos por profissionais das próprias UBSs, no mínimo três, de nível superior ou médio, que serão responsáveis por articular as ações de VS, no âmbito das competências das UBSs e realizar a interlocução sobre o tema com as coordenações gerais de saúde/vigilância em saúde ⁵¹.

A área de VS é extensa e complexa, inclusive sendo comum a falta de interação e conhecimento entre profissionais de diferentes áreas da VS. Seria ingênuo conceber que capacitações pontuais e fragmentadas sobre VS para profissionais da APS possam surtir algum efeito prático na rotina desses profissionais. Nesta revisão de escopo a educação permanente em saúde se apresentou como a principal solução para que as ações de VS sejam incorporadas na APS de forma contínua e de acordo com o surgimento de

demandas específicas relacionadas. O apoio matricial, muito utilizado na área de vigilância em saúde do trabalhador, é um exemplo emblemático de educação permanente e apoio técnico, que já se mostrou muito útil em várias áreas do país ^{2,5,26,38,53-55,60,61,64,66,68,71-73,78-80,84,86,106,136}.

A integração entre a APS e a VS deve ser um *continuum* de ações. Assim, não somente o planejamento, programação e realização de atividades devem ser integrados, como também o registro e principalmente a avaliação dos resultados. Por isso, a construção, monitorização e avaliação de indicadores deve ser realizada de forma conjunta, visto que o território é único e os problemas são compartilhados entre esses serviços. Nesta perspectiva, a utilização de sistemas de informação adaptados à realidade de cada município é o ideal, porém pouco viável para a realidade da maioria dos municípios brasileiros, que são de pequeno porte. Por outro lado, a proatividade e criatividade dos profissionais pode fazer com que a estrutura não seja o principal empecilho para a geração de bons processos e resultados ¹⁴².

O que parece óbvio, na prática, é extremamente difícil de se concretizar. Integrar todos os elementos do processo de integração da VS e APS, ou seja, gestores, profissionais e comunidade tem sido o grande desafio da saúde pública brasileira. A concretização da VS incorporada na APS, seja pela realização de ações de VS por profissionais da APS ou pela inserção dos profissionais da VS, esbarra em questões diversas como estrutura organizacional estabelecida, modelos de gestão, personalização de cargos, incompatibilidades pessoais, fatores políticos entre outros, que cria um mosaico de serviços de saúde com atuação isolada ¹⁰⁶.

Este estudo tem limitações que podem ser atribuídas às características de uma revisão de escopo. A busca pela literatura cinzenta foi realizada em sistemas de busca menos específicos do que aqueles das bases de dados tradicionais. A identificação e seleção de publicações no Google, Google acadêmico, Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações e, em especial, na Imprensa Nacional, por exemplo, pode ter sido prejudicada, haja vista as limitações inerentes aos sistemas de busca destas fontes. Assim, embora se tenha tentado desenvolver uma estratégia de busca abrangente, é possível que alguns estudos relevantes tenham sido perdidos. Igualmente, materiais e pesquisas como anais de eventos científicos e informações contidas em *websites* e *blogs*, os quais não foram pesquisados nesta revisão, poderiam ter fornecido algumas informações adicionais. Outra limitação é que a caracterização e interpretação das publicações incluídas nesta revisão de escopo estão sujeitas ao viés dos revisores.

Nesta revisão de escopo realizamos uma ampla busca da literatura, com estratégias de busca robustas em oito bases de dados bibliográficas, utilizamos a técnica de bola de neve na lista de referência de 45 artigos e utilizamos 4 fontes de evidência diferentes para a busca da literatura cinzenta e artigos não indexados nas principais bases de dados. Cada citação foi revisada por duas revisoras e um terceiro revisor realizou uma análise final para a resolução de conflitos. Além disso, uma pesquisa atualizada foi realizada em janeiro de 2023 para aprimorar a atualidade desta revisão.

Este estudo não apenas apresentou um resumo descritivo dos resultados, mas também realizou uma análise temática que conduziu a uma maior compreensão da questão abordada. Essa revisão produziu cinco recomendações essenciais para o processo de integração da VS e APS, sequencialmente organizadas: (i) rearranjo institucional dos serviços de saúde para gestão compartilhada/unificada da VS e APS; (ii) participação social nas decisões do território integrado; (iii) presença de núcleos de VS nas unidades de saúde da APS, constituídos por profissionais da VS ou da APS, porém com função regulamentada para este fim; (iv) interlocução constante entre as áreas, inclusive com educação permanente em saúde; e (v) monitorização de indicadores compartilhados, com avaliação permanente. Considerando a descentralização do sistema de saúde brasileiro, espera-se com essas recomendações o protagonismo dos serviços municipais de saúde para que ocorra a efetivação da integração da VS e a APS no Brasil.

3. 6 Referências

1. Fontoura RT, Mayer CN. Uma breve reflexão sobre a integralidade. *Rev bras enferm* 2006;59(4):532-36. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672006000400011>
2. Ministério da Saúde. Guia Política Nacional de Atenção Básica: módulo 1: integração Atenção Básica e Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2018.
3. 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* 2017; 22 set.
4. Ivancko GM, Querino RA, Silva GCS, Borges RD, Limongi JE. 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. 2021;16(43):2733. [https://doi.org/10.5712/rbmfc16\(43\)2733](https://doi.org/10.5712/rbmfc16(43)2733)

5. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 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 2018; 13 ago.
6. Silva GCS, Querino RA, Borges RD, Ivancko GM, Silva MI, Limongi JE. Relações entre Estratégia Saúde da Família e Vigilância em Saúde na perspectiva de médicos de equipes de saúde da família em Minas Gerais, Brasil: uma análise qualitativa. Saúde Soc. 2020;29(4):e191007. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902020191007>
7. Noronha JC, Penna GO. Saúde da Família e Vigilância em Saúde: em busca da integração das práticas. Rev Bras Saúde Fam. 2007;8(16):4-9.
8. Peters MDJ, Godfrey C, McInerney P, Munn Z, Tricco A, Khalil H. Chapter 11: Scoping reviews. In: Aromataris E, Munn Z, editors, JBI Manual for Evidence Synthesis. Adelaide: JBI; 2020. p. 406-51. <https://doi.org/10.46658/JBIRM-20-01>
9. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. Ann Intern Med 2018;169(7): 467–73. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>
10. Almeida PF, Fausto MCR, Giovanella L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. Rev Panam Salud Pública. 2011;29(2):84–95. <https://doi.org/10.1590/S1020-49892011000200003>
11. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Instrutivo para programação de ações do sistema nacional de vigilância em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
12. Ministério da Saúde, Secretária de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida

as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2018.

13. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União 2017; 03 out.
14. Ministério da Saúde. Portaria GM 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 2013; 10 jul.
15. 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 2010; 9 mai.
16. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância em Saúde. 3ª Ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2019.
17. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Vigilância em saúde nos municípios: caderno de textos. Campinas: IPADS; 2020.
18. Franco Netto G, Villardi JWR, Machado JMH, Souza MS, Brito IF, Santorum JA, et al. Vigilância em Saúde brasileira: reflexões e contribuição ao debate da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde. Ciênc Saúde Coletiva. 2017;22(10):3137–48. <https://doi.org/10.1590/1413-812320172210.18092017>
19. Guimarães RM, Meira KC, Paz EPA, Dutra VGP, Campos CEA. Os desafios para a formulação, implantação e implementação da Política Nacional de Vigilância em Saúde. Ciênc Saúde Coletiva. 2017;22(5):1407–16. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.33202016>
20. Conselho Nacional de Saúde. 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde: direito, conquistas e defesa de um SUS público de qualidade: documento orientador diretrizes metodológicas. Brasília: CNS; 2017.

21. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Incorporação dos Agentes de Combate às Endemias nas equipes do Programa de Saúde da Família. Nota técnica 04/2010. Brasília: CONASS; 2010.
22. Faria LS, Bertolozzi MR. A vigilância na Atenção Básica à Saúde: perspectivas para o alcance da Vigilância à Saúde. Rev Esc Enferm USP. 2010;44(3):789–95. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342010000300034>
23. Pinto DS, Pereira BB, Limongi JE. Avaliação do conhecimento sobre Vigilância em Saúde entre os profissionais do Sistema Único de Saúde, Uberlândia, Minas Gerais. J Health Biol Sci Online. 2017;5(1):37–43. <https://doi.org/10.12662/2317-3076jhbs.v5i1.1046.p37-43.2017>
24. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Diretrizes Nacionais da Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. (Série B. Textos Básicos de Saúde. Série Pactos pela Saúde 2006).
25. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Planificação da Atenção à Saúde. Oficina 3 território e vigilância em saúde. Rio Grande do Sul: CONASS; 2017.
26. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Vigilância em saúde parte 1. Coleção para Entender a Gestão do SUS. Brasília: CONASS; 2011.
27. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Guia curricular curso técnico em vigilância em saúde módulo I: SUS e o processo de trabalho em vigilância em saúde. Unidade IV: O SUS e a vigilância em saúde. Belo Horizonte: ESP/MG; 2013.
28. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, Subsecretaria de Vigilância e Proteção à Saúde. Instrutivo para Execução e Avaliação das Ações de Vigilância em Saúde: projeto fortalecimento da vigilância em saúde em Minas Gerais. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais; 2014.
29. Pallarés EC, Alves GG, Aerts D, Câmara S, Tovo M. Atenção primária em saúde: a adequação ao modelo da vigilância da saúde em município do sul do Brasil. Aletheia. 2016;49(2):89–109.
30. Albuquerque AC, Cesse EÂP, Samico IC, Felisberto E, Frias PG, Silva GC. Desafios para regionalização da Vigilância em Saúde na percepção de gestores

- de regiões de saúde no Brasil. *Saúde Debate*. 2021;45(128):29–41. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202112802>
31. Junges JR, Barbiani R. Interfaces entre território, ambiente e saúde na atenção primária: uma leitura bioética. *Rev Bioét*. 2013;21(2):207–17. <https://doi.org/10.1590/S1983-80422013000200003>
 32. Campos CEA. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2003;8(2):569–84. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000200018>
 33. Silva CMSC, Junges JR, Barbiani R, Schaefer R, Nora CRD. Processo de trabalho na vigilância em saúde no Brasil: uma scoping review. *Cad Saúde Colet Rio J*. 2021;29(4):604–15. <https://doi.org/10.1590/1414-462x202129040274>
 34. Santos AL, Rigotto RM. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. *Trab Educ Saúde*. 2011;8(3):387–406. <https://doi.org/10.1590/S1981-77462010000300003>
 35. Faria LS, Bertolozzi MR. Aproximações teóricas acerca da Vigilância à Saúde: um horizonte para a integralidade. *Acta Paul Enferm*. 2009;22(4):422–7. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002009000400012>
 36. Oliveira CM, Casanova ÂO. Vigilância da saúde no espaço de práticas da atenção básica. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009;14(3):929–36. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000300029>
 37. Silva CMSC. A integração entre a atenção básica e a vigilância em saúde: um estudo de caso [Dissertação de mestrado]. São Leopoldo: Universidade do Vale do Rio dos Sinos; 2013.
 38. Costa ILOF, Trindade CBS, Chaves ECR, Ferreira IP, Lima SBA, Costa FB, et al. A vigilância em saúde e o planejamento nas equipes de atenção primária em saúde: revisão narrativa. *REAS*. 2020;(53):e3622. <https://doi.org/10.25248/reas.e3622.2020>

39. de Almeida MG, Santos L. Atenção Básica e Vigilância em Saúde: os desafios da prática no território. *Divulg Saúde Debate*. 2018;(58):177-84.
40. Teixeira CF, Vilasboas ALQ. Diretrizes para a integração entre Atenção Básica e Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. (Documento preliminar para revisão).
41. Patricio M. Integração vigilância em saúde e atenção primária uma experiência da atuação da supervisão de apoio institucional na região nordeste. *Revista Gespevida*. 2021;7(17):134-44.
42. Hass CB. Interfaces e desafios para integração entre vigilância em saúde e atenção primária à saúde em municípios da região metropolitana de Porto Alegre, RS. [Dissertação de Mestrado]. São Leopoldo: Universidade do Vale do Rio dos Sinos; 2011.
43. Araujo MGMC, Gome ACO, Cruz PJSC. Participação social na Vigilância em Saúde e Atenção Básica. *Prát Cuid Rev Saude Colet*. 2021;2:e12197.
44. Louzado JA. Práticas de programação da atenção básica e da vigilância da saúde de um município em gestão plena do sistema municipal [Dissertação de Mestrado]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2008.
45. Brasil. Decreto nº 11.098 de 20 de junho de 2022. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde e remaneja e transforma cargos em comissão e funções de confiança. *Diário Oficial da União* 2022; 21 jun.
46. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 507, de 16 de março de 2016. *Diário Oficial da União* 2016; 05 maio.
47. Brasil. Decreto nº 10.531, de 26 de outubro de 2020. Institui a Estratégia Federal de Desenvolvimento para o Brasil no período de 2020 a 2031. *Diário Oficial da União* 2020; 27 out.
48. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 583, de 10 de maio de 2018. *Diário Oficial da União* 2018; 13 ago.

49. Pinho FLWJ. Integração da Vigilância em Saúde e Atenção Básica na Zona Noroeste de Santos: desafios do controle de endemias [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2022.
50. Paniagua FAT. Trilhas da articulação das vigilâncias com a atenção básica no município de São Bernardo do Campo: análise da experiência do Núcleo em Vigilância em Saúde-NEVS [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2022.
51. Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Núcleo de Vigilância em Saúde na Atenção Básica. NUVIS-AB Documento norteador 2022. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo; 2022.
52. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. 12ª Conferência Nacional de Saúde: conferência Sergio Arouca. Brasília: Conselho Nacional de Saúde; 2004. (Relatório final).
53. 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 União 2012; 24 ago.
54. Dias MDA, Bertolini GCS, Pimenta AL. Saúde do trabalhador na atenção básica: análise a partir de uma experiência municipal. Trab Educ Saúde. 2011;9(1):137–48. <https://doi.org/10.1590/S1981-77462011000100010>
55. Amorim LA, Silva TL, Faria HP, Machado JMH, Dias EC. Vigilância em Saúde do Trabalhador na Atenção Básica: aprendizagens com as equipes de Saúde da Família de João Pessoa, Paraíba, Brasil. Ciênc Saúde Colet. 2017;22(10):3403–13. <https://doi.org/10.1590/1413-812320172210.17532017>
56. Balista SRR, Santiago SM, Corrêa Filho HR. A atenção à saúde do trabalhador nas unidades básicas de saúde do SUS: estudo de caso em Campinas, São Paulo. Rev Bras Saúde Ocup. 2011;36(124):216–26. <https://doi.org/10.1590/S0303-76572011000200005>
57. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.728, de 11 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e dá outras providências. Diário Oficial da União 2009; 12 nov.

58. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 1.679, de 19 de setembro de 2002. Dispõe sobre a estruturação da rede nacional de atenção integral à saúde do trabalhador no SUS e dá outras providências. Diário Oficial da União 2002; 20 set.
59. Ministério da Saúde, Secretaria de Política de Saúde, Área Técnica de Saúde do Trabalhador. Saúde do trabalhador: módulo instrucional de capacitação da rede básica de saúde do SUS em saúde do trabalhador. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
60. Santos APL, Lacaz FAC. Apoio matricial em saúde do trabalhador: tecendo redes na atenção básica do SUS, o caso de Amparo/ SP. Ciênc Saúde Coletiva. 2012;17(5):1143–50. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000500008>
61. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde do trabalhador e da trabalhadora. Brasília: Ministério da Saúde; 2018. (Cadernos de Atenção Básica 41).
62. Chiavegatto CV. Percepção dos profissionais de nível superior da atenção primária quanto ao desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador no SUS em Minas Gerais [Dissertação de Mestrado]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2010.
63. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Manual de Normas e Procedimentos Técnicos para a Vigilância da Saúde do Trabalhador. Salvador: CESAT/SESAB; 2002.
64. Dias EC, Silva TL. Contribuições da Atenção Primária em Saúde para a implementação da Política Nacional de Saúde e Segurança no Trabalho (PNSST). Rev Bras Saúde Ocup. 2013;38(127):31–43. <https://doi.org/10.1590/S0303-76572013000100007>
65. Fernandes GCPS. Vigilância em saúde do trabalhador no Brasil: conceito e desafios. Rev Labor. 2017;1(18):50. <https://doi.org/10.29148/labor.v1i18.31594>
66. Lacaz FAC, Trapé A, Soares CB, Santos APL. Estratégia saúde da família e saúde do trabalhador: um diálogo possível? Interface Comun Saúde Educ. 2013;17(44):75–87. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832013000100007>

67. Ministério da Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde. Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. (Série A. Normas e Manuais Técnicos, n. 114).
68. Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. Construindo ações de saúde do trabalhador no âmbito das Superintendências e Gerências Regionais de Saúde. Belo Horizonte: SES/MG; 2011.
69. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde, Diretoria de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador. Guia para Análise da Situação de Saúde do Trabalhador: SUS/Bahia. Salvador: DIVAST; 2014.
70. Silva TL, Dias EC, Ribeiro ECO. Saberes e práticas do agente comunitário de saúde na atenção à saúde do trabalhador. Interface Comun Saúde Educ. 2011;15(38):859–70. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832011005000035>
71. Maciel TRS. Análise das ações de vigilância em saúde do trabalhador realizadas pelos CEREST da Região Centro-Oeste do Brasil [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2014.
72. Andrade AGM. Atenção Primária à Saúde: tecendo a rede de cuidado do usuário-trabalhador no território [Dissertação de Mestrado]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2019.
73. Silva DP, Freitas RF, Souza LF, Teixeira NA, Dias EC, Rocha JSB. Práticas profissionais em saúde do trabalhador na Atenção Primária: desafios para implementação de políticas públicas. Ciênc Saúde Coletiva. 2021;26(12):6005–16. <https://doi.org/10.1590/1413-812320212612.14842021>
74. Aguiar Junior VS, Vasconcellos LCF. Reflexões sobre a relação trabalho-saúde de crianças e adolescentes: um espaço de intervenção na formação em Saúde do Trabalhador. Rev Bras Saúde Ocup. 2020;45:e5. <https://doi.org/10.1590/2317-6369000035018>
75. Vianna DSM. Vigilância em saúde do trabalhador: um manual operacional para trabalhadores da atenção primária à saúde, Pernambuco [Dissertação de Mestrado]. Recife: Fundação Oswaldo Cruz; 2015.

76. Cangussu BM. A categoria território como ferramenta estratégica no planejamento das ações de vigilância em saúde do trabalhador no SUS: uma experiência participativa na região sul do município de Palmas – Tocantins [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2014.
77. Pioner LM. Avaliação da vigilância em saúde do trabalhador na Estratégia de Saúde da Família em municípios integrantes da 6ª Secretaria de Desenvolvimento Regional de Santa Catarina [Dissertação de Mestrado]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2012.
78. Coelho JG. Elaboração de um projeto pedagógico para qualificação dos agentes comunitários de saúde em vigilância à saúde do trabalhador: a construção compartilhada com os próprios sujeitos [Dissertação de Mestrado]. Vitória da Conquista: Fundação Oswaldo Cruz; 2016.
79. Vello LS. Saúde do trabalhador na atenção primária à saúde: estudo de caso em um município na região metropolitana de São Paulo [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2016.
80. Amorim LA. Vigilância em saúde do trabalhador na atenção básica: contribuições para o aprimoramento das ações de saúde no município de João Pessoa, PB [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2016. <https://doi.org/10.1590/1413-812320172210.17532017>
81. Quintino ND. Vigilância em saúde dos trabalhadores: potencialidades da matriz FPREEA [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2009.
82. Pereira KKEA, Egídio EDN, Pereira NKEA, Lisboa AR, Egidio ES, Oliveira IB. A vigilância em saúde do trabalhador na atenção básica. Rev Bras Educ Saúde. 2015;5(4):50–5.
83. Silva JJR. Desafios para implantação da vigilância em saúde do trabalhador na atenção primária à saúde: a experiência e atuação do CEREST Regional Araguaína [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2015.
84. Dias EC, Silva TL, Machado JM, Amorim, LA. Diretrizes para o desenvolvimento de ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador pelas equipes da Atenção Básica/Saúde da Família. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2016.
85. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.437, de 7 de dezembro de 2005. Dispõe sobre a ampliação e o fortalecimento da Rede Nacional de Atenção Integral à

Saúde do Trabalhador - RENAST no Sistema Único de Saúde - SUS e dá outras providências. Diário Oficial da União 2005; 9 dez.

86. Souza TS, Virgens LS. Saúde do trabalhador na Atenção Básica: interfaces e desafios. Rev Bras Saúde Ocup. 2013;38(128):292–301. <https://doi.org/10.1590/S0303-76572013000200016>
87. Arreaza ALV, Moraes JC. Vigilância da saúde: fundamentos, interfaces e tendências. Ciênc Saúde Coletiva. 2010;15(4):2215–28. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000400036>
88. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. Diretrizes nacionais para a prevenção e controle de epidemias de dengue. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
89. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de normas e procedimentos para vacinação. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
90. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. Diretriz para atuação em situações de surtos de doenças e agravos de veiculação hídrica. Brasília: Ministério da Saúde; 2018.
91. Chiaravalloti Neto F, Barbosa AAC, Cesarino MB, Favaro EA, Mondini A, Ferraz AA, et al. Controle do dengue em uma área urbana do Brasil: avaliação do impacto do Programa Saúde da Família com relação ao programa tradicional de controle. Cad Saúde Pública. 2006;22(5):987–97. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000500011>
92. Bezerra LCA, Freese E, Frias PG, Samico I, Almeida CKA. A vigilância epidemiológica no âmbito municipal: avaliação do grau de implantação das ações. Cad Saúde Pública. 2009;25(4):827–39. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000400014>
93. Carvalho EF, Cesse EÂP, Albuquerque MIN, Albuquerque LC, Dubeux LS. Avaliação da Vigilância Epidemiológica em âmbito municipal. Rev Bras

Saúde Materno Infant. 2005;5(supl 1):s53–62. <https://doi.org/10.1590/S1519-38292005000500006>

94. Giovanella L, Martufi V, Mendoza DCR, Mendonça MHM, Bousquat A, Aquino R, et al. A contribuição da Atenção Primária à Saúde na rede SUS de enfrentamento à Covid-19. *Saúde Debate*. 2020;44(spe4):161–76. <https://doi.org/10.1590/0103-11042020e410>
95. Coêlho BP. A reformulação da clínica a partir de diretrizes para atenção e gestão na saúde: subjetividade, política e invenção de práticas [Tese de Doutorado]. Recife: Fundação Oswaldo Cruz; 2012.
96. Prado NMBL, Biscarde DG S, Pinto Junior EP, Santos HLPC, Mota SEC, Menezes ELC, 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*. 2021;26(7):2843–57. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021267.00582021>
97. Barbosa MCL, Costa MCN, Teixeira MG, Mota ELA, Pereira SM. Efeitos da descentralização das ações de vigilância epidemiológica para as equipes de saúde da família. *Epidemiol Serv Saúde*. 2010;19(4):347–54. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742010000400005>
98. Oliveira CBB, Assolini FEP, Protti ST, Souza KMJ, Monroe AA, Villa TCS, et al. Management in primary health care: discourses about the search for respiratory symptomatics of tuberculosis. *Texto Contexto Enferm*. 2016;25(3):e2330015. <https://doi.org/10.1590/0104-07072016002330015>
99. Oliveira NF. O processo de notificação da violência contra crianças e adolescentes por profissionais da Estratégia Saúde da Família em Manaus [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2019.
100. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Orientações para implantação dos testes rápidos de HIV e sífilis na Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.

101. Costa CS, Rocha AM, Silva GS, Jesus RPFS, Albuquerque AC. Programa de Controle da Esquistossomose: avaliação da implantação em três municípios da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. *Saúde Debate*. 2017;41(spe):229–41. <https://doi.org/10.1590/0103-11042017s17>
102. Linhares MSC, Freitas CASL, Teixeira AKM, Dias RV, Flor SMC, Soares JSA, et al. Programa de Educação para o Trabalho e Vigilância em Saúde. *Trab Educ Saúde*. 2013;11(3):679–92. <https://doi.org/10.1590/S1981-77462013000300012>
103. Borba SMLS. Vigilância epidemiológica da hanseníase na atenção básica: o caso do município de Itaboraí, região metropolitana do Rio de Janeiro [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2015.
104. Freitas DA. Avaliação da adequação dos serviços de atenção primária do município do Rio de Janeiro para assistência a pacientes com suspeita de dengue [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2015.
105. Penteado SAF A, Ono Y, Martins SR, Vieira ME S. Integração da supervisão de vigilância em saúde Santo Amaro e Cidade Ademar com atenção básica, 2009 e 2010 na coordenadoria regional de saúde. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde; 2010.
106. Ozahata CH. Interação entre a vigilância em saúde e a atenção básica nas ações de controle da dengue em Jundiaí – SP. *BIS*. 2016;17(supl):69-73.
107. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.722, de 15 de outubro de 2019. Estabelece incentivo financeiro para implementação e fortalecimento das ações de ampliação da cobertura vacinal da Tríplice Viral e de prevenção, controle do surto e interrupção da cadeia de transmissão do sarampo e outros agravos imunopreveníveis, no âmbito da Vigilância em Saúde e Atenção Primária à Saúde. *Diário Oficial da União* 2019; 16 out.
108. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.347, de 24 de julho de 2002. Institui o Programa Nacional de Controle da Dengue e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2002; 26 jul.

109. Ministério da Saúde. Portaria nº 263, de 5 de fevereiro de 2002. Diário Oficial da União 2002; 6 fev.
110. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.080, de 31 de outubro de 2003. Institui o Programa Nacional para Prevenção e Controle das Hepatites Virais, o Comitê Técnico de Acompanhamento e Assessoramento do Programa e dá outras providências. Diário Oficial da União 2003; 4 nov.
111. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.932, de 09 de outubro de 2003. Institui o Programa Nacional de Prevenção e Controle da malária, o Comitê Técnico de Acompanhamento e Assessoramento do Programa e dá outras providências. Diário Oficial da União 2003; 10 out.
112. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.933, de 09 de outubro de 2003. Institui o Programa Nacional de Controle da Dengue, o Comitê Técnico de Acompanhamento e Assessoramento do Programa e dá outras providências. Diário Oficial da União 2003; 10 out.
113. Ministério da Saúde. Portaria nº 586, de 06 de abril de 2004. Institui conjunto de ações e medidas coordenadas para a eliminação da hanseníase. Diário Oficial da União 2004; 8 abr.
114. Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde. Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD). Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
115. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Plano Diretor de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa; 2007.
116. Chagas MF, Villela WV. Vigilância Sanitária e promoção de saúde: apontamentos para além da regulação e controle. Vigil. Sanit. Debate. 2014;2(3):30–6. <https://doi.org/10.3395/vd.v2i3.178>
117. Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária: efetivar o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária proteger e promover a saúde, construindo cidadania. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2001.

118. Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Centro de Colaboradores em Vigilância Sanitária – CECOVisA/NESCON. Textos de Vigilância Sanitária: VISA na atenção básica. Brasília: Anvisa; 2002.
119. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Vigilância em Saúde parte 2. Coleção para Entender a Gestão do SUS. Brasília: CONASS; 2015.
120. Moutinho FFB, Campos MG, Jesus PBR. A importância da implementação de ações educativas em vigilância sanitária pelas equipes da estratégia saúde da família: breve revisão. Rev APS. 2012;15(2):206-13.
121. O'Dwyer G, Tavares MFL, De Seta MH. O desafio de operacionalizar as ações de vigilância sanitária no âmbito da promoção da saúde e no locus saúde da família. Interface. 2007;11(23):467–84. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832007000300006>
122. Sales Neto MR. “Todos buscamos a melhoria da saúde, mas trabalhamos isoladamente”: integração entre vigilância sanitária e atenção primária à saúde [Dissertação de Mestrado]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2016.
123. Sales Neto MR, Paiva FM, Lopes NMS, Lôbo CDA, Gondim APS. Vigilância Sanitária e Atenção Primária à Saúde: dimensões e práticas colaborativas em uma capital. Vigil Sanit Debate. 2021;9(3):84–91. <https://doi.org/10.22239/2317-269X.01653>
124. Adalberto SAS. Vigilância sanitária e atenção básica: percepção dos agentes comunitários de saúde em um município do interior de São Paulo. [Dissertação de Mestrado]. São Carlos: Universidade Federal de São Carlos; 2019.
125. Barcellos C, Quitério LAD. Vigilância ambiental em saúde e sua implantação no Sistema Único de Saúde. Rev Saúde Pública. 2006;40(1):170–7. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102006000100025>
126. Bezerra ACV. Vigilância em saúde ambiental no Brasil: heranças e desafios. Saúde Soc. 2017;26(4):1044–57. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902017170093>

127. Ministério da Saúde, Fundação Nacional da Saúde. Vigilância ambiental em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
128. Libanio KR, Favoreto CAO, Pinheiro R. Análise da integração da Vigilância Ambiental no controle da dengue com a Estratégia Saúde da Família: impacto nos saberes e práticas dos agentes comunitários de saúde. *Physis*. 2014;24(1):147-63. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312014000100009>
129. Canal H, Kuhn MF. Cartografias participativas e abordagens em saúde e ambiente. *Sustentabilidade Em Debate*. 2018;9(1):95–106. <https://doi.org/10.18472/SustDeb.v9n1.2018.26954>
130. Canal H, Verdum R. Conhecendo e construindo a saúde pelo ambiente: uma proposta de leitura participativa e territorializada em saúde ambiental. *Confins*. 2018;35. <https://doi.org/10.4000/confins.13137>
131. Addum FM, Serra CG, Sessa KS, Izoton LM, Santos TB. Planejamento local, Saúde Ambiental e Estratégia Saúde da Família: uma análise do uso de ferramentas de gestão para a redução do risco de contaminação por enteroparasitoses no município de Venda Nova do Imigrante. *Physis* 2011;21(3):955–78. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312011000300011>
132. Silva VA. Avaliação do Programa de Saúde da Família na perspectiva da atenção primária ambiental [Dissertação de Mestrado]. Viçosa: Universidade Federal de Viçosa; 2009.
133. Ribeiro TML. Saúde ambiental no contexto da estratégia saúde da família [Dissertação de Mestrado]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2013.
134. Ministério da Saúde. Instrução Normativa nº 01, de 7 de março de 2005. Regulamenta a Portaria nº 1.172/2004/GM, no que se refere às competências da União, estados, municípios e Distrito Federal na área de vigilância em saúde ambiental. *Diário Oficial da União* 2005; 8 mar.
135. Dias EC, Rigotto RM, Augusto LGS, Cancio J, Hoefel MGL. Saúde ambiental e saúde do trabalhador na atenção primária à saúde, no SUS:

oportunidades e desafios. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009;14(6):2061–70.
<https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000600013>

136. Dias EC, Silva TL, Almeida MHC. Desafios para a construção cotidiana da vigilância em saúde ambiental e em saúde do trabalhador na atenção primária à saúde. *Cad Saúde Colet*. 2012;20(1):15-24.
137. Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária; Universidade Federal de Minas Gerais. Ações de vigilância sanitária na atenção básica: relatório de pesquisa. Belo Horizonte: Univerddade Federal de Minas Gerais; 2006.
138. Ladislau JLB. Agentes comunitários de Saúde para combater a malária no norte do país. *Rev Bras Saúde Fam*. Ano VIII(16):46-9, 2007.
139. Faria RM. A territorialização da Atenção Básica à Saúde do Sistema Único de Saúde do Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2020;25(11):4521-30.
<https://doi.org/10.1590/1413-812320202511.30662018>
140. Monken M, Barcellos C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. *Cad Saúde Pública*. 2005;21(3):898-906. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000300024>
141. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019 - Dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil. *Diário Oficial da União* 2019; 11 dez.
142. Limongi JE, Caldeira BFA, Gonçalves LA, Félix CG, Bonito RF, Silva VP. Estrutura e processos da Vigilância em Saúde em municípios mineiros: uma análise qualiquantitativa. *Cad Saúde Coletiva*. 2017;25(1):31–44.
<https://doi.org/10.1590/1414-462x201700010351>

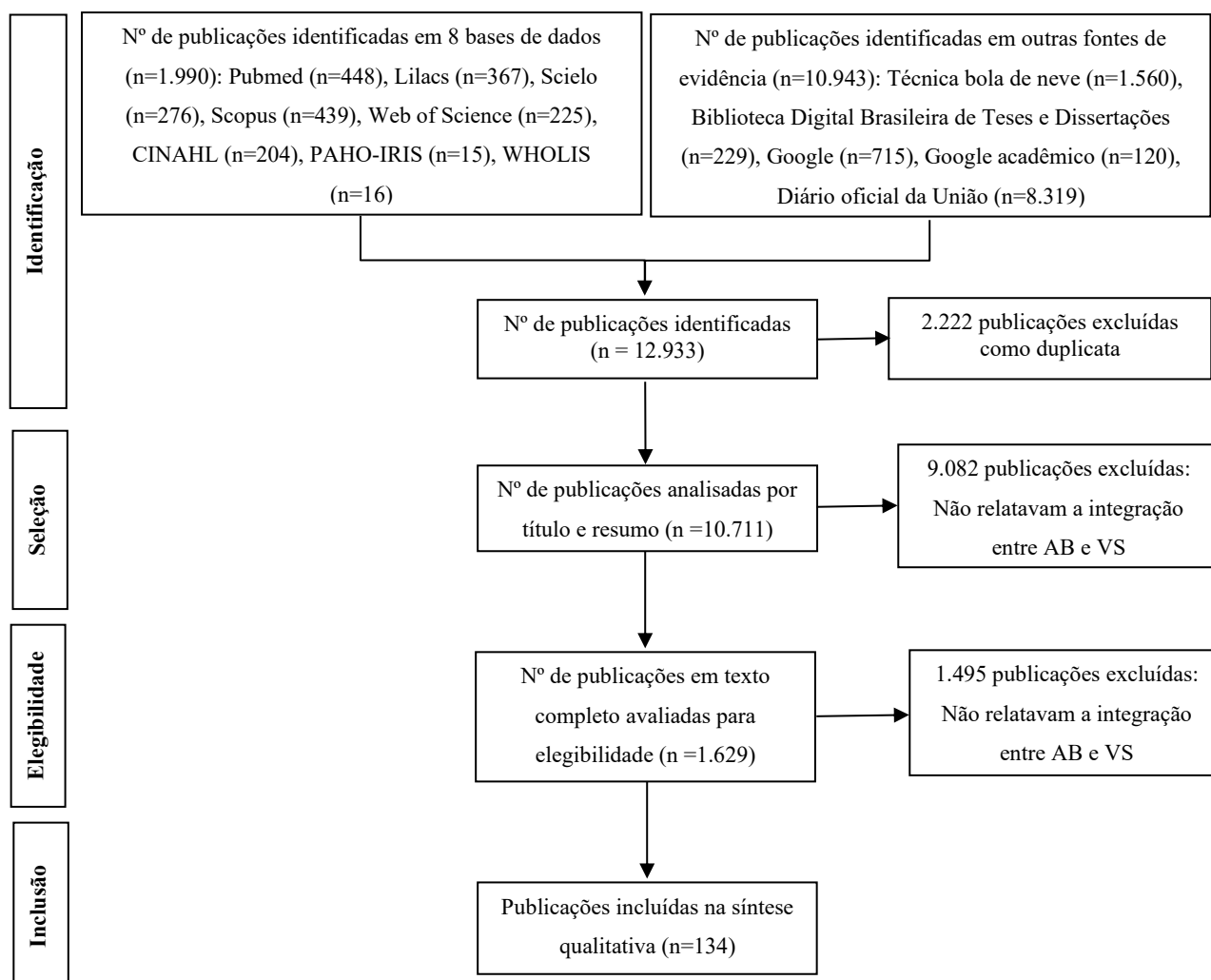
Quadro 1. Estratégias de busca nas bases de dados e número de resultados.

Base	Estratégia	Resultados
Scielo (Scielo.org)	("Atenção Primária à Saúde" OR "Atenção Primária" OR "Atenção Básica" OR "Primary Health Care" OR "Primary Care" OR "Atención Primaria de Salud" OR "Atención Básica") AND (("Vigilância Sanitária" OR "Health Surveillance" OR "Vigilancia Sanitaria") OR ("Vigilância em Saúde Pública" OR "Vigilância da Saúde" OR "Vigilancia da Saúde Pública" OR "Vigilancia em Saúde" OR "Public Health Surveillance" OR "Vigilancia en Salud Pública" OR "Vigilancia de la Salud" OR "Vigilancia de la Salud Pública" OR "Vigilancia en Salud") OR ("Vigilância em Saúde do Trabalhador" OR "Vigilância da Saúde do Trabalhador" OR "Surveillance of the Workers Health" OR VISAT OR "Vigilancia de la Salud del Trabajador") OR ("Vigilância Sanitária Ambiental" OR "Vigilância Ambiental em Saúde" OR "Vigilância da Saúde Ambiental" OR "Vigilância em Saúde Ambiental" OR "Environmental Health Surveillance" OR "Health Surveillance of Environments" OR "Vigilancia Sanitaria Ambiental" OR "Vigilancia Ambiental en Salud" OR "Vigilancia de la Salud Ambiental" OR "Vigilancia en Salud Ambiental") OR ("Monitoramento Epidemiológico" OR "Vigilância Epidemiológica" OR "Epidemiological Monitoring" OR "Surveillance, Epidemiologic" OR "Monitoreo Epidemiológico" OR "Vigilancia Epidemiológica"))	276
Pubmed/MEDLINE	("Primary Health Care"[Mesh] OR "Primary Health Care"[tiab] OR "Primary Care"[tiab]) AND (("Health Surveillance"[tiab] OR ("Public Health Surveillance"[Mesh] OR "Public Health Surveillance"[tiab]) OR ("Surveillance of the Workers Health"[tiab] OR VISAT[tiab]) OR ("Environmental Health Surveillance"[tiab] OR "Health Surveillance of Environments"[tiab]) OR ("Epidemiological Monitoring"[Mesh] OR "Epidemiological Monitoring"[tiab] OR "Surveillance, Epidemiologic"[tiab]))	448
Scopus	TITLE-ABS-KEY(("Primary Health Care" OR "Primary Care") AND (("Health Surveillance") OR ("Public Health Surveillance") OR ("Surveillance of the Workers Health" OR visat) OR ("Environmental Health Surveillance" OR "Health Surveillance of Environments") OR ("Epidemiological Monitoring" OR "Surveillance, Epidemiologic"))))	439
Web of science	TS=(("Primary Health Care" OR "Primary Care") AND (("Health Surveillance") OR ("Public Health Surveillance") OR ("Surveillance of the Workers Health" OR "VISAT") OR ("Environmental Health Surveillance" OR "Health Surveillance of Environments") OR ("Epidemiological Monitoring" OR "Surveillance, Epidemiologic"))))	225
CINAHL	("Primary Health Care" OR "Primary Care") AND (("Health Surveillance") OR ("Public Health Surveillance") OR ("Surveillance of the Workers Health" OR visat) OR ("Environmental Health Surveillance" OR "Health Surveillance of Environments") OR ("Epidemiological Monitoring" OR "Surveillance, Epidemiologic"))	204
Lilacs	(mh:("Atenção Primária à Saúde" OR "Primary Health Care" OR "Atención Primaria de Salud") OR ti:("Atenção Primária à Saúde" OR "Primary Health Care" OR "Atención Primaria de Salud" OR "Atenção Básica" OR "Atenção Primária" OR "Primary Care" OR "Atención Básica") OR ab:("Atenção Primária à Saúde" OR "Primary Health Care" OR "Atención Primaria de Salud" OR "Atenção Básica" OR "Atenção Primária" OR "Primary Care" OR "Atención Básica")) AND ((mh:("Vigilância Sanitária" OR "Health Surveillance" OR "Vigilancia Sanitaria" OR "Vigilância em Saúde Pública" OR "Public Health Surveillance" OR "Vigilancia en Salud Pública" OR "Vigilância em Saúde do Trabalhador" OR "Surveillance of the Workers Health" OR "Vigilancia de la Salud del Trabajador" OR "Vigilância Sanitária Ambiental" OR "Environmental Health Surveillance" OR "Vigilancia Sanitaria Ambiental" OR "Monitoramento Epidemiológico" OR "Epidemiological Monitoring" OR "Monitoreo Epidemiológico") OR ti:("Vigilância Sanitária" OR "Health Surveillance" OR "Vigilancia Sanitaria" OR "Vigilância em Saúde Pública" OR "Public Health Surveillance" OR "Vigilancia en Salud Pública" OR "Vigilância da Saúde" OR "Vigilância da Saúde Pública" OR "Vigilância em Saúde" OR "Vigilancia de la Salud" OR "Vigilancia de la Salud Pública" OR "Vigilancia en Salud" OR	367

	"Vigilância em Saúde do Trabalhador" OR "Surveillance of the Workers Health" OR "Vigilancia de la Salud del Trabajador" OR "Vigilância da Saúde do Trabalhador" OR "VISAT" OR "Vigilância Sanitária Ambiental" OR "Environmental Health Surveillance" OR "Vigilancia Sanitaria Ambiental" OR "Vigilância Ambiental em Saúde" OR "Vigilância da Saúde Ambiental" OR "Vigilância em Saúde Ambiental" OR "Health Surveillance of Environments" OR "Vigilancia Ambiental en Salud" OR "Vigilancia de la Salud Ambiental" OR "Vigilancia en Salud Ambiental" OR "Monitoramento Epidemiológico" OR "Epidemiological Monitoring" OR "Monitoreo Epidemiológico" OR "Vigilância Epidemiológica" OR "Surveillance, Epidemiologic" OR "Vigilancia Epidemiológica") OR ab:("Vigilância Sanitária" OR "Health Surveillance" OR "Vigilancia Sanitaria" OR "Vigilância em Saúde Pública" OR "Public Health Surveillance" OR "Vigilancia en Salud Pública" OR "Vigilância da Saúde" OR "Vigilância da Saúde Pública" OR "Vigilância em Saúde" OR "Vigilancia de la Salud" OR "Vigilancia de la Salud Pública" OR "Vigilancia en Salud" OR "Vigilância em Saúde do Trabalhador" OR "Surveillance of the Workers Health" OR "Vigilancia de la Salud del Trabajador" OR "Vigilância da Saúde do Trabalhador" OR "VISAT" OR "Vigilância Sanitária Ambiental" OR "Environmental Health Surveillance" OR "Vigilancia Sanitaria Ambiental" OR "Vigilância Ambiental em Saúde" OR "Vigilância da Saúde Ambiental" OR "Vigilância em Saúde Ambiental" OR "Health Surveillance of Environments" OR "Vigilancia Ambiental en Salud" OR "Vigilancia de la Salud Ambiental" OR "Vigilancia en Salud Ambiental" OR "Monitoramento Epidemiológico" OR "Epidemiological Monitoring" OR "Monitoreo Epidemiológico" OR "Vigilância Epidemiológica" OR "Surveillance, Epidemiologic" OR "Vigilancia Epidemiológica")) (db:("LILACS"))	
PAHO	(mh:("Atenção Primária à Saúde" OR "Primary Health Care" OR "Atención Primaria de Salud") OR ti:("Atenção Primária à Saúde" OR "Primary Health Care" OR "Atención Primaria de Salud" OR "Atenção Básica" OR "Atenção Primária" OR "Primary Care" OR "Atención Básica") OR ab:("Atenção Primária à Saúde" OR "Primary Health Care" OR "Atención Primaria de Salud" OR "Atenção Básica" OR "Atenção Primária" OR "Primary Care" OR "Atención Básica")) AND ((mh:("Vigilância Sanitária" OR "Health Surveillance" OR "Vigilancia Sanitaria" OR "Vigilância em Saúde Pública" OR "Public Health Surveillance" OR "Vigilancia en Salud Pública" OR "Vigilância em Saúde do Trabalhador" OR "Surveillance of the Workers Health" OR "Vigilancia de la Salud del Trabajador" OR "Vigilância Sanitária Ambiental" OR "Environmental Health Surveillance" OR "Vigilancia Sanitaria Ambiental" OR "Monitoramento Epidemiológico" OR "Epidemiological Monitoring" OR "Monitoreo Epidemiológico") OR ti:("Vigilância Sanitária" OR "Health Surveillance" OR "Vigilancia Sanitaria" OR "Vigilância em Saúde Pública" OR "Public Health Surveillance" OR "Vigilancia en Salud Pública" OR "Vigilância da Saúde" OR "Vigilância da Saúde Pública" OR "Vigilância em Saúde" OR "Vigilancia de la Salud" OR "Vigilancia de la Salud Pública" OR "Vigilancia en Salud" OR "Vigilância em Saúde do Trabalhador" OR "Surveillance of the Workers Health" OR "Vigilancia de la Salud del Trabajador" OR "Vigilância da Saúde do Trabalhador" OR "VISAT" OR "Vigilância Sanitária Ambiental" OR "Environmental Health Surveillance" OR "Vigilancia Sanitaria Ambiental" OR "Vigilância Ambiental em Saúde" OR "Vigilância da Saúde Ambiental" OR "Vigilância em Saúde Ambiental" OR "Health Surveillance of Environments" OR "Vigilancia Ambiental en Salud" OR "Vigilancia de la Salud Ambiental" OR "Vigilancia en Salud Ambiental" OR "Monitoramento Epidemiológico" OR "Epidemiological Monitoring" OR "Monitoreo Epidemiológico" OR "Vigilância Epidemiológica" OR "Surveillance, Epidemiologic" OR "Vigilancia Epidemiológica") OR ab:("Vigilância Sanitária" OR "Health Surveillance" OR "Vigilancia Sanitaria" OR "Vigilância em Saúde Pública" OR "Public Health Surveillance" OR "Vigilancia en Salud Pública" OR "Vigilância da Saúde" OR "Vigilância da Saúde Pública" OR "Vigilância em Saúde" OR "Vigilancia de la Salud" OR "Vigilancia de la Salud Pública" OR "Vigilancia en Salud" OR "Vigilância em Saúde do Trabalhador" OR "Surveillance of the Workers Health" OR "Vigilancia de la Salud del Trabajador" OR "Vigilância da Saúde do Trabalhador" OR "VISAT" OR "Vigilância Sanitária Ambiental" OR "Environmental Health Surveillance" OR "Vigilancia Sanitaria Ambiental" OR "Vigilância Ambiental em Saúde" OR "Vigilância da Saúde Ambiental" OR "Vigilância em Saúde Ambiental"	15

	OR "Health Surveillance of Environments" OR "Vigilancia Ambiental en Salud" OR "Vigilancia de la Salud Ambiental" OR "Vigilancia en Salud Ambiental" OR "Monitoramento Epidemiológico" OR "Epidemiological Monitoring" OR "Monitoreo Epidemiológico" OR "Vigilância Epidemiológica" OR "Surveillance, Epidemiologic" OR "Vigilancia Epidemiológica")) (db:("PAHOIRIS"))	
WHOLIS	(mh:("Atenção Primária à Saúde" OR "Primary Health Care" OR "Atención Primaria de Salud") OR ti:("Atenção Primária à Saúde" OR "Primary Health Care" OR "Atención Primaria de Salud" OR "Atenção Básica" OR "Atenção Primária" OR "Primary Care" OR "Atención Básica") OR ab:("Atenção Primária à Saúde" OR "Primary Health Care" OR "Atención Primaria de Salud" OR "Atenção Básica" OR "Atenção Primária" OR "Primary Care" OR "Atención Básica")) AND ((mh:("Vigilância Sanitária" OR "Health Surveillance" OR "Vigilancia Sanitaria" OR "Vigilância em Saúde Pública" OR "Public Health Surveillance" OR "Vigilancia en Salud Pública" OR "Vigilância em Saúde do Trabalhador" OR "Surveillance of the Workers Health" OR "Vigilancia de la Salud del Trabajador" OR "Vigilância Sanitária Ambiental" OR "Environmental Health Surveillance" OR "Vigilancia Sanitaria Ambiental" OR "Monitoramento Epidemiológico" OR "Epidemiological Monitoring" OR "Monitoreo Epidemiológico") OR ti:("Vigilância Sanitária" OR "Health Surveillance" OR "Vigilancia Sanitaria" OR "Vigilância em Saúde Pública" OR "Public Health Surveillance" OR "Vigilancia en Salud Pública" OR "Vigilância da Saúde" OR "Vigilância da Saúde Pública" OR "Vigilância em Saúde" OR "Vigilancia de la Salud" OR "Vigilancia de la Salud Pública" OR "Vigilancia en Salud" OR "Vigilância em Saúde do Trabalhador" OR "Surveillance of the Workers Health" OR "Vigilancia de la Salud del Trabajador" OR "Vigilância da Saúde do Trabalhador" OR "VISAT" OR "Vigilância Sanitária Ambiental" OR "Environmental Health Surveillance" OR "Vigilancia Sanitaria Ambiental" OR "Vigilância Ambiental em Saúde" OR "Vigilância da Saúde Ambiental" OR "Vigilância em Saúde Ambiental" OR "Health Surveillance of Environments" OR "Vigilancia Ambiental en Salud" OR "Vigilancia de la Salud Ambiental" OR "Vigilancia en Salud Ambiental" OR "Monitoramento Epidemiológico" OR "Epidemiological Monitoring" OR "Monitoreo Epidemiológico" OR "Vigilância Epidemiológica" OR "Surveillance, Epidemiologic" OR "Vigilancia Epidemiológica") OR ab:("Vigilância Sanitária" OR "Health Surveillance" OR "Vigilancia Sanitaria" OR "Vigilância em Saúde Pública" OR "Public Health Surveillance" OR "Vigilancia en Salud Pública" OR "Vigilância da Saúde" OR "Vigilância da Saúde Pública" OR "Vigilância em Saúde" OR "Vigilancia de la Salud" OR "Vigilancia de la Salud Pública" OR "Vigilancia en Salud" OR "Vigilância em Saúde do Trabalhador" OR "Surveillance of the Workers Health" OR "Vigilancia de la Salud del Trabajador" OR "Vigilância da Saúde do Trabalhador" OR "VISAT" OR "Vigilância Sanitária Ambiental" OR "Environmental Health Surveillance" OR "Vigilancia Sanitaria Ambiental" OR "Vigilância Ambiental em Saúde" OR "Vigilância da Saúde Ambiental" OR "Vigilância em Saúde Ambiental" OR "Health Surveillance of Environments" OR "Vigilancia Ambiental en Salud" OR "Vigilancia de la Salud Ambiental" OR "Vigilancia en Salud Ambiental" OR "Monitoramento Epidemiológico" OR "Epidemiological Monitoring" OR "Monitoreo Epidemiológico" OR "Vigilância Epidemiológica" OR "Surveillance, Epidemiologic" OR "Vigilancia Epidemiológica")) (db:("WHOLIS"))	16

Figura 1. Fluxograma PRISMA do processo de identificação, seleção e inclusão das publicações.



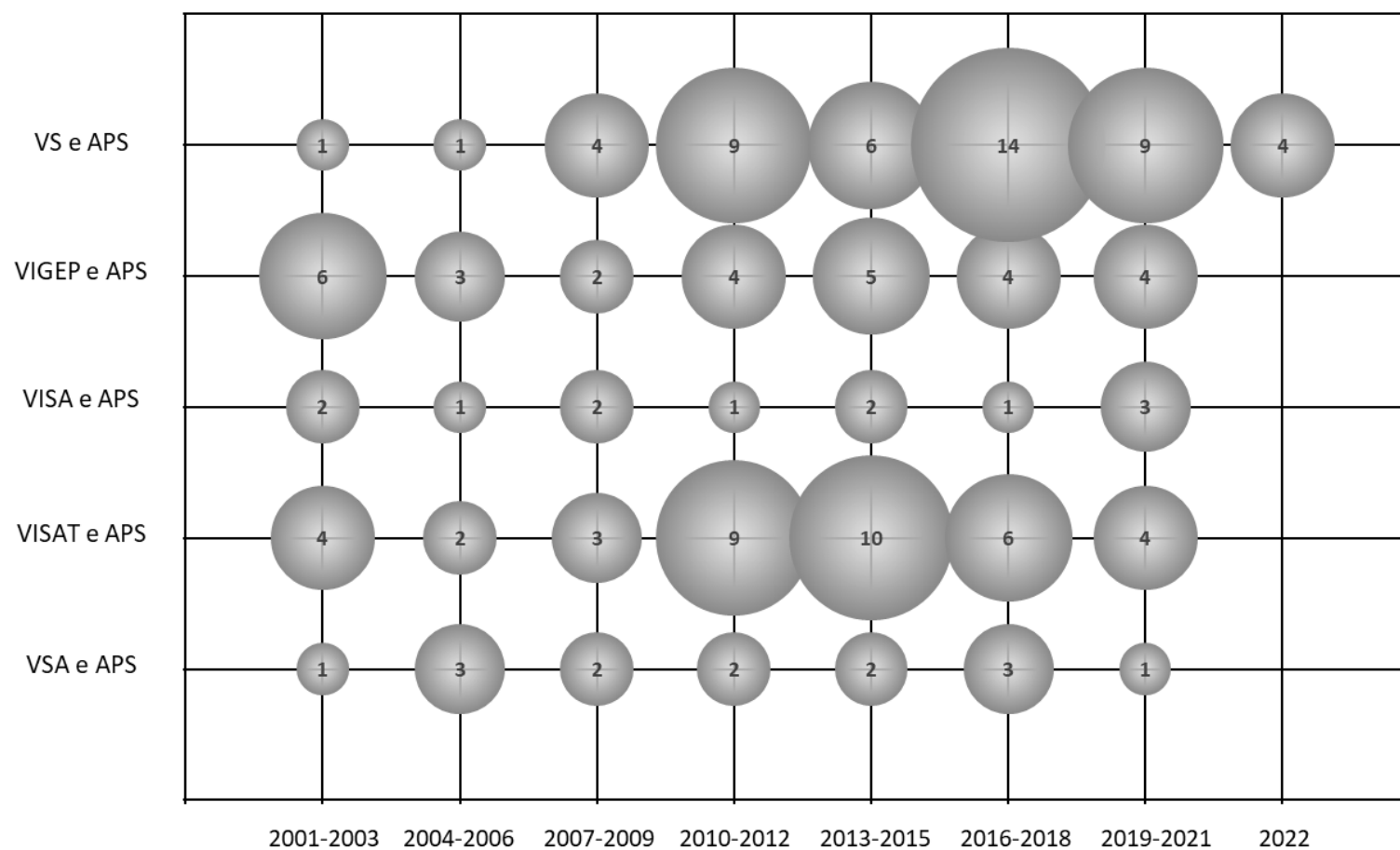


Figura 2. Gráfico de bolhas com o quantitativo de publicações sobre Vigilância em Saúde e Atenção Primária à Saúde, por triênio e área específica.

Legenda: VS: Vigilância em Saúde. VIGEP: Vigilância Epidemiológica; VISA: Vigilância Sanitária; VISAT: Vigilância em Saúde do Trabalhador e Trabalhadora; VSA: Vigilância em Saúde Ambiental. APS: Atenção Primária à Saúde.

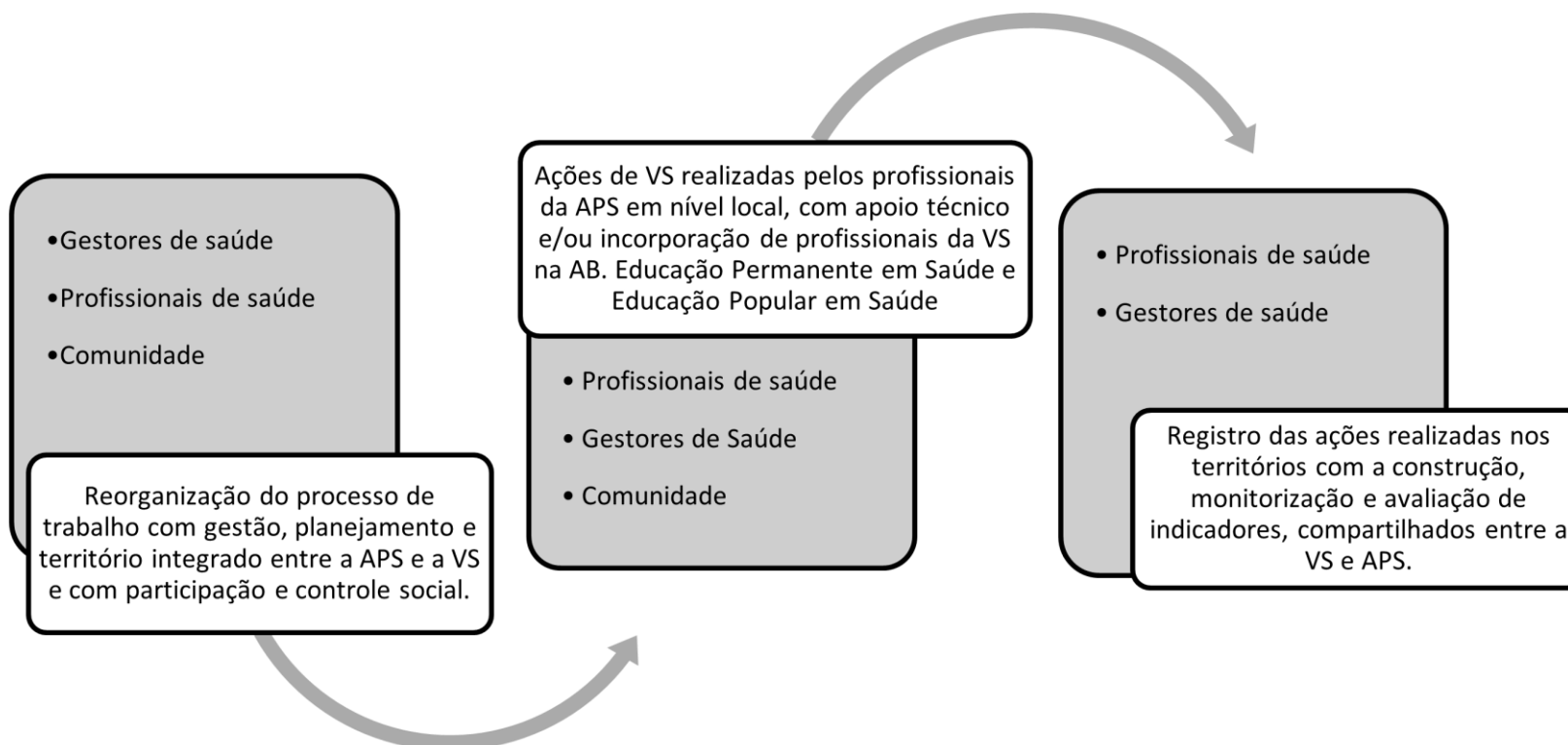


Figura 3. Recomendações chave para a integração dos serviços de Atenção Primária à Saúde e a Vigilância em Saúde no Brasil.

Território integrado entre APS e VS	2-7,13-17,20,21,24-29,32-34,36-38,50,51,61,62,64-66,72,76,82,86,88,94,95,106,114,118,124,128-131,135	4	10	2	5	26	0	1	48
Planejamento e programação de ações de VS e APS de forma conjunta	7,24-26,30,33,37—41,44,48-52,58,64,73,76,77,82,105,106,122,123	0	6	3	2	16	0	0	27
Mapeamento de áreas de risco	2,5,60,61,63,69,75,76,77,81,84-86,125,129	2	11	0	0	2	0	0	15
Registro de ações de VS e planejamento	2,5,7,11,17,24, 26, 28,131	1	0	0	0	8	0	0	9
Organização do processo de trabalho	6,7,40,41,105	0	0	0	1	4	0	0	5
Participação e controle social	20,40,43,52,117	0	0	1	0	4	0	0	5
Gestão colegiada entre APS e VS	31,44,54	0	1	0	0	2	0	0	3
Necessidade de protagonismo dos serviços municipais	4,6	0	0	0	0	1	0	1	2
Operacionalização do conceito de risco	29,131	1	0	0	0	1	0	0	2
Educação em Saúde e Educação na Saúde									
Educação Permanente em Saúde	4,6,23,24,26,27,31,33,39-41,48,51,54,55,57,62,64-66,68,70,73,77-80,83-86,94,97,101,102,106,121-123,128,132,136	2	18	3	5	15	1	1	44
Apoio matricial	2,5,26,38,53-55,60,61,64,66,68,71-73,78-80,84,86,106,136	0	18	0	1	2	1	0	22
Educação Popular em Saúde	52	0	0	1	0	0	0	0	1
Indicadores de Saúde									
Construção e monitorização de indicadores	2,5,40,41,53,80,81,105,115,125,133	2	3	1	1	5	0	0	12
Avaliação de indicadores pelos serviços de VS de forma integrada com a APS	2,5,7,17,48,53,61,102,115,125	1	2	1	1	5	0	0	10

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS DA DISSERTAÇÃO

BATISTELLA, C. E. C. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. In: FONSECA, A. F; CORBO, A. M. A (Org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 51-86.

BEZERRA, I. M. P.; SORPRESO, I. C. E. Conceitos de saúde e movimentos de promoção da saúde em busca da reorientação de práticas. **Journal of Human Growth and Development**, [s. l.], v. 26, n. 1, p. 11–20, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.7322/JHGD.113709>. Acesso em: 29 set. 2021. <https://doi.org/10.7322/jhgd.113709>

BOATENG, G. O. *et al.* Best Practices for Developing and Validating Scales for Health, Social, and Behavioral Research: a Primer. **Frontiers in Public Health**, [s. l.], v. 6, p. 149, 2018. Available at: <https://doi.org/10.3389/FPUBH.2018.00149>. Acesso em: 25 out. 2021. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2018.00149>

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde: Direito, Conquistas e Defesa de um SUS Público de Qualidade**. Brasília: CNS, 2017a.

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 União**: seção 1, Brasília, DF, ano 155, n. 155, p. 87, 13 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. 1. ed. Brasília: CONASS, 2011. *E-book*.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde: PCATool Brasil-2020**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 37, de 18 de janeiro de 2021**. Redefine registro das Equipes de Atenção Primária e Saúde Mental no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Brasília: 2021. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-37-de-18-de-janeiro-de-2021-299987615>. Acesso em: 25 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 30 set. 2021.

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). Brasília: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 15 mai. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007**. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html. Acesso em: 29 set. 2021.

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**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. *E-book*.

CAMARGO JR, K. R. Sobre as necessidades de saúde: um labirinto conceitual. **Cad. Saúde Pública**, v. 34, n.6, p. 1-10, 2018. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00113717>

CAMPOS, C.M.S.; MISHIMA, S.M. Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil e do Estado. **Cad. Saúde Pública**, v.21, n.4, p.1260-8, 2005. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000400029>

COLUCI, M.Z.O.; ALEXANDRE, N.M.C.; MILANI, D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n.3, p.925-936, 2015. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015203.04332013>

FACCHINI, L. A.; TOMASI, E.; DILÉLIO, A. S. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde em Debate**, [s. l.], v. 42, n. spe1, p. 208–223, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/TmzJ4T4MkCxFxbpxTFXJsd/?lang=pt>. Acesso em: 19 set. 2021. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s114>

FRANCO NETTO, G. *et al.* Vigilância em saúde brasileira: Reflexões e contribuição ao debate da 1a conferência nacional de vigilância em saúde. **Ciencia e Saude Coletiva**, [s. l.], v. 22, n. 10, p. 3137–3148, 2017. <https://doi.org/10.1590/1413-812320172210.18092017>

FLEURY. S.; OUVÉREY. A. M. Política de saúde: uma política social. In GIOVANELLA, L. et al. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. p. 25-57. <https://doi.org/10.7476/9788575413494.0004>

GIOVANELLA, L.; DE MENDONÇA, M. H. M. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. In: FIOCRUZ (org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: [s. n.], 2012. p. 1.100. <https://doi.org/10.7476/9788575413494.0019>

GOMES, A. C. et al. Condição socioeconômica, apoio social, fatores psicossociais, comportamentos em saúde e qualidade de vida relacionada à saúde em adolescentes: um estudo de seguimento de 6 meses. 2019. - Universidade Federal do Amazonas, [s. l.], 2019. Disponível em: <https://tede.ufam.edu.br/handle/tede/7050>. Acesso em: 4 set. 2021.

LIMONGI, J. E.; MENEZES, E. C.; MENEZES, A. C. Vigilância em saúde no programa de saúde da família. **Hygeia, Revista brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, Uberlândia, v.4, n.7, p. 35-44, dez. 2008. Disponível em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/viewFile/16916/9322>>. Acesso em: 11 mai. 2021. <https://doi.org/10.14393/Hygeia416916>

LIMONGI, J.E (Org.). Vigilância em Saúde: Interfaces entre a Saúde Pública e a Pesquisa Científica. 1ed. Uberlândia: Editora Colab, 2021. 238 p.
<https://doi.org/10.51781/9786586920185>

MACINKO, J; MENDONÇA, C. S. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, P. 18-37, set. 2018. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Kr7jdgRFHmdqnMcP3GG8JTB/?lang=pt&format=pdf>>.

Acesso em: 03 dez. 2022. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s102>

MENDES, E. V. A construção social da atenção primária à saúde. Brasília: CONASS, 2015. 194 p.

NORONHA, J. C. de; LIMA, L. D. de; MACHADO, C. V. Sistema Único de Saúde - SUS. In: POLÍTICAS E SISTEMAS DE SAÚDE NO BRASIL . Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 435–472.

OLIVEIRA, C. M.; CASANOVA, Â. O. Vigilância da saúde no espaço de práticas da atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 14, n. 3, p. 929–936, 2009. Available at: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000300029>. Acesso em: 2 set. 2021.
<https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000300029>

OLIVEIRA, C. M.; CRUZ, M. M. Sistema de Vigilância em Saúde no Brasil: avanços e desafios. **Saúde em Debate**, [s. l.], v. 39, n. 104, p. 255–267, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-110420151040385>

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, n.esp., p.158-164, 2013. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000700020>

OMS. **Diminuindo diferenças: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde**. Documento de discussão. Conferência mundial sobre determinantes sociais da saúde. Rio de Janeiro: OMS, 2011.

PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 23, n. 6, p. 1903–1914, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05592018>. Acesso em: 19 set. 2021.
<https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05592018>

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília.: Unesco/Ministério da Saúde, 2002. *E-book*.

STOTZ, E. N. Os desafios para o SUS e a Educação Popular: uma análise baseada na dialética da satisfação das necessidades de saúde. In: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. (org.). **VER-SUS Brasil: cadernos de textos**. 1. ed. Brasília: [s. n.], 2004. p. 1–304. *E-book*.

TEIXEIRA, M. G. et al. Vigilância em Saúde no SUS: construção, efeitos e perspectivas. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1811–1818, 2018. Disponível em:

<https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09032018>

TENGLAND, P. A. The goals of health work: Quality of life, health and welfare. **Medicine, Health Care and Philosophy**, [s. l.], v. 9, n. 2, p. 155–167, 2006. Available at: <https://doi.org/10.1007/S11019-005-5642-5>

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**, Brasília, n.16, p.63-67, 2007.