



# PRÁTICAS EM SAÚDE: ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR



## ORGANIZADORES

DR. AVELAR ALVES DA SILVA

DR WALLACE RODRIGUES DE HOLANDA MIRANDA

DR ARQUIMEDES CAVALCANTE CARDOSO





# PRÁTICAS EM SAÚDE: ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR



## ORGANIZADORES

DR. AVELAR ALVES DA SILVA  
DR WALLACE RODRIGUES DE HOLANDA MIRANDA  
DR ARQUIMEDES CAVALCANTE CARDOSO





O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial do SCISAUDE. Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.



#### LICENÇA CREATIVE COMMONS

A editora detém os direitos autorais pela edição e projeto gráfico. Os autores detêm os direitos autorais dos seus respectivos textos. PRÁTICAS EM SAÚDE UMA ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR 3 de [SCISAUDE](https://www.scisaude.com.br/catalogo/praticas-em-saude-uma-abordagem-multidisciplinar-3/92) está licenciado com uma Licença [Creative Commons - Atribuição-NãoComercial-SemDerivações 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/). (CC BY-NC-ND 4.0). Baseado no trabalho disponível em <https://www.scisaude.com.br/catalogo/praticas-em-saude-uma-abordagem-multidisciplinar-3/92>

2026 by SCISAUDE

Copyright © SCISAUDE

Copyright do texto © 2026 Os autores

Copyright da edição © 2026 SCISAUDE

Direitos para esta edição cedidos ao SCISAUDE pelos autores.

Open access publication by SCISAUDE



# PRÁTICAS EM SAÚDE UMA ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR 3

## ORGANIZADORES

**Dr. Avelar Alves da Silva**

<http://lattes.cnpq.br/8204485246366026>

<https://orcid.org/0000-0002-4588-0334>

**Dr. Wallace Rodrigues de Holanda Miranda**

<http://lattes.cnpq.br/9510895183615760>

<https://orcid.org/0000-0002-0306-251X>

**Dr. Arquimedes Cavalcante Cardoso**

<http://lattes.cnpq.br/0647092865505641>

<https://orcid.org/0000-0001-9546-805X>

**Editor chefe**

Paulo Sérgio da Paz Silva Filho

**Projeto gráfico**

Lenara Pereira Mota

**Diagramação:**

Paulo Sérgio da Paz Silva Filho

Lenara Pereira Mota

**Revisão:**

Os Autores



## Conselho Editorial

Ana Flavia de Oliveira Ribeiro	Elane da Silva Barbosa	Juliane Maguetas Colombo Pazzanese
Ana Florise Morais Oliveira	Francine Castro Oliveira	Júlia Maria do Nascimento Silva
André de Lima Aires	Giovanna Carvalho Sousa Silva	Kaline Malu Gerônimo Silva dos Santos
Angélica de Fatima Borges Fernandes	Heloísa Helena Figuerêdo Alves	Laíza Helena Viana
Camila Tuane de Medeiros	Jamile Xavier de Oliveira	Leandra Caline dos Santos
Camilla Thaís Duarte Brasileiro	Jean Carlos Leal Carvalho De Melo Filho	Lennara Pereira Mota
Carla Fernanda Couto Rodrigues	João Paulo Lima Moreira	Luana Bastos Araújo
Daniela de Castro Barbosa Leonello	Juliana Britto Martins de Oliveira	Maria Isabel Soares Barros
Dayane Dayse de Melo Costa	Juliana de Paula Nascimento	Maria Luiza de Moura Rodrigues
Maria Vitalina Alves de Sousa	Raissa Escandiusi Avramidis	Wesley Romário Dias Martins
Maryane Karolyne Buarque Vasconcelos	Renata Pereira da Silva	Wilianne da Silva Gomes
Paulo Sérgio da Paz Silva Filho	Sannya Paes Landim Brito Alves	Willame de Sousa Oliveira
Mayara Stefanie Sousa Oliveira	Suellen Aparecida Patricio Pereira	Naila Roberta Alves Rocha
Michelle Carvalho Almeida	Thamires da Silva Leal	Neusa Camilla Cavalcante Andrade Oliveira
Márcia Farsura de Oliveira		



**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**  
**(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)**

Práticas em saúde [livro eletrônico] : uma abordagem multidisciplinar / organizadores Avelar Alves da Silva, Wallace Rodrigues de Holanda Miranda, Arquimedes Cavalcante Cardoso. -- 1. ed. -- Teresina, PI : SCISAUDE, 2026.  
PDF

Vários autores. **Bibliografia.**  
ISBN 978-65-85376-79-2

1. Ciências da saúde 2. Educação em saúde  
3. Multidisciplinaridade 4. Promoção da saúde  
5. Saúde pública 6. Sistema Único de Saúde (Brasil)  
I. Silva, Avelar Alves da. II. Miranda, Wallace Rodrigues de Holanda. III. Cardoso, Arquimedes Cavalcante

26-333388.0

CDD-613

Índices para catálogo sistemático:

1. Promoção da saúde 613

Aline Grazielle Benitez - Bibliotecária - CRB-1/3129



10.56161/sci.ed.20260204



978-65-85376-79-2



SCISAUDE

Teresina – PI – Brasil

scienceesaude@hotmail.com

[www.scisaude.com.br](http://www.scisaude.com.br)



# APRESENTAÇÃO

A promoção da saúde é um pilar essencial para a construção de sociedades mais saudáveis e resilientes. Com o avanço das pesquisas e a necessidade de abordagens cada vez mais integradas e interdisciplinares, **"PRÁTICAS EM SAÚDE UMA ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR 3"** surge como uma obra fundamental para profissionais, pesquisadores e estudantes que desejam aprofundar seus conhecimentos sobre o tema.

Este livro reúne uma série de estudos atualizados, abordando estratégias inovadoras, políticas públicas, desafios contemporâneos e práticas bem-sucedidas na promoção da saúde. A diversidade dos temas tratados reflete a amplitude desse campo, explorando desde a atenção primária até a implementação de tecnologias na saúde, passando por programas de prevenção, educação em saúde e análise epidemiológica.

Com uma linguagem clara e fundamentação científica rigorosa, **"PRÁTICAS EM SAÚDE UMA ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR 3"** é uma leitura indispensável para aqueles que buscam compreender as novas tendências e contribuir para a efetivação de ações voltadas ao bem-estar da população.

Este livro não apenas compartilha conhecimento, mas também incentiva a reflexão crítica e a aplicação de estratégias baseadas em evidências para um futuro mais saudável e sustentável.

**Boa Leitura!!!**



# Sumário

<b>CAPÍTULO 1</b> .....	<b>11</b>
<b>A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE COMO EIXO ESTRUTURANTE DA PROMOÇÃO DA SAÚDE</b> .....	<b>11</b>
10.56161/sci.ed.20260204C1 .....	11
<b>CAPÍTULO 2</b> .....	<b>20</b>
<b>CONTRIBUIÇÕES DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE NO SUS</b> .....	<b>20</b>
10.56161/sci.ed.20260204C2 .....	20
<b>CAPÍTULO 3</b> .....	<b>29</b>
<b>A INVISIBILIDADE DA OBESIDADE INFANTIL NA SAÚDE PÚBLICA</b> .....	<b>29</b>
10.56161/sci.ed.20260204C3 .....	29
<b>CAPÍTULO 4</b> .....	<b>42</b>
<b>A MERCANTILIZAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA: COMO PARCERIAS PÚBLICO-PRIVADAS APROFUNDAM DESIGUALDADES NO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE</b> .....	<b>42</b>
10.56161/sci.ed.20260204C4 .....	42
<b>CAPÍTULO 5</b> .....	<b>53</b>
<b>EDUCAÇÃO AMBIENTAL COMO ESTRATÉGIA PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE COMUNITÁRIA</b> .....	<b>53</b>
10.56161/sci.ed.20260204C5 .....	53
<b>CAPÍTULO 6</b> .....	<b>61</b>
<b>INTEGRAÇÃO ENTRE ENFERMAGEM E ODONTOLOGIA NA PROMOÇÃO DA SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA</b> .....	<b>61</b>
10.56161/sci.ed.20260204C6 .....	61
<b>CAPÍTULO 7</b> .....	<b>81</b>
<b>EDUCAÇÃO NUTRICIONAL NO SEMIÁRIDO COMO ESTRATÉGIA DE FORTALECIMENTO DA CULTURA ALIMENTAR: RELATO DE EXPERIÊNCIA EXTENSIONISTA</b> .....	<b>81</b>
10.56161/sci.ed.20260204C7 .....	81
<b>CAPÍTULO 8</b> .....	<b>91</b>
<b>ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E VULNERABILIDADES À SAÚDE SEXUAL: EPIDEMIOLOGIA DAS ISTS EM IDOSOS NO BRASIL</b> .....	<b>91</b>
10.56161/sci.ed.20260204C8 .....	91
<b>CAPÍTULO 9</b> .....	<b>101</b>
<b>ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DE DOENÇAS EVITÁVEIS: CONTRIBUIÇÕES DA VIGILÂNCIA PARA A GESTÃO DO SUS</b> .....	<b>101</b>
10.56161/sci.ed.20260204C9 .....	101
<b>CAPÍTULO 10</b> .....	<b>111</b>
<b>BASES MOLECULARES DA ONCOLOGIA: VIAS DE SINALIZAÇÃO COMO ALVOS PARA TERAPIAS DE PRECISÃO</b> .....	<b>111</b>
10.56161/sci.ed.20260204C10 .....	111
<b>CAPÍTULO 11</b> .....	<b>123</b>



<b>INSEGURANÇA ALIMENTAR E OBESIDADE DUAS FACES SOCIAIS DO BRASIL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA.....</b>	<b>123</b>
10.56161/sci.ed.20260204C11.....	123
<b>CAPÍTULO 12 .....</b>	<b>136</b>
<b>IMPACTOS DA CIRURGIA ORTOGNÁTICA, PALATOPLASTIA E QUEILOPLASTIA EM INDIVÍDUOS COM FISSURA LABIOPALATINA.....</b>	<b>136</b>
10.56161/sci.ed.20260204C12 .....	136
<b>CAPÍTULO 13 .....</b>	<b>143</b>
<b>POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E MEIO AMBIENTE FRENTE ÀS MUDANÇAS CLIMÁTICAS .....</b>	<b>143</b>
10.56161/sci.ed.20260204C13 .....	143
<b>CAPÍTULO 14 .....</b>	<b>155</b>
<b>RACISMO ESTRUTURAL COMO DETERMINANTE INVISIBILIZADO NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE .....</b>	<b>155</b>
10.56161/sci.ed.20260204C14 .....	155
<b>CAPÍTULO 15 .....</b>	<b>170</b>
<b>SIMULAÇÃO COMO MÉTODO DE APRENDIZAGEM NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO (IAM).....</b>	<b>170</b>
10.56161/sci.ed.20260204C15 .....	170
<b>CAPÍTULO 16 .....</b>	<b>180</b>
<b>TECNOLOGIAS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE PÚBLICA: PROTEÇÃO COLETIVA OU EROSÃO DAS LIBERDADES INDIVIDUAIS? .....</b>	<b>180</b>
10.56161/sci.ed.20260204C16 .....	180
<b>CAPÍTULO 17 .....</b>	<b>191</b>
<b>AVALIAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE PRÉ-NATAL NO SUS: AVANÇOS E LACUNAS DO CUIDADO INTEGRAL .....</b>	<b>191</b>
10.56161/sci.ed.20260204C17 .....	191
<b>CAPÍTULO 18 .....</b>	<b>200</b>
<b>PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA DENGUE NO BRASIL: UMA DÉCADA DE ANÁLISE.....</b>	<b>200</b>
10.56161/sci.ed.20260204C18 .....	200
<b>CAPÍTULO 19 .....</b>	<b>214</b>
<b>TRATAMENTO COM SAMÁRIO-153 NA METÁSTASE ÓSSEA .....</b>	<b>214</b>
10.56161/sci.ed.20260204C19 .....	214
<b>CAPÍTULO 20 .....</b>	<b>221</b>
<b>ATUALIZAÇÃO DO PLANO GLOBAL SOBRE RESISTÊNCIA ANTIMICROBIANA: VIGILÂNCIA, USO RACIONAL E IMPACTOS NO SUS .....</b>	<b>221</b>
10.56161/sci.ed.20260204C20 .....	221
<b>CAPÍTULO 21 .....</b>	<b>231</b>
<b>SAÚDE COLETIVA FRENTE ÀS EMERGÊNCIAS SANITÁRIAS GLOBAIS: LIÇÕES DA COVID-19, MONKEYPOX E ARBOVIROSES PARA VIGILÂNCIA, RESPOSTA RÁPIDA E COMUNICAÇÃO EM SAÚDE.....</b>	<b>231</b>
10.56161/sci.ed.20260204C21 .....	231
<b>CAPÍTULO 22 .....</b>	<b>243</b>



<b>AGENDA 2030 E SAÚDE COLETIVA: DESAFIOS PARA O CUMPRIMENTO DAS METAS RELACIONADAS À SAÚDE EM CONTEXTOS DE DESIGUALDADE SOCIAL E FRAGILIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA.....</b>	<b>243</b>
10.56161/sci.ed.20260204C22 .....	243
<b>CAPÍTULO 23 .....</b>	<b>255</b>
<b>AVALIAÇÃO DO CICLO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA E NO TERRITÓRIO.....</b>	<b>255</b>
10.56161/sci.ed.20260204C23 .....	255
<b>CAPÍTULO 24 .....</b>	<b>272</b>
<b>CONTINUIDADE DO CUIDADO INFANTIL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: DESAFIOS E PERSPECTIVAS .....</b>	<b>272</b>
10.56161/sci.ed.20260204C24 .....	272
<b>CAPÍTULO 25 .....</b>	<b>283</b>
<b>EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA EM FORMATO ONLINE: RELATO DE EXPERIÊNCIA DO PROJETO ENTARDECER CIENTÍFICO.....</b>	<b>283</b>
10.56161/sci.ed.20260204C25 .....	283
<b>CAPÍTULO 26 .....</b>	<b>294</b>
<b>O PAPEL DA AMPLITUDE DE DISTRIBUIÇÃO DE GLÓBULOS VERMELHOS (RDW) NA TRIAGEM DO CÂNCER DE MAMA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA.....</b>	<b>294</b>
10.56161/sci.ed.20260204C26 .....	294
<b>CAPÍTULO 27 .....</b>	<b>309</b>
<b>INTEGRAÇÃO VIGILÂNCIA-PROMOÇÃO E O PAPEL DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NO CONTROLE TERRITORIAL DAS ARBOVIROSES.....</b>	<b>309</b>
10.56161/sci.ed.20260204C27 .....	309
<b>CAPÍTULO 28 .....</b>	<b>328</b>
<b>SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE COMO FERRAMENTAS ESTRATÉGICAS NO PLANEJAMENTO EM SAÚDE COLETIVA .....</b>	<b>328</b>
10.56161/sci.ed.20260204C28 .....	328
<b>CAPÍTULO 29 .....</b>	<b>339</b>
<b>A CARTA DOS DIREITOS DOS USUÁRIOS DA SAÚDE E OS LIMITES DE SUA EFETIVAÇÃO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE .....</b>	<b>339</b>
10.56161/sci.ed.20260204C29 .....	339
<b>CAPÍTULO 30 .....</b>	<b>351</b>
<b>A FORMAÇÃO HISTÓRICO-INSTITUCIONAL DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: REFORMA SANITÁRIA, CONSTITUCIONALIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE E ARRANJOS DE GOVERNANÇA .....</b>	<b>351</b>
10.56161/sci.ed.20260204C30 .....	351



# CAPÍTULO 23

## AVALIAÇÃO DO CICLO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA E NO TERRITÓRIO

### EVALUATION OF HEALTH SURVEILLANCE CYCLE IN PRIMARY CARE AND TERRITORY

 10.56161/sci.ed.20260204C23

**<sup>1</sup>Daniel Lucas Medeiros da Silva**

Enfermeiro. Mestrando em Saúde da Família, Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB). Teixeira de Freitas, Bahia, Brasil.

Orcid ID do autor 0009-0005-2782-264X

**<sup>2</sup>Clarice Freitas Timóteo de Lima Santana**

Médica. Mestranda em Saúde da Família, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Recife, Pernambuco, Brasil.

Orcid ID do autor 0000-0002-3891-6714

**<sup>3</sup>Liége Maria Rodrigues de Aquino**

Enfermeira. Mestranda em Saúde da Família (UFDPA/PROFSAÚDE). Parnaíba, Piauí, Brasil.

Orcid ID do autor 0009-0002-5101-1124

**<sup>4</sup>Matheus Santos Alves Ferreira**

Médico, (UniBH). Mestrando em Saúde da Família, Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB). Porto Seguro, Bahia, Brasil.

Orcid ID do autor 0009-0001-4011-8607

**<sup>5</sup>Pollyana Renata Nirelly da Silva e Silva**

Médica. Mestranda em Saúde da Família, Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN). João Pessoa, Paraíba, Brasil;

Orcid ID do autor 0009-0002-2103-2514

**<sup>6</sup>Geisa Maria Reis de Santana**

Assistente Social Sanitarista. Especialista em Gestão de Processos Formativos no Âmbito do SUS Bahia, Escola de Saúde Pública da Bahia. Salvador, Bahia, Brasil.

Orcid ID do autor 0009-0002-3164-3888

**<sup>7</sup>Thauara Souza Brito Luz**

Enfermeira. Especialista em Unidade de Terapia Intensiva e Alta Complexidade, Escola Baiana de Medicina e Saúde Pública. Bahia, Brasil.

Orcid ID do autor 0009-0004-9838-4280



**\*Ernandes Souza Vieira dos Santos**

Enfermeiro. Especialista em Saúde Coletiva com concentração em Saúde Digital. Salvador, Bahia, Brasil.

Orcid ID do autor 0009-0000-8326-7357

**ªJadiane Mendes de Moraes**

Assistente Social. Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB). Especialista em Saúde da Família, Escola de Saúde Pública da Bahia. Bahia, Brasil.

Orcid ID do autor 0000-0001-7284-3160

**RESUMO**

**OBJETIVO:** O presente estudo propõe uma análise crítica sobre como o ciclo da Vigilância em Saúde é executado no âmbito da Atenção Primária, com foco na detecção de gargalos institucionais que impactam a fidedignidade dos dados epidemiológicos e a resposta do sistema no território.

**METODOLOGIA:** Estudo qualitativo, exploratório e descritivo, realizado na Unidade Básica de Saúde PSF II, Ibirapuã/BA. A população foi composta pela equipe multiprofissional da unidade (n=12). A coleta de dados envolveu observação sistemática, análise documental e entrevistas semiestruturadas. A análise seguiu a abordagem interpretativa fundamentada nas Diretrizes Nacionais de Vigilância em Saúde e no referencial teórico da "Vigilância como Cuidado". **RESULTADOS:** O ciclo apresenta funcionalidade operacional, porém com nós críticos na etapa de análise: acesso restrito ao SINAN, inexistência de protocolos locais institucionalizados e ausência de ferramentas de geoprocessamento. A resistência ao tratamento da sífilis emergiu como evento sentinela de vulnerabilidade programática. A matriz SWOT revelou que o capital relacional da equipe compensa lacunas estruturais, mas não substitui a necessidade de suporte informacional direto. **CONCLUSÃO:** A integração entre vigilância e Atenção Primária é estratégica para a coordenação do cuidado, mas sua sustentabilidade depende da descentralização da competência analítica, financiamento contínuo e processos de educação permanente que transformem o registro burocrático em decisão sanitária territorializada.

**PALAVRAS-CHAVE:** Atenção Primária à Saúde; Gestão em Saúde; Notificação de Doenças; Sistemas de Informação em Saúde; Vigilância em Saúde Pública.

**ABSTRACT**

**OBJECTIVE:** This study proposes a critical analysis of how the Health Surveillance cycle is executed within the scope of Primary Care, focusing on the detection of institutional bottlenecks that impact the reliability of epidemiological data and the system's response within the territory.

**METHODOLOGY:** A qualitative, exploratory, and descriptive study conducted at the PSF II Primary Health Care Unit in Ibirapuã, Bahia. The study population consisted of the unit's multidisciplinary team (n=12). Data collection involved systematic observation, document analysis, and semi-structured interviews. The analysis followed an interpretative approach based on the National Health Surveillance Guidelines and the theoretical framework of "Surveillance as Care." **RESULTS:** The cycle shows operational functionality, yet critical knots emerge in the analytical stage: restricted access to the SINAN system, lack of institutionalized local protocols, and absence of geoprocessing tools. Resistance to syphilis treatment emerged as a sentinel event of programmatic vulnerability. The SWOT matrix revealed that the team's relational capital compensates for structural gaps but does not replace



the need for direct informational support. **CONCLUSION:** The integration between surveillance and Primary Care is strategic for care coordination, but its sustainability depends on the decentralization of analytical competence, continuous funding, and permanent education processes that transform bureaucratic records into territorialized sanitary decisions.

**KEYWORDS:** Disease Notification; Health Information Systems; Health Management; Primary Health Care; Public Health Surveillance.

## 1. INTRODUÇÃO


A Vigilância em Saúde constitui um dos pilares estruturantes do Sistema Único de Saúde (SUS), orientando a identificação, monitoramento e resposta aos agravos que impactam a saúde coletiva. Mais do que um instrumento técnico-operacional, a vigilância deve ser compreendida como prática integrada ao cuidado, articulando produção de informação, análise epidemiológica e intervenção territorial. Nessa perspectiva, o conceito de “vigilância como cuidado” amplia a compreensão tradicional ao reconhecer sua função organizadora do processo de trabalho em saúde, integrando dimensões assistenciais e sanitárias no território (Silva, 2018).

As Diretrizes Nacionais de Vigilância em Saúde consolidam esse entendimento ao definir a vigilância como processo contínuo e integrado de coleta, análise e interpretação de dados, capaz de orientar decisões e reorganizar práticas de promoção, prevenção e controle de agravos (Brasil, 2021). No percurso histórico da Reforma Sanitária Brasileira, a vigilância assumiu papel estratégico na produção de conhecimento e na organização das respostas do sistema frente às necessidades sanitárias, configurando-se como componente estruturante das políticas públicas de saúde (Paim, 2011; Teixeira, 2014).

Quando integrada à Atenção Primária à Saúde (APS), a vigilância fortalece a coordenação do cuidado, amplia a capacidade de detecção precoce de eventos e contribui para redução de desigualdades em saúde, especialmente em contextos de vulnerabilidade social e limitações estruturais. A APS, enquanto ordenadora do sistema e coordenadora do cuidado, apresenta capilaridade territorial, vínculo com a população e capacidade de integrar ações individuais e coletivas, constituindo base fundamental para a operacionalização da vigilância no território (Starfield, 2002; Mendes, 2011). Evidências apontam que a integração entre Vigilância e APS qualifica a tomada de decisão local, fortalece o monitoramento de agravos e amplia a capacidade de resposta dos serviços, sobretudo em municípios de pequeno porte (Medina et al., 2018).

Entretanto, a operacionalização do ciclo da vigilância na APS enfrenta desafios persistentes, como fragilidades no acesso aos sistemas de informação, subutilização de dados epidemiológicos, dificuldades na notificação oportuna e limitações na análise territorial. Esses fatores comprometem a qualidade da informação e reduzem a capacidade de resposta do





sistema, impactando diretamente a efetividade das ações de saúde pública (Mendes, 2011; Teixeira; Paim; Vilasbôas, 2018). Nesse contexto, a vigilância assume caráter ampliado, configurando-se como "vigilância do cuidado", na qual a produção de informação ultrapassa o registro de eventos e passa a orientar intervenções clínicas, sanitárias e comunitárias (Silva, 2018).

A literatura da Saúde Coletiva destaca que a consolidação da vigilância no território depende da capacidade de transformar dados em ação, superando o uso meramente burocrático dos sistemas de informação. A análise epidemiológica local, quando incorporada ao processo de trabalho das equipes, permite identificar padrões de adoecimento, vulnerabilidades sociais e falhas assistenciais, contribuindo para intervenções mais resolutivas e contextualizadas (Teixeira et al., 2018). Nesse sentido, a vigilância territorializada aproxima-se da perspectiva da determinação social da saúde, ao reconhecer que os agravos não se distribuem de forma homogênea, mas refletem desigualdades estruturais e condições de vida da população.

## 2. MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, com caráter exploratório e descritivo, fundamentado na análise de processos de trabalho em saúde. A escolha pelo método qualitativo justifica-se pela necessidade de compreender as subjetividades, os fluxos relacionais e as práticas institucionais que conformam a vigilância no território, indo além da dimensão puramente quantitativa dos sistemas de informação.

O cenário da pesquisa foi a Unidade Básica de Saúde (UBS) PSF II, localizada no município de Ibirapuã, Bahia, integrante da macrorregião de saúde Extremo Sul. A unidade foi selecionada por sua natureza de serviço notificante e por sua inserção em um território com dinâmicas populacionais típicas de municípios de pequeno porte, onde a integração entre Vigilância Epidemiológica e Atenção Primária é um desafio estruturante.

Participaram da pesquisa 12 profissionais que compõem a equipe multiprofissional da unidade (amostragem intencional), abrangendo categorias de nível superior, técnicos e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), garantindo uma análise plural do fluxo de trabalho. A inclusão desses atores permitiu uma visão sistêmica de todo o ciclo, desde a detecção do agravo no domicílio até o encerramento do caso no sistema.

Para a coleta de dados, realizada entre o primeiro e o segundo semestre de 2022 (período vinculado à atividade de campo do EpiSUS-Fundamental), utilizaram-se três técnicas combinadas (triangulação de dados):



1. Observação sistemática: focada no processo de trabalho, fluxos de preenchimento de fichas e comunicação intersetorial;
2. Análise documental: consulta a instrumentos de registro internos, fichas de notificação compulsória e relatórios de monitoramento local;
3. Entrevistas semiestruturadas: norteadas por um roteiro temático que explorou as percepções sobre o acesso à informação, dificuldades no manejo de agravos específicos e uso de ferramentas analíticas.

Os dados foram processados por meio da Análise de Conteúdo, na modalidade temática, conforme proposto por Bardin (2016). O processo analítico foi confrontado com as Diretrizes Nacionais de Vigilância em Saúde (Brasil, 2021) e com o referencial teórico da "Vigilância como Cuidado" (Silva, 2018).


O estudo observou rigorosamente os preceitos éticos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), garantindo o anonimato através da omissão de nomes e cargos específicos, e o sigilo das informações institucionais, sendo os dados utilizados exclusivamente para fins de produção científica e aprimoramento do SUS.

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise da operacionalização do ciclo de vigilância em saúde na Unidade Básica de Saúde (UBS) PSF II, no município de Ibirapuã/BA, revelou uma dinâmica cotidiana caracterizada por uma expressiva capacidade técnico-operacional de detecção e resposta imediata no "chão da unidade". Todavia, essa potência assistencial encontra-se tensionada por restrições estruturais de ordem sistêmica que fragilizam a etapa culminante do ciclo: a transmutação do dado epidemiológico em decisão sanitária qualificada e oportuna. Ao adotar o referencial teórico da "vigilância como cuidado" (Silva, 2018), os achados transcendem a mera descrição do cumprimento de protocolos burocráticos como o ato de notificar, encaminhar e registrar e passam a ser interpretados como arranjos complexos de cuidado territorial. Nessa perspectiva, a produção e o uso da informação epidemiológica deixam de ser um fim em si mesmos para se tornarem dispositivos que orientam práticas clínicas, sanitárias e comunitárias integradas.

Essa interpretação converge com as Diretrizes Nacionais de Vigilância em Saúde, as quais preconizam que a vigilância deve ser um processo contínuo e indissociável de produção de evidências para subsidiar processos decisórios e reorganizar as respostas assistenciais no território (Brasil, 2021). Sob esse enquadramento analítico, a Vigilância na Atenção Primária à





Saúde (APS) configura-se como um nó estratégico de articulação entre a clínica individual e a saúde coletiva. Cada elo constitutivo do ciclo desde o acolhimento e o registro até a investigação, análise, devolutiva e intervenção atua como um determinante que pode ampliar ou restringir a equidade em saúde, a depender da fluidez com que a informação circula e retorna ao serviço como ação concreta.


Dessa forma, a materialização da vigilância no cotidiano da APS revela-se como um campo de forças em permanente tensão entre a capacidade instalada das equipes e as complexas necessidades sanitárias do território. Tal cenário torna-se ainda mais crítico diante de agravos sensíveis, socialmente estigmatizados ou que demandam respostas em tempo oportuno, cuja condução exige uma integração robusta entre assistência direta, vigilância epidemiológica e governança do cuidado (Teixeira; Paim; Vilasbôas, 2018). Os resultados aqui apresentados refletem essa dicotomia: a existência de um compromisso ético-profissional com a vigilância ativa, confrontada por limitações de infraestrutura que desafiam a integralidade do ciclo informacional.

### **3.1 Operacionalização do ciclo na APS: potência assistencial, fragilidade analítica**

No plano operacional, a unidade de saúde analisada manifesta um conjunto consistente de forças internas que alicerçam a Vigilância em Saúde como uma prática concreta, indissociável do cotidiano assistencial. Emergem, como elementos de sustentação desse processo, uma equipe multiprofissional acolhedora e tecnicamente comprometida, cujas relações interprofissionais colaborativas facilitam o fluxo da informação. O domínio técnico básico sobre os agravos de notificação compulsória, aliado à agilidade no registro de eventos imediatos, demonstra que a vigilância está incorporada ao ethos profissional da equipe. Soma-se a essa engrenagem a capilaridade da comunicação com a Vigilância Epidemiológica municipal e a robustez do vínculo com a referência técnica, além de um fluxo laboratorial devidamente articulado com o Laboratório Central de Saúde Pública (LACEN). Este arranjo operativo, detalhado na análise SWOT, corrobora a premissa de que a vigilância, neste território, despoja-se de seu caráter meramente burocrático para materializar-se como "prática viva", em plena consonância com a concepção de vigilância como cuidado (Silva, 2018).

Sob tal prisma, a notificação oportuna deixa de ser um rito administrativo para assumir uma função protetiva. Quando o ato de notificar ocorre no bojo do acolhimento e do vínculo longitudinal com o usuário, ele potencializa respostas qualificadas e singulares aos agravos. Essa simbiose entre a prática assistencial e o olhar epidemiológico dialoga diretamente com as Diretrizes Nacionais de Vigilância em Saúde, que enfatizam a descentralização e a territorialização como estratégias imperativas para ampliar a detecção precoce e a intervenção





sobre riscos ambientais e biológicos (Brasil, 2021). Depreende-se, portanto, que o capital relacional e o compromisso ético-político dos profissionais constituem a base de sustentação do ciclo, mesmo sob a égide de severas limitações estruturais.

Entretanto, o estudo identifica um ponto de inflexão crítico na transição do “fazer vigilância” (execução técnica) para o “governar a vigilância” (planejamento estratégico baseado em evidências locais). As fragilidades detectadas aglutinam-se em três dimensões estruturantes: a informacional, materializada pela ausência de acesso direto aos módulos do SINAN (Net ou Online) na unidade, gerando uma dependência crônica da gestão central para a consolidação de dados; a normativa, dada a inexistência de protocolos locais institucionalizados para a totalidade dos agravos; e a analítica, caracterizada pela subutilização dos dados epidemiológicos e pela carência de ferramentas de inteligência territorial, como o geoprocessamento e a análise de séries temporais.


Na prática, embora a unidade logre êxito em acionar os elos iniciais do ciclo, o faz de maneira predominantemente reativa. A fragmentação do fluxo informacional reduz a capacidade de antecipação epidemiológica, a estratificação de risco clínico-social e a priorização de microáreas vulneráveis, competências estas consideradas pilares das políticas nacionais de vigilância contemporâneas (Brasil, 2021). Tal fenômeno guarda estreita relação com os achados de Medina et al. (2018), que alertam para o fato de que, quando a inteligência epidemiológica é centralizada em níveis distantes do território, a autonomia das equipes locais para reconhecer tendências e monitorar indicadores de forma contínua é severamente cerceada.

Como corolário, a vigilância corre o risco de permanecer invisibilizada no processo de trabalho, figurando como uma atividade periférica ou adjetiva, em vez de atuar como o eixo organizador do cuidado. O cenário descrito não revela uma lacuna de competência profissional, mas sim um "estrangulamento institucional" que obstaculiza a circulação célere da informação e sua respectiva devolutiva pedagógica ao território. A qualificação da dimensão analítica e a democratização do acesso aos sistemas de informação configuram-se, desse modo, como elementos-chave para que a Vigilância em Saúde na Atenção Primária deixe de ser um repositório de dados e converta-se em um instrumento de emancipação e gestão do cuidado.

### **3.2 A matriz SWOT como síntese explicativa: do diagnóstico organizacional ao risco sanitário**

A matriz SWOT construída neste estudo, ao ser transposta de seu formato esquemático para uma leitura analítica densa, revela-se um potente dispositivo interpretativo da organização local da Vigilância em Saúde. Mais do que um instrumento meramente descritivo de gestão, a matriz permite compreender a complexa interatividade entre elementos internos e externos na





produção do cuidado e na capacidade de resposta sanitária da unidade. Sob essa ótica, a vigilância deixa de ser observada como uma sequência técnica de etapas estanques e passa a ser interpretada como um processo organizacional situado, profundamente influenciado por condições institucionais, estruturais e relacionais. Tal perspectiva guarda estrita consonância com a concepção de vigilância como cuidado (Silva, 2018) e com a abordagem sistêmica preconizada para a Vigilância em Saúde no âmbito do SUS (Brasil, 2021).

A análise empreendida evidencia um padrão crítico e recorrente em serviços da Atenção Primária: as forças identificadas concentram-se predominantemente no campo relacional e operacional, enquanto as fragilidades situam-se majoritariamente na dimensão estrutural e organizacional. Esta assimetria explica por que a vigilância logra êxito no cotidiano assistencial, mas encontra limites intransponíveis para consolidar plenamente o ciclo informacional e converter dados em decisões estratégicas. Conforme apontam Teixeira et al. (2018), o "capital relacional" da equipe frequentemente atua como um mecanismo de compensação das lacunas estruturais, embora não possua o condão de substituir as condições institucionais mínimas necessárias para a análise e o planejamento epidemiológico.

No domínio das forças internas, sobressai o clima organizacional positivo e o vínculo interprofissional, que funcionam como uma verdadeira "infraestrutura humana" do ciclo de vigilância. Estes ativos imateriais facilitam a comunicação horizontal, mitigam ruídos entre a assistência e a vigilância, aceleram o tempo de notificação e robustecem a adesão aos fluxos laboratoriais. Na lógica da vigilância como cuidado, o acolhimento e a confiança institucional são, por vezes, mais determinantes para que o usuário aceite exames diagnósticos e mantenha o vínculo terapêutico do que a própria disponibilidade tecnológica (Silva, 2018). Portanto, as forças identificadas representam condições de possibilidade para uma produção de cuidado tecnicamente qualificada e humanamente sensível.

Em contrapartida, no campo das fraquezas internas, a ausência de acesso direto aos sistemas de informação (SINAN) na unidade configura-se como um dos principais "gargalos" ou estrangulamentos do ciclo. Este fato desloca etapas decisivas como a consolidação, o encerramento de casos e a análise crítica para fora do território onde o cuidado é produzido, gerando um distanciamento entre o dado e a ação. A carência de protocolos locais institucionalizados para todos os agravos amplia a variabilidade clínica e fragiliza a padronização das respostas sanitárias. Adicionalmente, a limitação na análise epidemiológica e a inexistência de dispositivos de visualização territorial, como mapas e fluxogramas, obstaculizam a leitura do território como uma unidade de intervenção prioritária. Como



advertem Oliveira et al. (2018), a ausência de territorialização analítica compromete a capacidade de identificar clusters, priorizar microáreas e orientar intervenções de equidade.

As oportunidades externas mapeadas sinalizam caminhos para o fortalecimento institucional do ciclo. Destacam-se as estratégias de educação permanente com suporte da Vigilância Epidemiológica municipal, a qualificação dos processos notificadores e a implementação de instrumentos simplificados de monitoramento local, como painéis de indicadores. Tais rotas dialogam com evidências de que a descentralização da competência analítica, mesmo mediante o uso de tecnologias de baixa densidade, incrementa a capacidade de resposta local e consolida a integração entre a vigilância e a Atenção Primária (Medina et al., 2018). Assim, as oportunidades identificadas constituem vetores estratégicos para a qualificação do processo de trabalho em saúde.


Por fim, as ameaças externas revelam fatores macroestruturais que transcendem a governabilidade imediata da equipe, como a centralização excessiva do diagnóstico laboratorial com consequente dilação no tempo de resposta e o risco de subnotificação atrelado a barreiras socioculturais dos usuários. Estes elementos reiteram que a sustentabilidade da vigilância depende menos do voluntarismo individual e mais da robustez da governança sistêmica. A literatura da Saúde Coletiva é enfática ao demonstrar que fragilidades no financiamento e na governança podem descontinuar o ciclo de vigilância, reduzindo severamente a capacidade de resposta do SUS, em especial em municípios de pequeno porte (Paim, 2011; Mendes, 2011).

Essa síntese interpretativa confirma que a matriz SWOT não se esgota em um exercício diagnóstico estático. Ela constitui, em última análise, um modelo explicativo da vulnerabilidade organizacional da vigilância local. Ao integrar as dimensões operacionais e institucionais, a matriz permite compreender o risco sanitário não apenas como um evento biológico isolado, mas como o resultado da interação entre a organização do trabalho, o acesso desigual a recursos e a capacidade de governança do sistema local de saúde.

### **3.3 Nós críticos: SINAN, sífilis e georreferenciamento como pontos de ruptura do ciclo**

A priorização dos nós críticos identificados neste estudo a ausência de acesso direto ao SINAN, a resistência ao manejo clínico da sífilis e a fragilidade analítica por carência de georreferenciamento permite descortinar com precisão os pontos de interrupção do ciclo da vigilância. Tais gargalos não constituem falhas isoladas de percurso, mas são expressões de limitações estruturais, organizacionais e socioculturais que comprometem a capacidade da vigilância em produzir inteligência epidemiológica e sustentar o cuidado resolutivo no território, em oposição ao que preconizam as Diretrizes Nacionais de Vigilância em Saúde (Brasil, 2021).





O primeiro nó crítico a ausência de acesso direto aos sistemas informacionais (SINAN Net/Online) na unidade configura-se como uma barreira intransponível à autonomia sanitária da Atenção Primária. A dependência de instâncias externas para a consolidação e o encerramento de registros não apenas produz anacronismos e atrasos, mas resulta na perda de informações contextuais preciosas e no esvaziamento da apropriação dos indicadores locais pela equipe. Conforme sinalizam Lima et al. (2009) e Santos et al. (2018), limitações no acesso e no uso direto dos sistemas degradam a completude e a oportunidade dos dados, reduzindo drasticamente a capacidade de resposta territorial. Nesse cenário, a vigilância é reduzida a um fluxo administrativo burocrático, perdendo sua essência como ferramenta estratégica de gestão local.

O segundo nó crítico a resistência de usuários ao fornecimento de informações e à adesão terapêutica, notadamente no manejo da sífilis evidencia que a vigilância é permeada por determinantes simbólicos e subjetivos. A sífilis, enquanto agravo historicamente estigmatizado, impõe barreiras que transcendem a dimensão clínica, afetando o diagnóstico e a notificação. Pesquisas nacionais (Domingues et al., 2013; Lafeté et al., 2016; Brasil, 2022) demonstram que o medo do julgamento moral e a fragilidade do vínculo com o serviço impactam diretamente a fidedignidade dos dados epidemiológicos. Sob a ótica da "vigilância como cuidado", enfrentar esse nó exige o emprego de tecnologias relacionais, acolhimento, sigilo ético e comunicação qualificada para que a ação vigilante seja ressignificada como proteção e não como mecanismo coercitivo ou fiscalizatório (Silva, 2018).

O terceiro nó crítico a fragilidade analítica decorrente da ausência de cartografia e georreferenciamento atinge o cerne da organização do sistema. A carência de instrumentos de visualização espacial impede que a equipe identifique padrões de difusão de agravos e reconheça microáreas de maior vulnerabilidade, resultando em intervenções genéricas e pouco precisas. Oliveira et al. (2018) reforçam que a territorialização é o requisito fundamental para converter dados em ações de equidade. Sem essa lente analítica, a vigilância permanece aprisionada ao "caso individual", perdendo sua potência na coordenação do cuidado populacional e na governabilidade local.

Ademais, a inexistência de ferramentas de geoprocessamento obstaculiza a construção de uma linguagem comum entre os profissionais sobre prioridades sanitárias. A literatura demonstra que a incorporação de instrumentos simples, como painéis epidemiológicos e mapas por microárea, incrementa substancialmente a capacidade de monitoramento e a efetividade das ações (Medina et al., 2018). Portanto, a fragilidade detectada não é apenas instrumental, mas





reflete uma lacuna na incorporação da análise crítica como parte indissociável do processo de trabalho em saúde.

Em última análise, a convergência desses três nós críticos revela que o rompimento do ciclo ocorre, de forma preponderante, na transição entre o registro e a ação. Embora a unidade demonstre competência na detecção e notificação, o "apagão" informacional e analítico compromete a consolidação da vigilância como eixo ordenador. O fortalecimento do sistema, portanto, exige uma articulação sistêmica entre infraestrutura tecnológica, qualificação do vínculo assistencial e o resgate da análise territorial como prática cotidiana, em estrita observância à concepção ampliada de Vigilância em Saúde no SUS (Brasil, 2021).


### **3.4 Sustentabilidade: financiamento e educação permanente como condições de possibilidade**

Os achados deste estudo convergem para um padrão recorrente em serviços de saúde de municípios de pequeno porte: a existência de uma notável potência assistencial e compromisso ético-profissional, cuja sustentabilidade, todavia, depende de condições institucionais que extrapolam o esforço individual das equipes. Nesse cenário, dois pilares estruturantes emergem como determinantes para a manutenção e a qualificação da vigilância no território: o financiamento e a educação permanente. Ambos operam como "condições de possibilidade" para que a vigilância deixe de ser uma prática episódica ou fragmentada e passe a constituir uma ação sistemática, integrada ao cuidado, conforme preconizam as Diretrizes Nacionais de Vigilância em Saúde (Brasil, 2021).

O financiamento configura-se como a base material indispensável para a viabilidade da vigilância. A disponibilidade de infraestrutura tecnológica, conectividade estável, equipamentos de informática, logística para transporte de material biológico e suporte laboratorial ágil influencia diretamente a oportunidade e a resolutividade das ações. Estudos sobre a organização dos sistemas de saúde reforçam que a capacidade de resposta da vigilância não deriva apenas de protocolos técnicos, mas de condições estruturais que garantam a fluidez do ciclo informacional (Paim, 2011; Mendes, 2011). No contexto de Ibirapuã, a centralização do diagnóstico e o tempo prolongado para a liberação de resultados laboratoriais representam um risco concreto de perda de oportunidade clínica, comprometendo tanto a saúde individual quanto o controle epidemiológico coletivo.

Contudo, a sustentabilidade da vigilância não se restringe à dimensão financeira. A Educação Permanente em Saúde (EPS) emerge como o eixo organizador do processo de trabalho, especialmente no que tange à capacidade de transformar o dado bruto em ação sanitária. Distante dos modelos tradicionais de capacitação pontual e normativa, a EPS propõe





uma aprendizagem incorporada ao cotidiano, orientada pela reflexão crítica sobre a prática e por problemas reais do território (Ceccim, 2005). Nesse sentido, a qualificação da vigilância demanda processos contínuos de tutoria, devolutiva analítica e discussão coletiva, permitindo que a equipe desenvolva uma autonomia sanitária progressiva e amplie sua capacidade de leitura do território.

Autores que discutem a micropolítica do trabalho vivo em saúde ressaltam que a produção do cuidado ocorre no encontro entre sujeitos, saberes e dispositivos institucionais, sendo atravessada por relações de poder e pela capacidade de invenção no cotidiano (Merhy, 2002; Feuerwerker, 2014). Assim, a educação permanente não apenas atualiza conhecimentos técnicos, mas fortalece a subjetividade do trabalhador, favorecendo a construção de uma "linguagem comum" sobre as prioridades sanitárias e a incorporação da análise epidemiológica como ferramenta de gestão do cuidado.


No caso analisado, a matriz SWOT identifica a EPS como a oportunidade estratégica central para a superação das subnotificações e para o fortalecimento da análise territorial. A institucionalização de rotinas como a discussão de casos sentinelas, o monitoramento de indicadores locais e o uso de painéis epidemiológicos pode produzir efeitos significativos na capacidade da unidade de antecipar tendências e planejar intervenções oportunas. Evidências contemporâneas corroboram que serviços que investem em qualificação permanente e processos de devolutiva sistemática apresentam maior consistência de dados e maior integração entre a vigilância e a assistência (Pinto et al., 2019; Souza et al., 2020).

Em suma, a articulação entre financiamento e educação permanente revela que a sustentabilidade do ciclo da vigilância depende de uma lógica sistêmica, na qual infraestrutura e qualificação profissional se retroalimentam. Sem financiamento, a vigilância torna-se inoperante; sem educação permanente, ela permanece acrítica e burocrática. A consolidação da vigilância como eixo estruturante do SUS exige, portanto, investimento contínuo não apenas em recursos físicos, mas na produção de competências e em uma cultura organizacional orientada pela análise e pela ação territorializada.

### **3.5 Síntese interpretativa: vigilância como cuidado e coordenação do SUS no território**

Em síntese, a avaliação do ciclo de vigilância na UBS PSF II desvela um serviço dotado de uma robusta base relacional, caracterizado pela execução ágil das notificações e por uma nítida capacidade prática de detecção e resposta no território. Contudo, este cenário encontra-se tensionado por fragilidades estruturais que obstaculizam o fechamento sistêmico do ciclo, notadamente no que tange ao acesso aos sistemas de informação, à padronização de condutas clínicas e à incorporação da análise epidemiológica como componente estruturante do processo





de trabalho. À luz do conceito de “vigilância como cuidado”, os achados corroboram que a vigilância transcende a função tradicional de mera produção de dados estatísticos, assumindo um papel organizador do cuidado ao articular, de forma indissociável, a produção de informação, a intervenção sanitária e a responsabilização no território (Silva, 2018).

Ao dialogar com as Diretrizes Nacionais de Vigilância em Saúde, depreende-se que a qualificação do ciclo depende intrinsecamente da capacidade do serviço em transmutar informação em ação. Tal transição requer acesso oportuno aos sistemas, processos de devolutiva analítica e a incorporação de instrumentos de monitoramento de baixa densidade tecnológica, porém de alta relevância estratégica, como painéis locais de indicadores e dispositivos de visualização territorial (Brasil, 2021). A ausência destas condições, embora não impeça a execução da vigilância, limita severamente sua potência estratégica, confinando-a ao campo puramente operacional e reduzindo sua eficácia na orientação do planejamento e na priorização das intervenções.

No âmbito da organização sistêmica, a literatura é enfática ao apontar que a integração entre Vigilância e Atenção Primária constitui o elemento central para a coordenação do cuidado e para o robustecimento da resposta sanitária territorial (Starfield, 2002; Mendes, 2011; Medina et al., 2018). A capilaridade intrínseca à APS, o vínculo longitudinal com a população e a leitura social do processo saúde-doença conferem à vigilância um potencial de antecipação e monitoramento que ultrapassa o manejo clínico individual do caso. Nesse sentido, uma vigilância efetivamente territorializada permite o reconhecimento de padrões epidemiológicos e a identificação de áreas prioritárias, contribuindo para a redução de iniquidades e para a consolidação da integralidade (Oliveira et al., 2018).

Os achados deste estudo evidenciam, ademais, que a qualificação do ciclo não demanda exclusivamente tecnologias complexas, mas sim arranjos organizacionais viáveis e incrementais. A descentralização do acesso ao SINAN, a pactuação de protocolos locais, o uso sistemático de painéis epidemiológicos e a institucionalização da Educação Permanente emergem como estratégias de baixo custo e alto impacto. Tais elementos expandem a autonomia técnica da unidade e fortalecem sua capacidade de produzir um cuidado orientado por evidências autóctones. A literatura da micropolítica do trabalho reforça que a transformação das práticas se dá no cotidiano, através da articulação entre sujeitos e saberes, configurando a vigilância como uma "prática viva" (Merhy, 2002; Feuerwerker, 2014).

Em última análise, o caso de Ibirapuã demonstra que o fortalecimento da Vigilância em Saúde envolve dimensões que são, simultaneamente, organizacionais, políticas e pedagógicas. Pequenas adequações institucionais como a democratização do acesso à informação e a análise



territorializada podem produzir efeitos macroscópicos na capacidade da APS em coordenar o cuidado e responder oportunamente às demandas da população.

Ao reconhecer a vigilância como componente estruturante da organização do sistema local, torna-se possível avançar da descrição diagnóstica para a formulação de recomendações estratégicas. Esta perspectiva reafirma a Vigilância em Saúde como eixo coordenador do SUS no território, capaz de integrar a produção de conhecimento à intervenção prática, culminando em um sistema mais resolutivo, equitativo e sintonizado com as necessidades reais da coletividade.


### **Limitações e potencialidades do estudo**

A interpretação dos achados deste estudo deve ser balizada por limitações inerentes ao seu desenho metodológico e ao contexto singular de sua realização. Por tratar-se de uma investigação qualitativa e exploratória, circunscrita a uma única Unidade Básica de Saúde, os resultados não possuem pretensão de generalização estatística (inferência externa). O foco reside, inversamente, na transferibilidade de conceitos e na compreensão profunda de processos organizacionais e operacionais da vigilância no território. Ademais, as fragilidades observadas como o acesso restrito aos sistemas de informação e a centralização laboratorial refletem condicionantes macroestruturais do sistema local de saúde que extrapolam a governabilidade direta da equipe assistencial, podendo influenciar a dinâmica do ciclo de vigilância de formas não totalmente controladas pelo estudo. A natureza qualitativa da pesquisa, embora robusta, também incorpora as percepções subjetivas dos profissionais e o olhar interpretativo do pesquisador, situado em seu contexto sócio-histórico.

A despeito de tais limitações, o estudo apresenta potencialidades analíticas significativas. Destaca-se, primordialmente, sua realização no cenário real de prática da Estratégia Saúde da Família, o que viabilizou uma análise situada da Vigilância em Saúde no cotidiano do serviço. Essa imersão permitiu aproximar a produção científica da realidade operacional e das contradições vivenciadas no Sistema Único de Saúde (SUS). A investigação não se limitou a uma descrição fenomênica de rotinas; buscou-se compreender a operacionalização do ciclo da vigilância como uma "prática viva" de cuidado, articulando de forma indissociável as dimensões assistenciais, organizacionais e territoriais.

Outro diferencial analítico refere-se ao emprego da Matriz SWOT como dispositivo interpretativo, permitindo uma leitura integrada das forças, fragilidades, oportunidades e ameaças que condicionam a sustentabilidade da vigilância no nível local. Essa ferramenta foi decisiva para identificar os "nós críticos" concretos como a exclusão informacional, o estigma





no manejo da sífilis e o vazio analítico territorial evidenciando os pontos de ruptura do ciclo e os caminhos estratégicos para sua qualificação.

A análise desenvolvida contribui, ainda, para o debate contemporâneo ao reafirmar a Vigilância em Saúde como um instrumento estratégico de coordenação do cuidado na Atenção Primária. O estudo reforça o imperativo da territorialização e da integração ensino-serviço, oferecendo subsídios práticos e teóricos aplicáveis à gestão local e à reorganização dos processos de trabalho, especialmente em municípios de pequeno porte que enfrentam desafios de densidade tecnológica.


Por fim, a principal fortaleza desta investigação reside em sua capacidade reconstrutiva: a transformação da observação do trabalho em uma análise crítica orientada para a práxis. Ao identificar os condicionantes estruturais da vigilância, o estudo fomenta uma reflexão necessária sobre estratégias viáveis de fortalecimento institucional, reafirmando a Vigilância em Saúde como componente indissociável do cuidado integral, da gestão participativa e da resposta sanitária oportuna no território.

#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A análise da operacionalização do ciclo de Vigilância em Saúde no âmbito da Atenção Primária evidenciou que a vigilância, quando estruturada como prática territorial e integrada ao cotidiano do cuidado, transcende sua função normativa de monitoramento para consolidar-se como o eixo ordenador do processo assistencial. No cenário investigado, o ciclo demonstrou uma potência resolutiva significativa ao capilarizar a detecção precoce de agravos, qualificar a tomada de decisão clínica e orientar intervenções oportunas. Tais achados reafirmam a Vigilância em Saúde não como um apêndice administrativo, mas como componente estratégico e indissociável da coordenação do cuidado no Sistema Único de Saúde (SUS).

Todavia, a identificação de nós críticos persistentes como as barreiras de acesso aos sistemas de informação, a subutilização de ferramentas analíticas, o estigma social no manejo da sífilis e a ausência de dispositivos de geoprocessamento revela que a sustentabilidade da vigilância não repousa exclusivamente sobre protocolos ou fluxos operacionais. Ela depende, fundamentalmente, da capacidade institucional de integrar informação, gestão e assistência em uma lógica sistêmica e territorializada. Essas fragilidades descortinam desafios macroestruturais relacionados à organização do trabalho, à precariedade do financiamento e à necessidade de uma governança local que garanta o suporte técnico contínuo às equipes de ponta.





A incorporação da vigilância como "prática de cuidado" implica o reconhecimento de que a produção de informação epidemiológica não é um fim em si mesma, mas um instrumento de emancipação para a intervenção qualificada e para o planejamento estratégico. A integração efetiva entre a Vigilância e a Atenção Primária revelou-se, portanto, o elemento central para superar a fragmentação histórica entre as ações assistenciais e epidemiológicas, fortalecendo o princípio da integralidade e ampliando a capacidade resolutiva da rede frente às iniquidades em saúde.

Do ponto de vista estratégico, a longevidade e o refinamento do ciclo de vigilância exigem um investimento inarredável em Educação Permanente em Saúde, o fortalecimento do uso crítico dos sistemas de informação (democratizando o acesso ao SINAN) e a institucionalização da análise territorializada. A qualificação deste processo passa pela ampliação da autonomia técnica das equipes e pela consolidação da vigilância como um instrumento vivo de gestão, cuidado e produção de conhecimento autóctone.

Como contribuição científica e social, este estudo sistematiza evidências que podem subsidiar a qualificação das práticas em municípios de pequeno porte, demonstrando que, mesmo em contextos de escassez de recursos, avanços substantivos são viabilizados pela integração entre gestão, equipe e território. A experiência analisada em Ibirapuã reforça que o compromisso institucional com a continuidade do cuidado é o que transforma o registro burocrático em ação sanitária efetiva.

Por fim, recomenda-se a institucionalização de políticas que consolidem a Vigilância em Saúde como eixo permanente da Atenção Primária. O aprimoramento das dimensões informacionais, pedagógicas e analíticas aqui discutidas possui o condão de ampliar a responsividade do sistema, promover maior equidade e, acima de tudo, garantir que a vigilância permaneça como uma prática viva, contínua e estruturante do cuidado no território, em estrita observância ao direito universal à saúde.

## 5. REFERÊNCIAS

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde**. 5. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN: normas e rotinas**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019.



CECCIM, Ricardo Burg. **Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário.** Interface - Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-177, 2005.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira et al. **Sífilis congênita como evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal.** Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 147-157, 2013.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação.** Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.

LAFETÁ, Kátia Regina Gandra et al. **Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle.** Revista Brasileira de Epidemiologia, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 63-74, 2016.

LIMA, Luciana Albuquerque et al. **Avaliação da qualidade do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) em Pernambuco, Brasil, 2000-2004.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, p. 1745-1754, 2009.

MEDINA, Maria Helena et al. **Vigilância em Saúde na Atenção Primária: potencialidades e desafios em municípios de pequeno porte.** Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 42, n. esp. 1, p. 102-115, 2018.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde.** Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo.** São Paulo: Hucitec, 2002.

OLIVEIRA, Ricardo Antunes de et al. Territorialização e análise espacial em saúde: ferramentas para a vigilância. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 3251-3260, 2018.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

PINTO, Maria Fernanda et al. **Educação permanente e vigilância em saúde: uma revisão integrativa.** Trabalho, Educação e Saúde, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, 2019.

SANTOS, Adriana Paula et al. **Qualidade da informação nos sistemas de vigilância: uma análise do Sinan.** Revista Baiana de Saúde Pública, Salvador, v. 42, n. 2, 2018.

SILVA, Carlos Manuel da Silva Castro. **O cotidiano do trabalho na vigilância em saúde: reflexões sobre o processo de vigilância, cuidado e gestão no SUS.** Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 42, n. esp. 1, p. 207-221, 2018.

SOUZA, T. S. et al. **Integração vigilância e assistência na atenção primária: o papel da gestão local.** Revista de APS, Juiz de Fora, v. 23, n. 1, 2020.

STARFIELD, Barbara. **Primary Care: balancing health needs, services, and technology.** New York: Oxford University Press, 2002.

TEIXEIRA, Carmen Fontes. **Vigilância em Saúde no SUS: construção, efeitos e perspectivas.** Salvador: EDUFBA, 2009.

TEIXEIRA, Carmen Fontes; PAIM, Jairnilson Silva; VILASBÔAS, Ana Luiza Queiroz. **Vigilância em saúde no SUS: trajetória e desafios.** *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 10, p. 4081-4090, 2014.

