



<http://revistarebram.com/index.php/revistauniara>

PERCEPÇÕES DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE EM UM MUNICÍPIO DO INTERIOR DE SÃO PAULO ACERCA DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA E ATENÇÃO BÁSICA

Silvia Aparecida de Souza Adalberto*; Wagner dos Santos Figueiredo**

**Mestranda no Programa de Pós-Graduação do Mestrado Profissional em Gestão da Clínica Universidade Federal de São Carlos.*

***Docente do Programa de Pós-Graduação do Mestrado Profissional em Gestão da Clínica Universidade Federal de São Carlos.*

*Autor para correspondência e-mail: implafacedonto@bol.com.br

PALAVRAS-CHAVE

Vigilância Sanitária
Atenção Básica
Agentes Comunitários de Saúde

KEYWORDS

Health Surveillance
Basic Attention
Community Health Agents

RESUMO: O objetivo deste estudo foi compreender a relação entre a Vigilância Sanitária e a Atenção Primária, especificamente na Estratégia de Saúde da Família, em um município do interior de São Paulo. Buscou-se a percepção, dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), suas ações, as potencialidades e fragilidades relacionadas a essa interação. Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, desenvolvida a partir de entrevistas semiestruturadas com Agentes Comunitários de Saúde. Os dados foram tratados com base no conteúdo temático das entrevistas e organizados em categorias: o trabalho do ACS e a integralidade da atenção à saúde; a concepção de Vigilância Sanitária; dificuldades e facilidades para o desenvolvimento de ações articuladas. Os resultados demonstraram que as percepções dos ACS, quanto às práticas e ações de Vigilância Sanitária no contexto das suas ações na Estratégia de Saúde da Família, remetem quase que exclusivamente para as questões regulatórias e de fiscalização, em detrimento das ações de promoção e proteção da saúde. Porém, identificou-se que algumas ações de Vigilância Sanitária são realizadas no âmbito da Atenção Primária, porém não são percebidas pelos agentes como tal. Portanto, é fundamental que essa discussão seja oportunizada no âmbito do Sistema Único de Saúde, buscando estratégias para uma maior integração entre a Vigilância Sanitária e a Atenção Básica.

PERCEPTIONS OF COMMUNITY HEALTH AGENTS IN A MUNICIPALITY IN THE INTERIOR SÃO PAULO ABOUT HEALTH SURVEILLANCE AND BASIC CARE

ABSTRACT: The aim of this study is to understand the integration between Health Surveillance and Primary Care, specifically in the Family Health Strategy, in a city in the interior of São Paulo, through the perception of community health agents, their actions, strengths and weaknesses related to this integration. This is a qualitative research, developed from semi-structured interviews with Community Health Agents. Data were treated based on the thematic content of the interviews through and organized into thematic categories, where the general characterization was initially carried out and later analyzed and categorized empirically: Actions and work routine of the Family Health Strategy; the concept of Sanitary Surveillance; difficulties and facilities for the development of related actions. The results showed that the perceptions of Community Health Agents regarding Health Surveillance practices and actions in the context of their actions in the Family Health Strategy refer almost exclusively to regulatory and inspection issues, to the detriment of promotion actions and health protection. However, we identified that, in one way or another, some Health Surveillance actions are carried out within the scope of Primary Care, but they are not perceived by agents as such. Seeking strategies for greater integration between Health Surveillance and Primary Care.

Recebido em: 15/03/2022

Aprovação final em: 12/06/2022

DOI: <https://doi.org/10.25061/2527-2675/ReBraM/2022.v25i3.1313>

INTRODUÇÃO

Com a promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil (BRASIL, 1988) foi instituído o Sistema Único de Saúde (SUS), que garante, a todo cidadão, o acesso integral, universal e gratuito aos serviços de saúde. O SUS é considerado como a maior política social implantada no Brasil republicano e é reconhecido como um dos maiores e melhores sistemas de saúde pública do mundo (BRASIL, 1990). Um dos seus principais objetivos é a garantia de assistência às pessoas por intermédio das ações de promoção, proteção, e recuperação da saúde, com a integração das atividades assistenciais e preventivas (BRASIL, 1990).

O SUS vem sendo objeto de inúmeros estudos e pesquisas, que apontam seus avanços, problemas e desafios (TEIXEIRA; SILVEIRA, 2016). Entre seus avanços, podemos citar a ampliação da Atenção Primária (APS), a criação do Programa Saúde da Família (PSF) e consolidado na forma de Estratégia de Saúde da Família (ESF), a Vigilância Epidemiológica (VE), a Vigilância Sanitária (VISA), a Vigilância em Saúde (VS), entre outras políticas públicas. Com isso, o Estado brasileiro vem construindo uma rede de cuidados que procura atender às necessidades da maioria da população brasileira.

A reorganização da Atenção Primária, através do ESF, vinculado à VS (PAIM, 2003), buscando o fortalecimento da APS parece ser uma proposta com vistas a modificar o modelo hegemônico e fragmentado.

Maia *et al.* (2010) afirmam que a articulação das ações de prevenção e de assistência é fundamental, onde a VS funciona como um elemento aglutinador tendo em vista a integração das ações e serviços em busca da integralidade do modelo de atenção à saúde.

Um dos problemas enfrentados pelo SUS, e em especial pela ESF, é operacionalizar o conceito de integralidade na assistência, entendido como um conjunto de ações e serviços de promoção, prevenção e cuidado para responder universalmente às necessidades individuais e coletivas dos indivíduos e da sociedade em todos os níveis do sistema (AYRES, 2009; Vasconcelos, Pasche, 2006). Portanto, aqui, se refere às diferentes práticas de saúde e, para além das ações de assistência, inclui ações de proteção, promoção da saúde e prevenção de doenças. Dessas últimas ações, merecem destaque as vigilâncias em saúde, em especial a Vigilância Sanitária.

O grande desafio do SUS é qualificar o sistema, de tal modo que responda adequadamente as necessidades da população. Nessa perspectiva, o fortalecimento da APS e a integração dos serviços são objetivos perseguidos pelo sistema (MAIA *et al.*, 2010).

Na atualidade, a Vigilância Sanitária, Epidemiológica, Ambiental, e em Saúde do Trabalhador constituem práticas sanitárias que, em seu conjunto, visam promover, prevenir e proteger a saúde da população (GUIMARÃES *et al.*, 2017).

Construídas em processos distintos e com representação em institucionalidades diversas, essas vigilâncias foram definidas, como integrantes da chamada VS (GUIMARÃES *et al.*, 2017). Essas quatro vigilâncias se organizam em dois sistemas nacionais: o de VS e o de Vigilância Sanitária.

O Sistema Nacional de VS tem suas origens no Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE), formalizado em meados dos anos 1970 e o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária instituiu-se com a mesma lei que criou a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), a quem cabe coordená-lo (DE SETA *et al.*, 2017).

Apesar das diretrizes do SUS apontarem para uma concepção ampliada e articulada de VS (BRASIL, 2018), a mesma ainda permanece fragmentada, seja do ponto de vista político, administrativo e nos seus processos de trabalho. Essa fragmentação causa um impacto na organização dos serviços de VS, que se mantêm muito específicos em seus núcleos de ação (Sanitária, Epidemiológica, Ambiental e Saúde do Trabalhador) mantendo as reproduções do modelo dividido (AITH, DALLARI, 2009).

A VS possui o desafio de articular suas ações em rede, construir processos de trabalho novos, com um novo olhar para o território, aproximar-se dos demais serviços de saúde, trocar saberes, além de favorecer

a articulação e a qualificação das redes de serviço de saúde (GUIMARÃES *et al.*, 2017).

Em 1990, com a criação da Lei Orgânica do SUS (Lei 8.080/90), foram definidas com clareza as ações e atribuições da Vigilância Sanitária. Em seu capítulo I, artigo 6º e parágrafo 1º, a lei define a Vigilância Sanitária como:

[...] um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde, e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo: I – 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 II – o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde. A vida é o bem mais valioso e importante de todo e qualquer ser humano, e para que ele possa usufruir de uma melhor qualidade de vida, é sem dúvida indispensável que este tenha acesso irrestrito à saúde, bem como também, a condições sanitárias dignas, no meio em que vive (BRASIL, 1990).

A instalação oficial da Vigilância Sanitária no Brasil ocorreu em 28 de janeiro de 1808, quando D. João VI assinou em Salvador/BA, então capital brasileira, a carta régia que “abriu os portos às nações amigas”, onde impôs-se um controle sanitário mais efetivo não só dos portos, mas também dos navios e passageiros (MARTINS; CRUZ, 2015).

A Lei nº 9782, promulgada em 26 de janeiro de 1999 define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e cria a ANVISA, e desde então, as vigilâncias estaduais e municipais vêm se organizando, dentro do processo de estruturação do SUS, para cuidar de todas as ações em seus respectivos territórios (MARTINS; CRUZ, 2015).

Assim, historicamente as responsabilidades e atribuições da VISA vêm se expandindo e englobam controle de alimentos, água e bebidas para consumo humano; medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse da saúde; controle de serviços de assistência à saúde; produção, transporte, guarda e utilização de sangue e hemoderivados e de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radiativos, além da vigilância de portos, aeroportos e fronteiras (Silva *et al.*, 2018).

Embora a VISA seja conhecida historicamente pelo seu caráter normativo e fiscalizatório e seu poder de polícia, sua atribuição de proteção e vigilância à saúde das coletividades, bem como seu caráter preventivo são de grande importância (MARTINS; CRUZ, 2015). Dessa forma, parece existir a necessidade de uma maior aproximação entre as ações de Vigilância Sanitária e as práticas estabelecidas e realizadas nos espaços de atuação dos principais serviços responsáveis pela promoção da saúde e prevenção de doenças. No Brasil, esses serviços são conhecidos como serviços de Atenção Primária (APS).

As primeiras concepções sobre Atenção Primária em Saúde (APS) como forma organizacional dos serviços de saúde surgem na Inglaterra, com o Relatório Dawson, em 1920 (LAVRAS, 2011).

Em 1970, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) realizaram a I Conferência Mundial de Cuidados Primários na cidade de Alma-Ata, no Cazaquistão, antiga União Soviética, onde redigiram um Pacto: a Declaração de Alma-Ata¹. Esse documento demonstra a importância da APS e propõe a instituição de serviços de saúde locais centrados nas necessidades da população e fundados numa perspectiva interdisciplinar envolvendo aspectos relacionados à educação em saúde, saneamento ambiental (especialmente de águas e alimentos), programas de saúde

¹ Em setembro de 1978, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em Alma-Ata, na República do Cazaquistão, expressava a ‘necessidade de ação urgente de todos os governos, de todos os que trabalham nos campos da saúde e do desenvolvimento e da comunidade mundial para promover a saúde de todos os povos do mundo’. “A Declaração de Alma-Ata – documento síntese desse encontro – afirmava a partir de dez pontos que os cuidados primários de saúde precisavam ser desenvolvidos e aplicados em todo o mundo com urgência, particularmente nos países em desenvolvimento.” Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/entrevista/a-declaracao-de-alma-ata-se-revestiu-de-uma-grande-relevancia-em-varios>. Acesso em: 30 ago. de 2020.

materno-infantis (inclusive imunizações e planejamento familiar), prevenção de doenças endêmicas locais, tratamento adequado de doenças e lesões comuns; fornecimento de medicamentos essenciais, promoção de boa nutrição e medicina tradicional (LAVRAS, 2011).

Nessa direção, em 1993 é criado o Programa Saúde da Família (PSF). Inicialmente, o PSF focava suas ações nas populações mais necessitadas. Posteriormente, ocorre uma ampliação e o programa passa a ser chamado de Estratégia de Saúde da Família (ESF), sendo uma forma de reorientação do modelo assistencial a partir da APS (ARANTES *et al.*, 2016).

Atualmente, de acordo com o Arantes *et al.* (2016), a ESF assume papel preponderante na configuração da APS baseadas em:

- Conhecimento do território que possibilita o reconhecimento das áreas de riscos da comunidade, dos pontos de referência e das vulnerabilidades de infraestrutura, entre outros aspectos essenciais para desenvolver planos de cuidado;
- Trabalho em equipe multiprofissional que possibilita o desenvolvimento de práticas que propiciem o cuidado integral;
- Estabelecimento de vínculo com a população, possibilitando o compromisso e a corresponsabilidade dos profissionais com os usuários e a comunidade;
- Acolhimento como estratégia que permite uma escuta qualificada que identifique as necessidades, riscos e vulnerabilidades do usuário, de modo a ofertar o encaminhamento adequado dessas necessidades;
- Desenvolvimento de ações de prevenção e promoção da saúde; - Desenvolvimento de ações de tratamento e reabilitação.

Destacamos de maneira especial para este trabalho, os seguintes pontos: o conhecimento do território, a formação e atuação da equipe multiprofissional e as ações de prevenção e promoção.

Com relação à equipe multidisciplinar, sabemos que a complexidade do cuidado à população exige articulação e complexa formação das equipes que atuam na ESF. Essas equipes de referência, na maior parte das vezes, são compostas por enfermeiro, médico, cirurgião dentista, técnico em enfermagem (TE), técnico em saúde bucal e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), (BRASIL, 2010). Nesse contexto, acredita-se que o ACS se torna o articulador do processo de trabalho da equipe, exatamente por estar no território, conhecer muito bem a comunidade e ter maior facilidade de acesso aos domicílios, o que o torna um elemento chave para a construção deste trabalho.

Dessa forma, objetivou-se com o presente trabalho compreender a percepção dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) acerca da relação entre a Vigilância Sanitária e APS, especificamente na ESF, em um município do interior de São Paulo.

MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizada uma pesquisa de campo, de caráter exploratório e de abordagem qualitativa, desenvolvida a partir de entrevistas individuais com ACS, atuantes em um município do Estado de São Paulo. As entrevistas realizadas foram semiestruturadas, com foco na relação da APS com a Vigilância Sanitária, com o objetivo de obter informações pertinentes ao objeto da pesquisa.

As entrevistas semiestruturadas combinaram perguntas abertas e fechadas previamente definidas, possibilitando ao entrevistado discorrer com tranquilidade sobre o tema proposto em um contexto muito semelhante ao de uma conversa informal. Sempre que oportuno e necessário, o entrevistador direcionava a discussão, com o objetivo de elucidar questões que não ficaram claras ou ajudar a recompor o contexto da entrevista. Utilizou-se esse tipo de entrevista para delimitar o volume das informações, obtendo assim um direcionamento maior para o tema a fim de que os objetivos do estudo fossem alcançados (BONI, QUARESMA, 2005).

As entrevistas foram conduzidas a partir de um roteiro semiestruturado que contemplavam as seguintes questões: qual a visão dos trabalhadores sobre a VISA; as ações de VISA realizadas na USF; além das facilidades e dificuldades para o desenvolvimento das ações de VISA no cotidiano do trabalho.

O cenário de estudo foi um município da região central do Estado de São Paulo, situada acerca de 270 km da capital. O município possui uma área total de 1.003,625 km² e grau de urbanização de 97,16%, com população estimada em 240.542 pessoas (IBGE, 2017).

Para atender essa população, a rede municipal de APS dispunha de 10 Unidades Básicas de Saúde tradicionais, que eram denominados Centro Municipal de Saúde, (CMS) e 23 USF, que contavam com 30 equipes de referência em ESF. As USFs estavam distribuídas nas diferentes regiões do município, inclusive em sua área rural.

Optamos por pesquisar uma USF de cada região para realizar as entrevistas, devido às características semelhantes dos diferentes territórios. No total, foram entrevistados 10 ACS, sendo pelo menos um profissional de cada USF selecionada. O critério de seleção do profissional foi à experiência de trabalho na sua unidade, ou seja, foram escolhidos aqueles com mais tempo de atuação nesta função. Quando esse critério não pode ser contemplado, a seleção foi à disponibilidade para participar da pesquisa e responder à entrevista.

Todas as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas para a etapa de análise. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, com parecer número 3.022.454, cumprindo a Resolução 466/12 do MS/Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

Os dados foram interpretados por meio da técnica de análise de conteúdo temático. Em seguida, foram criados núcleos de sentido, a partir das unidades de significação (MINAYO, 2014), e considerando o referencial da integralidade para pensar a integração das redes de vigilância sanitária e da APS e a promoção da saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O TRABALHO DO ACS E A INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE

As ACS relataram que realizam diferentes ações em seus territórios de atuação. Muitas dessas ações podem estar relacionadas a ações da Vigilância Sanitária. Por exemplo, uma delas relatou que faz orientações quanto às condições em que são armazenados, manipulados e consumidos os alimentos, como podemos ver a seguir:

Na alimentação, oriento sempre prestar atenção na qualidade dos alimentos, lavar bem os alimentos, tanto verduras, legumes, a carne no cozimento, mata as bactérias e se você ficar lavando muito ela perde as vitaminas. O cozimento elimina as bactérias, porém não são todos que acreditam. Prestar atenção às embalagens, que podem vir abertas, deixar o lixo longe de onde estão sendo preparados os alimentos na cozinha e oriento a lavagem das mãos, que é a principal via de contaminação no alimento [...] (ACS2).

Outra questão referida pelas ACS na relação entre seu trabalho e a Vigilância Sanitária diz respeito à preocupação com diferentes produtos encontrados nas residências visitadas. Assim, falam sobre as condições de armazenamento, conservação e utilização de produtos de higiene, limpeza da casa e outros:

Quando entro na casa, costumo olhar também os diversos produtos utilizados pelo morador, [...] olho os produtos de limpeza, como estão armazenados, ou seja, não pode estar junto com os alimentos da casa, procuro orientar. Vejo também outros produtos, de higiene pessoal, desde a pasta de dentes, até desodorante e shampoo, falo que tem que ter rótulo e não podem ficar no sol [...] (ACS9).

Outro item que parece merecer atenção das ACS é o manuseio de medicamentos. Algumas relataram

que estão sempre atentas e preocupadas quanto às condições em que são armazenados, consumidos e utilizados. Referem ainda que observam o prazo de validade, comparam os remédios existentes nos domicílios com as receitas prescritas, verificando inclusive se os usuários estão realmente fazendo o uso do medicamento em conformidade com a receita:

Se eles {usuários} estão tomando a medicação corretamente, que eles têm muita dificuldade em separar, a gente ajuda [...] (ACS 4).

Oriento trazer a medicação vencida no posto. E também organizo as caixas de medicamentos de alguns pacientes com etiquetas, para não tomar remédio errado (ACS8).

A destinação/descarte dos medicamentos que sobram ou perdem a validade constituem-se em relatos constantes nas entrevistas das ACS:

É descarte [...] a gente tenta {orientar} principalmente pessoa que faz uso de insulina, o descarte correto do vidro, da agulha, da seringa, nós pedimos para acondicionar em frascos e trazer na unidade (ACS 1).

As ACS também demonstraram grande preocupação quanto às condições de acondicionamento e destino do lixo e aparecimento de vetores, roedores etc.

Tenho preocupação com os acumuladores, descarte de lixo de forma incorreta (uma usuária descartava fraldas na rua em cima de uma árvore [...]) (ACS 3).

Por fim, elas relataram, ainda, a atuação na prevenção de doenças e na promoção da saúde, destacando algumas orientações que realizam:

[...] A gente trabalha com prevenção e promoção da saúde. A gente promove atividades no posto, e a gente faz vistoria de dengue nas residências, também, para reforçar o trabalho das vigilâncias [...] (ACS7).

[...] Falo sobre a dieta para pessoas diabéticas, oriento as gestantes, quando, no exame da diabetes gestacional. Faço orientação também para o hipertenso [...] (ACS8).

Os relatos demonstram que a articulação das ações da Vigilância Sanitária e da APS, na perspectiva da integralidade do cuidado ainda estão em processo de construção. Os dados indicam que as inter-relações da APS com a Vigilância Sanitária e, também, com outros setores, são iniciativas ainda frágeis e não permanentes, corroborando com o encontrado por Sales Neto *et al.* (2021).

Tal como diz a literatura (ASSIS *et al.*, 2008), as ACS relataram que centralizam suas ações principalmente nas “visitas domiciliares”, sendo essa atividade a principal referida sobre sua rotina de trabalho. Mostraram ainda que precisam identificar grupos populacionais prioritários para a atuação do serviço no território, como por exemplo, as gestantes, os menores de 1 ano, as pessoas com hipertensão e com diabetes.

Nas visitas, a gente olha a família como um todo, temos que ter o olhar para observar todo mundo, ainda mais quando são pessoas acompanhadas pelos programas que são nossa prioridade, que são os hipertensos, diabéticos, gestantes e crianças menores de 2 anos e um olhar para os idosos [...] (ACS4).

As ACS informaram ainda que fazem o acompanhamento do cuidado de saúde das pessoas moradoras de sua área de atuação. Para isso, marcam consultas, levam convocações, verificam as medicações prescritas (fazem conferência, orientações, verificam prazo de validade de medicamentos e produtos, entre outras).

A minha rotina [...] eu chego 7 horas da manhã, coloco em ordem as visitas domiciliares que irei fazer no período da manhã, já verifico se preciso levar alguma convocação para consultas ou exames, quando o cliente do posto não teve tempo de vir buscar, do usuário. Escrevo os relatórios, verifico as orientações do cliente, ajudo com a recepção e serviços internos do posto e no transcorrer do dia faço o lançamento no sistema das atividades [...] (ACS2).

Faço visitas domiciliares, costumo fazer por bairros, até completar um inteiro, “ai” eu vou sucessivamente nos outros; se eu fechei um bairro e faltou casas para visitar, eu volto no final do mês. Dou prioridade para as pessoas de risco (pessoas acamadas, gestantes, crianças menores de 5 anos e puérperas). Terminando começo as visitas nos verdes, ou seja, pessoas que não tem problemas de saúde [...] (ACS8).

A CONCEPÇÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Inicialmente, as entrevistadas demonstraram dificuldades para definir o que é Vigilância Sanitária e em identificar ações de Vigilância Sanitária em sua rotina de trabalho. No entanto, identificamos algumas expressões que podem indicar ideias e concepções sobre o assunto, como por exemplo: “Faz vistoria”, “Vê o funcionamento de comércio”, “{Vê} problemas de higiene”.

No entanto, as ACS demonstram identificar a Vigilância Sanitária, por meio de seu atributo mais reconhecido, ou seja, seu caráter normativo e fiscalizatório, como percebido abaixo:

Eu acredito que seja órgão competente na área de fiscalização, orientação relacionadas aos ambientes públicos, aos comércios, por exemplo, açougues, e outras coisas. Que coisas você acha? Hospitais, o posto {a unidade básica de saúde}, cabelereiro [...] (ACS5).

Observamos que uma clara conexão com as questões regulatórias e de fiscalização da Vigilância Sanitária na compreensão das entrevistadas pode limitar a amplitude das ações esperadas dos ACS, ou seja, as estratégias de intervenção em saúde: prevenção, proteção e promoção (PINTO, *et al.*, 2017).

Embora compreendam que a APS é campo de atuação voltado prioritariamente para a promoção e proteção da saúde da população, observa-se que elas não associam essas ações à Vigilância Sanitária, pois na percepção delas, a Vigilância Sanitária faz quase que exclusivamente ações de fiscalização e licenciamento de serviços relacionados com a saúde, não reconhecendo que a Vigilância Sanitária também possa atuar na promoção e proteção da saúde. E mais que isso, muitas vezes nem percebem, nem tomam conhecimento de ações da VISA no território onde elas atuam. Portanto, a interação da Vigilância Sanitária com a APS precisa acontecer mais intensamente. (IVANCKO, *et al.*, 2021).

Observamos que algumas entrevistas relacionam a Vigilância Sanitária a questões de higiene e saneamento, como observamos nos seguintes relatos:

Eu não sei te dizer exatamente o que a Vigilância faz. Que eu saiba é mais assim: “higienização de alimentos” {Verifica a higienização dos alimentos}. Eu pessoalmente não conheço o trabalho exato [...] (ACS8).

Outra entrevistada também afirma que o trabalho da Vigilância Sanitária é educação em saúde, embora também relacione com ações acerca de medicamentos, alimentos e até vestuário:

A VISA para mim é observar a parte de saneamento e saúde, como a pessoa está se mantendo nas casas e nos comércios, é educação em saúde. Acredito que a Vigilância está relacionada à como as pessoas fazem uso da medicação, na alimentação, em várias outras coisas, inclusive no vestuário [...] (ACS4).

As ações de educação e orientação em saúde, bem como identificação dos riscos nos territórios realizada pelos profissionais de saúde em geral e pelos ACS em particular, são ações importantes para um trabalho articulado com a Vigilância Sanitária, devendo ser incentivadas no trabalho da APS (SALES NETO *et al.*, 2021).

No entanto, essas as ações muitas vezes não são correlacionadas a Vigilância Sanitária pelos ACS, o que, conseqüentemente, pode ser um empecilho no trabalho da ESF no processo de construção de um cuidado em saúde mais integral (SALES NETO, *et al.*, 2021).

Seria importante que a equipe de saúde atuante no território, em especial o ACS, se “[...] reconhecesse como agente de Vigilância Sanitária”, a fim de distinguir no território os riscos aos qual a população encontra-se exposta podendo discutir com ela os encaminhamentos necessários para contorná-los. Dessa forma, a integração das atividades da VISA no território de ação dos serviços de Atenção Primária é de suma importância, pois embora reconhecida teoricamente, pouco tem se concretizado na prática (FERNANDES; VILELA, 2014).

Assim, para consolidação das ações de Vigilância Sanitária nos territórios adscritos aos serviços da ESF, seria fundamental uma aproximação efetiva entre a Vigilância Sanitária e a ESF, principalmente no sentido de identificar os problemas de saúde e riscos associados ao consumo de bens, produtos e serviços, e que possam acontecer no território adscrito de uma USF (SOUZA, *et al.*, 2020). Essa aproximação, certamente contribuiria para o fortalecimento da ESF, no sentido de desenvolver o seu papel de promoção e proteção da saúde e de coordenadora do cuidado na rede de atenção à saúde, pois proporcionaria conhecimento sobre as ações de Vigilância Sanitária e contribuiria para a percepção das condições de vida da população desse território, bem como dos fatores que levam ao adoecimento dessa população.

Ainda com relação a definições, algumas ACS relacionaram a Vigilância Sanitária com certas atividades de prestação de serviço, como por exemplo manicure e cabelereiro.

O comercio também como cabelereiros, que misturam muito as coisas, por exemplo, não tomam cuidados e espalha tudo o cabelo [...]. Observo se cabelereiro ou manicure, se tem a o esterilizador, como é a limpeza, pergunto sobre a desinfecção dos pentes e escovas [...] (ACS4).

Esses relatos demonstram que a Vigilância Sanitária ainda se encontra isoladas das demais práticas do SUS e muitas vezes é identificada apenas por sua prática normativa e fiscalizadora, como também pelo papel de autoridade sanitária responsável pelo funcionamento de determinados serviços, com pouca articulação com serviços da APS (FERNANDES; VILELA, 2014).

DIFICULDADES E FACILIDADES PARA O DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES

Com relação às facilidades e dificuldades para a realização do trabalho, as entrevistadas não se referiram especificamente às ações de Vigilância Sanitária. Entretanto, acreditamos que como estão relacionadas às ações executadas pelos ACS, por consequência, refletem nas ações de promoção e proteção mais específicas de Vigilância Sanitária. As ACS relataram que acreditam que a confiança dos usuários e a afinidade com o território sejam elementos facilitadores de suas ações, assim:

A confiança que os usuários depositam em mim, como pessoa, ACS e moradora do bairro. Abrem a casa para gente e me recebem bem, tenho livre acesso e eles me escutam, tem abertura, acesso e respeito [...] (ACS2).

O fato de estarmos bem próximo do cliente, entrando nas casas deles, conversando com eles e, também, o fato de morar no mesmo bairro, dá uma certa confiança de eles tratarem dos assuntos ligados a questão de saúde da família deles. Eles gostam do nosso trabalho [...] (ACS 5).

As ACS relatam também que o fato de residirem na área de atuação profissional faz com que tenham facilidade de entrar na casa das pessoas, possibilitando conhecer melhor os problemas enfrentados pelas famílias, e, com isso, tentam fazer os encaminhamentos aos setores competentes ou pelo menos fornecem as orientações para minimizar os riscos verificados:

Como moro no bairro, tenho facilidade em entrar na casa das pessoas, são receptivos e dessa forma consigo verificar se o usuário ou sua família estão com algum problema. Pode ser qualquer problema [...] se eu puder ajudar, encaminhar para a unidade ou alguma outra solução [...] (ACS9).

Algumas ACS disseram que consideram o estabelecimento de vínculo como um facilitador para suas ações. Como compromissos estabelecidos entre o ACS e os usuários, o vínculo facilita a construção da autonomia e constituem-se em um elemento de aproximação dos ACS com a população. Assim relatam:

Talvez o fato de morar no território, conhecer as pessoas, criar vínculo com as elas, facilite as nossas ações de uma maneira geral. Costumo interagir até pelo celular com os usuários do meu território [...] (ACS 8).

Os relatos acima confirmam que, dentre os pontos fortes do trabalho, temos como potencialidade a proximidade da ESF com o território e vínculo existente entre os ACS e a comunidade. Isso pode ser considerado um facilitador na identificação de situações e problemas que representam riscos no território e que podem estar relacionados às ações da Vigilância Sanitária, proporcionando oportunidades para a interação almejada (SOUZA *et al.*, 2020).

Em relação às dificuldades para realizar ações integradas de Vigilância Sanitária, as ACS também parecem não especificar diretamente as ações de Vigilância Sanitária, e apontaram mais para dificuldades gerais do trabalho que realizam. Algumas ACS relataram que sentem dificuldades na relação com a rede de saúde do município, sendo ressaltadas as dificuldades que encontram nos encaminhamentos de demandas e no retorno das mesmas dos setores competentes.

Dificuldades. Falta material, falta retorno do nosso serviço, o que a gente encaminha para outros setores da secretaria, muitas vezes não tem retorno [...] (ACS 2).

Além disso, as ACS disseram que percebem ausência de articulação entre os serviços, não só na área da saúde, mas com todos os setores da administração municipal e acreditam que o apoio da administração e a aproximação com esses setores resultariam em uma melhoria nas suas ações na comunidade:

[...] onde casos de dengue [...], por exemplo, eu passo que tem um terreno com muito mato, onde moradores colocam, lixo e eles não respondem, não sei o que acontece. Eu sei para onde encaminhar as demandas, mas, muitas vezes não tem devolutiva, não tem solução em tempo hábil [...] (ACS1).

Eu acho que estamos no caminho certo, acho que seria interessante mais visitas do pessoal da VISA, é legal palestras com a população, ter informações sobre o trabalho da VISA, divulgar as ações estreitar relações [...] (ACS 10).

As ACS demonstraram que existem dificuldades de interação entre a Vigilância Sanitária e a APS, em especial com a ESF, pois foi observado que as práticas da Vigilância Sanitária no território de ação da ESF ainda passam despercebidas pelas ACS entrevistadas, tal como observado por IVANCKO *et al.*, (2021).

Por outro lado, a Vigilância Sanitária também necessita reconhecer a ideia ampliada de promoção da saúde. (SILVA *et al.*, 2018) referem que a Vigilância Sanitária necessita fazer uma reflexão quanto à necessidade de revisão do conceito de promoção da saúde, para além do apelo à responsabilização dos indivíduos e à criação de ambientes saudáveis, buscando novos caminhos para as suas ações e estratégias de enfrentamento de fatores de risco que existem nos territórios.

A estratégia de conciliar as atividades tradicionais de Vigilância Sanitária com as ações de promoção de saúde deve buscar um ponto de equilíbrio no sentido de se pensar em intervenções que possam trazer mudanças no quadro de saúde/doença e nas práticas saúde nos territórios. (SALES, *et al.*, 2021).

Uma dificuldade referida por uma profissional que atua na área rural refere-se à peculiaridade da localização da USF:

[...] Sim, no horto devido à distância, existe mais dificuldade, muitos espalham o lixo e não descartam corretamente, também com relação a visita da dengue é uma dificuldade grande, no distrito o tempo de fazer a visita é bem mais rápido, já nos lotes, como são distantes, muito grande, e temos que olhar tudo, a visita é bem mais demorada [...] Na visita da dengue, por exemplo, temos que ver a casa e o bebedor do gado que muitas vezes é do outro lado. Perde-se muito tempo. Tem muito cachorro, tem cachorro bravo, não consigo realizar a visita. (ACS10).

É interessante observar que algumas ACS parecem reconhecer que possuem necessidade de treinamentos e aprendizagem quanto aos temas relacionados a Vigilância Sanitária e, também querem buscar conhecimentos e aprimoramento na sua formação:

Eu acredito que teria que ter mais ações integradas e mais treinamentos e capacitações. Gosto muito de fazer a parte educativa, mas tenho que aprender para isso [...] (ACS 6).

Sim, mas acho que um treinamento sobre VISA seria interessante para trabalhar com a população do meu território ou que houvesse participação de pessoas da vigilância na nossa reunião de equipe [...] (ACS 5).

A demanda por treinamentos e formação profissional demonstra que a capacitação profissional também pode representar um obstáculo a ser transposto no sentido de potencializar a interação da Vigilância Sanitária com demais setores da saúde, em especial a ESF (AMORIM *et al.*, 2017).

Observou-se que as ACS não possuem capacitação específica para lidar com as questões que envolvem a Vigilância Sanitária. Quando ocorrem demandas relacionadas a esse campo de atuação, os ACS, de uma maneira geral, recorrem ao senso comum e/ou aos saberes adquiridos em experiências prévias com outros profissionais, outros usuários ou, até mesmo, com familiares. Tal como dito por AMORIM *et al.*, (2017), é necessário que os processos de capacitação e educação permanente dos ACS incorporem as questões pertinentes à Vigilância Sanitária, permitindo o desenvolvimento de ações mais resolutivas. É interessante observar, contudo, que esses profissionais fazem ações de Vigilância Sanitária na sua prática cotidiana em seu território de atuação, mesmo sem ter recebido treinamento específico para executar tais ações.

O desempenho dos ACS requer múltiplos saberes e habilidades, o que pressupõe a necessidade de formação sólida e permanente deste trabalhador (IVANCKO, *et al.*, 2021). Essa também é uma preocupação das ACS entrevistadas. Muitas referem interesse em uma maior qualificação profissional, pois grande parte delas já terminou ou quer fazer o curso de técnico de enfermagem, motivadas pela busca por qualificação e um maior conhecimento científico, talvez preocupadas com as demandas no campo de trabalho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho demonstrou que, apesar de passados mais de 20 anos de criação do SUS, há vários desafios a serem enfrentados, entre eles, a integração de ações da Vigilância Sanitária e da APS, com especial atenção para a ESF. Apesar das ACS entrevistadas compreenderem que realizam ações de promoção e proteção da saúde nos seus territórios, verificou-se que a percepção acerca da integração entre a Vigilância Sanitária e APS, especificamente na ESF, ainda não está muito clara, talvez porque não reconheçam o propósito da promoção da saúde no trabalho de Vigilância Sanitária.

Alguns apontamentos foram discutidos ao longo desse trabalho, no sentido de buscar o aprimoramento da articulação entre Vigilância Sanitária e a ESF e ampliar as ações da Vigilância Sanitária nos territórios. Assim, nos parece importante refletir sobre as seguintes questões:

- Aproximação mais efetiva da Vigilância Sanitária e APS;
- Formação, treinamento e capacitação dos ACS para as questões de Vigilância Sanitária;
- Ampliar a participação da Vigilância Sanitária no SUS para que ela não fique restrita à sua função de fiscalização e regulação, devendo estender suas ações na direção da integralidade da saúde, promovendo a saúde da população e prevenindo a ocorrência de doenças.

Portanto, atentando para os nossos objetivos iniciais e conforme as considerações aqui descritas, segundo as percepções das ACS, as práticas e ações de Vigilância Sanitária no contexto das suas ações nas ESF, e na perspectiva da integração das ações, ainda é um processo em construção, chamando mais a atenção às questões regulatórias e de fiscalização da Vigilância Sanitária em detrimento das ações de promoção e proteção da saúde. Entretanto, identificamos que as ACS realizam várias ações nos territórios relacionadas ao campo da Vigilância Sanitária, sem, no entanto, perceberem essa correlação. Portanto, é fundamental que essa discussão seja oportunizada no âmbito do SUS, buscando estratégias para uma maior integração da Vigilância Sanitária e da APS.

Ainda neste estudo, identificamos as potencialidades e fragilidades na relação/integração da Vigilância Sanitária com a APS apontadas pelas ACS, onde destacamos a proximidade do território, o vínculo, as visitas domiciliares e as ações educativas como sendo fatores facilitadores e, portanto, devem ser norteadores na busca pela integração da VISA e APS.

Esse trabalho, seguramente aponta para a necessidade de reflexão e de proposição de estratégias para conseguir a integração da Vigilância Sanitária e APS. Assim, a compreensão das concepções quanto a essa integração poderá contribuir com planejamento e busca de novos caminhos para se conseguir essa integração de forma mais efetiva.

REFERÊNCIAS

AITH, F.; DALLARI, S. G. Vigilância em saúde no Brasil: os desafios dos riscos sanitários do século XXI e a necessidade de criação de um sistema nacional de vigilância em saúde. **Revista de Direito Sanitário**, [S. l.], v. 10, n. 2, p. 94-125, 2009. DOI: 10.11606/issn. 2316-9044.v10i2p94-125. Disponível em: [HTTPS://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/13165](https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/13165). Acesso em: 7 jul. 2022.

AYRES, J. R. C. M. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. **Saúde e Sociedade** [online]. 2009, v. 18, suppl 2, pp. 11-23. Epub 28 Set 2009. ISSN 1984-0470. DOI:10.1590/S0104-12902009000600003. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902009000600003>. Acesso em: 7 jul. 2022.

AMORIM, L.A.; SILVA, T.L.; FARIA, H.P.; MACHADO, J.M.H.; DIAS, E.C. Vigilância em Saúde do Trabalhador na Atenção Básica: aprendizagens com as equipes de Saúde da Família de João Pessoa, Paraíba, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2017, v. 22, n. 10, pp. 3403-3413. DOI:10.1590/1413-812320172210.17532017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320172210.17532017>. Aces-

so 6 jul. 2022.

ARANTES, L.J.; SHIMIZU, H.E.; MERCHÁN-HAMANN, E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, p. 1499-1519, 2016.

ASSIS, AUDREY SILVA; CASTRO-SILVA, CARLOS ROBERTO DE. Agente comunitário de saúde e o idoso: visita domiciliar e práticas de cuidado, Pesquisa financiada pelo Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica/Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (PIBIC/CNPq), no período de 2013 a 2014. Physis: **Revista de Saúde Coletiva** [online]. 2018, v. 28, n. 03. DOI: 10.1590/S0103-73312018280308. Epub 08 Out 2018. ISSN 1809-4481. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312018280308>. Acesso em: 6 jul. 2022.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 5 out. 1988. Seção II, p. 33-34, 1988.

BRASIL. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1990.

BRASIL. Portaria no. 2436 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**, Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Perfil de competências profissionais do Agente Comunitário de Saúde**. Proposta relacionada à qualificação profissional básica do ACS, 2003.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BONI, V.; QUARESMA, S. J. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevista em Ciências Sociais. **Revista eletrônica dos pós-graduandos em Sociologia Política da UFSC**, v 2, n 1 (3), p. 68-80, 2005.

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

FERNANDES, R.Z. S, VILELA, M.F.G. Estratégias de integração das práticas assistenciais de saúde e de vigilância sanitária no contexto de implementação da rede cegonha. **Cienc Saúde Coletiva**. 2014; 19(11): 4457-66.

FIOCRUZ, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Entrevista: Luiz Augusto Facchini: “A Declaração de Alma-Ata se revestiu de uma grande relevância em vários contextos”. In: **Portal EPSJV**. Rio de Janeiro, 20 set. 2018. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/entrevista/a-declaracao-de-alma-ata-se-revestiu-de-umagrande-relevancia-em-varios>. Acesso em: 30 ago. 2021.

FIGUEIREDO, A. **Caminhos da Vigilância Sanitária Brasileira: proteger, vigiar e regular**. São Paulo: Hucitec, p. 247-256, 2016.

- FONTANELLA, B.J.B.; RICAS, J; TURATO, E.R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p.17-27, 2008.
- GUIMARÃES, R.M. *et al.* Os desafios para a formulação, implantação e implementação da Política Nacional de Vigilância em Saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 5, p. 1407-1416, 2017.
- IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. 2020. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/uf.php?lang=&coduf=35&search=sao-paulo>. Acesso em: 13 dez. 2019.
- IVANCKO G.M, QUERINO R.A, SILVA G.C. S, BORGES R.D, LIMONGI J.E. Estratégia Saúde da Família e Vigilância em Saúde: conhecimento de médicos de família e comunidade sobre Vigilância Sanitária, Vigilância em Saúde Ambiental e Vigilância em Saúde do Trabalhador. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. 2021;16(43):2733. DOI: 10.5712/rbmfc16(43)2733. Disponível em: [HTTPS://doi.org/10.5712/rbmfc16\(43\)2733](HTTPS://doi.org/10.5712/rbmfc16(43)2733).
- LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Revista Saúde Soc**. São Paulo, v.20, n.4, p.867-874, 2011.
- MAIA, C.; GUILHEM, D.; LUCCHESI, G. Integração entre Vigilância Sanitária e assistência à saúde da mulher: um estudo sobre a integralidade no SUS. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n 4, p. 682-692, 2010.
- MARTINS, M.O.; CRUZ, M.M. Sistema de Vigilância em Saúde no Brasil: Avanços e desafios. **Revista Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 255-267, 2015.
- MATTOS, R. A. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. v. 8, p. 43-68. Rio de Janeiro: **Cepesc IMS/UERJ Abrasco**, 2009.
- MINAYO, M. C.S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.
- MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14a edição. São Paulo: Hucitec editora, 2014.
- PAIM, J.S. Epidemiologia e planejamento: a recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, p. 557-567, 2003.
- PINTO D.S, PEREIRA B.B, LIMONGI J.E. Avaliação do conhecimento sobre Vigilância em Saúde entre os profissionais do Sistema Único de Saúde, Uberlândia, Minas Gerais. **Journal of Health & Biological Sciences**, v. 5, n. 1, p. 37-43, 2017.
- PORTO, A. H. R.; REZENDE, G. R.; MONFREDINI, G. F.; GOULART, M. B.; FERREIRA, M. C.; LOPES, O. C. A. Atuação, desafios e interfaces da vigilância em saúde: uma revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 4, p. e7259-e7259, 2021.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE ARARAQUARA. **Prefeitura Municipal de Araraquara**, a morada

do sol. 2017. Disponível em: <http://www.araraquara.sp.gov.br/araraquara/>. Acesso em: 04 dez. de 2019.

ROSA, A.S.; CAVICCHIOLI, M.G.S.; BRÊTAS, A.C.P. O significado que o agente comunitário de saúde atribui ao seu trabalho no processo de construção do Sistema Único de Saúde no Brasil. **Acta Paul. Enferm.**, v. 17, n. 3, p. 255-61, 2004.

SALES NETO, M.R.; PAIVA, F.M.; LOPES, N.M.S.; LOBO, C.D.A.; GONDIM, A.P.S. Vigilância Sanitária e Atenção Primária à Saúde: dimensões e práticas colaborativas em uma Capital. **Vigilância Sanitária em Debate**, vol. 9, núm. 3, pp. 84-91, INCQS-FIOCRUZ, 2021.

SILVA, J.A.A.; COSTA, E.A.; LUCCHESI, G. SUS 30 anos: Vigilância Sanitária. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. v. 23, n. 6, p. 1953-1961, 2018.

SOUZA, G. J.; GOMES, C.; ZANETTI, V. R. Estratégia da Saúde da Família: a dimensão articuladora do território. **Barbarói**, v. 56, p. 141-63, 2020. Disponível em: [HTTPS://doi.org/10.17058/barbaroi.v0i0.14643,2020](https://doi.org/10.17058/barbaroi.v0i0.14643,2020).

TEIXEIRA, C.; SILVEIRA, P. **Glossário de análise política em Saúde**. Salvador: Edufba, pg. 198, 2016.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. *In*: CAMPOS, G. W. S. *et al.* (orgs.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 531-62.