

ARTIGO DE REVISÃO

Processo de trabalho na vigilância em saúde no Brasil: uma *scoping review*

Work process in health surveillance in Brazil: a scoping review

Claudia Maria Scheffel Corrêa da Silva¹ , José Roque Junges¹ , Rosangela Barbiani¹ ,
Rafaela Schaefer¹ , Carlise Rigon Dalla Nora²

¹Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade do Vale do Rio dos Sinos – São Leopoldo (RS), Brasil.

²Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) – Porto Alegre (RS), Brasil.

Como citar: Silva CMSC, Junges JR, Barbiani R, Schaefer R, Nora CRD. Processo de trabalho na vigilância em saúde no Brasil: uma *scoping review*. Cad Saúde Colet, 2021;29(4):604-615. <https://doi.org/10.1590/1414-462X202129040274>

Resumo

Introdução: A descentralização da vigilância em saúde demandou dos municípios uma reorganização dos processos de trabalho. Ao passo que aproximou o serviço do território, também suscitou desafios em formular propostas de intervenção sobre problemas de saúde. **Objetivo:** Analisar o processo de trabalho dos profissionais que executam ações de vigilância em saúde no Brasil. **Método:** Estudo de revisão da literatura de tipo *scoping review*. A estratégia de busca incluiu a consulta em bases de dados, *Google Scholar* e listas de referências, para artigos publicados entre 2000 e 2016. As buscas foram realizadas em abril de 2017 por dois pesquisadores, separadamente. A amostra compõe-se de 38 estudos. **Resultados:** Resultaram cinco categorias: descentralização das ações de vigilância; vigilância em saúde e o trabalho em rede; processos educativos; análise territorial, e participação social. O processo descentralizado aproximou a vigilância do território e da comunidade, favorecendo a sua capacidade antecipatória, o trabalho intersetorial e a atuação ajustada aos problemas. Contudo, a descentralização ainda é um desafio na construção da vigilância como um trabalho em rede que tenha, como ponto de partida, a atenção básica, através de uma análise territorial. A resposta ao desafio exige processos de educação permanente e o engajamento participativo da comunidade e do controle social. **Conclusão:** A descentralização exige ações conjuntas dos trabalhadores da vigilância e da atenção, tendo como base o território e as ações de cunho intersetorial e com participação social.

Palavras-chave: vigilância em saúde pública; atenção primária à saúde; fluxo de trabalho; sistema único de saúde.

Abstract

Introduction: Decentralization of health surveillance required municipalities to reorganize work processes. While bringing the service closer to the territory, it also raised challenges in formulating intervention proposals on health problems. **Objective:** to analyze the work process of professionals who perform health surveillance actions in Brazil. **Method:** This is a literature scoping review study. The search strategy included health databases, Google Scholar, and reference lists for articles published between 2000 and 2016. Searches were conducted in April 2017 by two researchers separately. The sample consists of 38 studies. **Results:** Five categories emerged: decentralization of surveillance actions, health surveillance and networking, educational processes, territorial analysis, and social participation. The decentralized process approached the surveillance of the territory and the community, favoring its anticipatory capacity, the intersectoral work, and the action adjusted to the problems. However, this approach is still a challenge for the construction of the surveillance as a network, based on the primary care through a territorial analysis. The answer to this challenge demands processes of permanent education

Trabalho realizado na Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo (RS), Brasil.

Correspondência: Rafaela Schaefer. E-mail: rafaschaefer@unisinos.br

Fonte de financiamento: nenhuma.

Conflito de interesses: nada a declarar.

Recebido em: Jul. 09, 2019. Aprovado em: Set. 02, 2020



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

and the participative compromise of the community and social control. **Conclusion:** The decentralization requires united actions of the professionals of surveillance and attendance, having as focus the territory, intersectoral actions, and social participation.

Keywords: public health surveillance; primary health care; workflow; unified health system.

INTRODUÇÃO

Com o Sistema Único de Saúde (SUS), importantes modificações ocorreram na estrutura da saúde, sendo a descentralização um dos processos mais marcantes. As ações, que antes eram executadas de forma centralizada, passaram a ser paulatinamente descentralizadas, em que a municipalização facilitou a interação entre a comunidade e os profissionais de saúde. A Vigilância em Saúde (VS) também passou por este processo, principalmente a partir da publicação da Portaria Ministerial nº 1.399¹, no ano de 1999, que regulamentou as competências da União, dos estados e dos municípios na área de epidemiologia e controle de doenças, e a transferência de recursos financeiros do governo federal para estados e municípios, possibilitando a efetiva descentralização das ações para outras unidades da federação². Com a descentralização, os municípios tiveram de criar suas equipes de vigilância para realizar as ações. Essas atividades, antes administradas e executadas pelos servidores das esferas federal e estadual, passaram a ser progressivamente assumidas pelos trabalhadores das secretarias municipais de saúde.

Em 2018, o Conselho Nacional de Saúde aprovou a Política Nacional da Vigilância em Saúde (PNVS), que compreende a integração e a articulação entre as vigilâncias epidemiológica, ambiental, sanitária e da saúde do trabalhador, cujas ações transversais visam a promoção, a prevenção e a proteção da saúde, e a prevenção de doenças e agravos, bem como a redução da morbimortalidade, vulnerabilidade e riscos decorrentes das dinâmicas de produção e consumo nos territórios, contribuindo para a integralidade na atenção à saúde através da inserção das ações da vigilância na rede de atenção. Para o alcance dessas ações transversais, vale-se da construção de protocolos, linhas de cuidado e matriciamento das ações (Art. 4º), tendo como princípios o conhecimento do território, a integralidade, a descentralização das ações, a regionalização dos serviços, a equidade, a universalidade, a participação da comunidade e a cooperação intersetorial (Art. 7º). Como diretrizes, a política propõe a articulação entre as vigilâncias e com a atenção à saúde, através de processos de trabalho pautados pelo conhecimento sobre as diversas situações, o planejamento integrado das ações da vigilância e da assistência, e a necessária colaboração das diversas ações e serviços para o alcance da integralidade (Art 9º)^{3,4}.

Ao se adotar a noção de análise de situação de saúde, o objeto da vigilância passa a ser a situação de saúde em sua complexidade, fruto da interação entre problemas de saúde e seus determinantes, o qual, apesar de complexo, pode ser analisado, identificado e monitorado a partir de mudanças nas práticas. O conceito também aponta para a necessidade de o trabalho ser realizado em rede e para que os profissionais ampliem seu olhar para além das doenças⁵. É indispensável que tais trabalhadores busquem novos modos de fazer, bem como um novo conceito de vigilância, e que tenham como pressupostos atribuições partilhadas⁶.

A descentralização permitiu aproximar a vigilância do território onde vive o usuário do sistema, configurando processos de trabalho pautados pela análise situacional e por ações em saúde pensadas a partir dos determinantes do território. No entanto, a dificuldade em formular propostas de intervenção sobre problemas de saúde, tendo por objeto os determinantes, é um desafio considerável⁵. Assim, o objetivo do artigo é analisar o processo de trabalho dos profissionais que executam ações de vigilância em saúde no Brasil, a fim de identificar potencialidades e desafios da descentralização das ações.

MÉTODO

O estudo faz uma revisão da literatura, tendo como metodologia de escolha a *scoping review*^{7,8}. Este tipo de método de revisão da literatura busca obter resultados abrangentes, a partir do mapeamento da literatura em determinado tópico. Definido e sistematizado em seis passos, compreende: 1) identificar a questão de pesquisa; 2) identificar os estudos relevantes;

3) selecionar os estudos; 4) extrair os dados; 5) sumarizar e relatar os resultados; 6) apresentar os resultados para validação da investigação.

Assim, o primeiro passo propôs como questão de pesquisa: como se caracteriza o processo de trabalho desenvolvido pelos trabalhadores que executam ações de vigilância em saúde no Brasil?

Para realizar o segundo passo e identificar os estudos relevantes, foram consultadas a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), a ferramenta *Google Scholar* e as listas de referências da literatura relevante. Para as buscas, foram utilizados os seguintes descritores: vigilância em saúde, vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, vigilância ambiental em saúde e vigilância em saúde do trabalhador, associados pelo operador Booleano AND, com a palavra-chave *processo de trabalho*.

Para o terceiro passo, a seleção dos estudos considerou o período entre o ano 2000, quando houve uma intensificação do processo de descentralização da vigilância, até o ano de 2016. Como critério de inclusão, estava a necessidade de o artigo abordar as ações de vigilância desenvolvidas pelos trabalhadores, sendo excluídos os estudos que não versavam sobre estas ações. Depois, foram excluídos os artigos que se limitavam a fazer uma análise teórica dos processos de trabalho, uma descrição do processo de criação dos programas por parte do Ministério da Saúde e, ainda, os que se restringiam a fazer uma análise histórica da atividade ou do processo de descentralização da vigilância, sem abordar o processo de trabalho.

As buscas foram realizadas em abril de 2017, por dois pesquisadores, separadamente. As discordâncias foram posteriormente discutidas pelos mesmos e resolvidas por consenso. A Figura 1 mostra o processo de busca e seleção dos estudos.

Para a quarta etapa, de extração de dados, foi criada uma planilha Excel para o registro de informações dos estudos selecionados, dos quais foram extraídas informações referentes a ano de publicação, método, sujeitos de pesquisa e descrição dos resultados relacionados com o processo de trabalho na vigilância. A partir destes dados, se realizou o quinto passo, que é a sumarização e o relato dos resultados a partir de uma análise numérica e uma análise temática.

Para contemplar o sexto passo, foi programada e realizada uma reunião com alguns trabalhadores da vigilância, com expertise na área, para apresentar os resultados da revisão e verificar se a realidade apresentada mantinha uma interface com suas trajetórias profissionais.

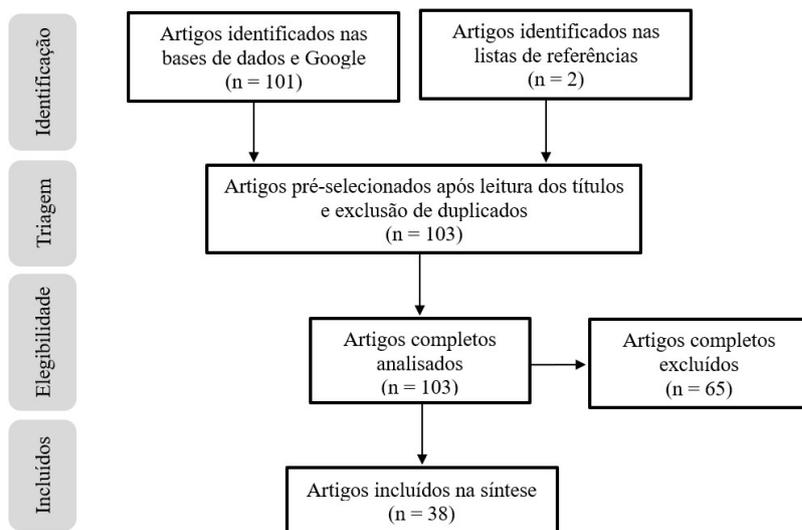


Figura 1. Seleção dos estudos

RESULTADOS

Foram selecionados 38 estudos. Para a análise numérica, verificou-se que a maior parte dos estudos foi publicada nas revistas *Ciência e Saúde Coletiva* (n=10), *Epidemiologia e Serviços de Saúde* (n=5), *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional* (n=5) e *Cadernos de Saúde*

Pública (n=3). A maior parte dos estudos foi realizada na região Sudeste (n=16), seguida pela região Nordeste (n=10). Nenhuma das pesquisas analisadas foi desenvolvida na região Norte. Quanto à metodologia, predominou a abordagem qualitativa (n=33) e os instrumentos de coleta dos dados mais empregados foram a entrevista (n=19), a análise documental (n=11) e a observação direta (n=10).

Observou-se um maior número de artigos relacionados à vigilância da saúde do trabalhador (n=17). Apenas três dos estudos selecionados examinaram as vigilâncias em seu conjunto, predominando uma visão mais compartimentada do trabalho. A Tabela 1 apresenta o número de estudos por vigilância.

Tabela 1. Distribuição das vigilâncias nos estudos selecionados, 2018

Vigilância	n
Vigilância em Saúde do Trabalhador (VST)	15
Vigilância Sanitária (VISA)	7
Vigilância Epidemiológica (VE)	6
Vigilância Ambiental em Saúde (VAS)	4
Vigilância em Saúde (VS)	3
VST + VAS	2
VE + VAS	1
Total	38

Da análise temática, emergiram cinco categorias: descentralização das ações de vigilância; vigilância e o trabalho em rede; processos educativos; análise territorial, e participação social.

Descentralização das ações de vigilância

Entre os trabalhos que analisaram a descentralização das atividades de vigilância, parte deles examinou os processos de descentralização das ações do nível estadual para o municipal, e outros trabalhos, os processos de descentralização das vigilâncias municipais para as equipes de Atenção Básica (AB).

No primeiro grupo, foi destacada a relevância do município como instância efetiva para o desenvolvimento das ações no território^{9,10}. No entanto, a necessidade de complementaridade entre os três níveis de gestão foi salientada^{11,12}. Foi apontada como facilitador ao desenvolvimento das ações a existência de equipe multiprofissional no quadro da vigilância, por oportunizar a troca de conhecimentos entre as diferentes categorias profissionais^{12,13}. Como fator desfavorável, foram apontadas as interferências políticas, as deficiências estruturais das secretarias municipais de saúde, a falta de autonomia na aplicação de recursos e na gestão do trabalho, bem como a insuficiência na formação e na capacitação dos profissionais, com repercussão negativa sobre os efeitos esperados do processo¹³⁻¹⁸.

A descentralização das ações de vigilância no setor empresarial destaca a responsabilidade do município no controle sanitário de produtos¹⁹ e nas inspeções sanitárias¹³. Há necessidade de padronização técnica das atividades e de um setor jurídico formalizado para auxiliar na prestação de ações de vigilância sanitária. Por outro lado, o conhecimento dos profissionais, as legislações existentes sobre a área, as ações intersetoriais e a troca da postura fiscal/policial para orientador/parceiro foram apontados como aspectos positivos da descentralização^{13,16,17}.

Quanto aos artigos do segundo grupo, parte dos estudos referiu ter sido exitoso o processo de descentralização das vigilâncias municipais para as equipes de AB, principalmente pela proximidade com o território²⁰⁻²². Quanto à descentralização das ações de vigilância da saúde do trabalhador para a AB, autores avaliaram como bem-sucedidas as ações de atenção à saúde

e de notificação, especialmente quando decorriam de acidentes do trabalho, e entenderam como problemática a identificação das doenças relacionadas ao trabalho²³.

As capacitações e os processos educativos, com a participação ativa de todos os atores e o apoio dos gestores, também foram considerados essenciais entre os artigos que estudaram a descentralização das ações para a rede básica de saúde^{20,21,24}. Já as deficiências estruturais foram citadas como fator dificultador do processo de descentralização das ações para a AB²⁵.

Vigilância e o trabalho em rede

A AB tem a função de coordenar o cuidado e ordenar a rede de atenção à saúde, e o processo de trabalho da vigilância em saúde aponta para novas relações estabelecidas entre os diversos níveis de atenção²⁶. A integração da vigilância com a rede básica de saúde foi considerada um avanço²⁰, entretanto o trabalho conjunto entre os agentes comunitários de saúde (ACS) e os agentes de controle das endemias (ACE) foi descrito como desarticulado, em alguns casos²⁴, e como adequado, em outros^{27,28}. Existe, portanto, a preocupação de que estes novos papéis assumidos venham a interferir no vínculo existente entre os ACSs e a comunidade assistida²⁷.

Pode-se observar que a vigilância da saúde do trabalhador destacou-se pelo trabalho realizado em rede, sendo a intersectorialidade uma parte do seu processo de trabalho. No entanto, este processo não foi entendido como fácil, sendo atravessado por inúmeros conflitos, sendo, parte deles, corporativos^{29,30}. Para o sucesso das ações de vigilância da saúde do trabalhador em rede, foi salientada a necessidade do apoio da gestão e de ações de capacitação³¹, além de incluir os trabalhadores da instituição no processo^{32,33}. As atividades realizadas por esta vigilância podem ajudar na detecção e na alteração dos riscos existentes no ambiente laboral^{10,34-38} no empoderamento dos trabalhadores³⁷, nas atividades que buscam resgatar a saúde dos trabalhadores no seu sentido amplo – não se restringindo ao retorno do operário ao trabalho³⁹ – e na extensão do acesso às ações, principalmente para trabalhadores informais⁴⁰.

Processos de trabalho intersectoriais podem auxiliar na integralização dos diferentes atores e serviços⁴¹.

Processos educativos

Para que o processo de trabalho seja efetivo, é necessário haver capacitações, incluindo grupos organizados da população²⁰, com a disponibilização de infraestrutura para a execução das atividades²⁰⁻²⁴. A realidade mostra uma falta de qualificação profissional e capacitação para trabalhar na vigilância^{13,17,18}, na qual a aprendizagem se efetua no dia a dia dos serviços, através do estudo das legislações sanitárias ou cursos específicos realizados por iniciativa do próprio trabalhador. Em regra, falta uma política de educação permanente nos municípios e a valorização das buscas pessoais por qualificação, capacitação e aperfeiçoamento profissional. No entanto, a literatura mostra que a metade dos profissionais com curso superior tem curso de especialização, realizado por iniciativa própria, decorrente da complexidade do trabalho que precisam desenvolver¹⁸.

Contudo, processos educativos são considerados determinantes para que ocorra a modificação dos processos de trabalho¹⁷. Assim, é problemático o fato de os processos educacionais serem, majoritariamente, oferecidos pela vigilância estadual e pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), com escassa participação municipal no processo de qualificação dos trabalhadores¹⁴. Em decorrência, as necessidades dos profissionais municipais não são pautadas nestas capacitações, sendo priorizada a preparação técnica dos profissionais²¹.

Os processos educativos devem realizar uma abordagem coletiva do processo saúde-doença, para que sua compreensão seja mais ampla²¹, fomentando ações para além do controle e acompanhamento individual, visando criar uma cultura de prevenção e promoção da saúde junto à comunidade assistida²⁰, associando o processo educativo com a participação comunitária²⁷.

Análise territorial

Conhecer o território favorece a identificação dos problemas de saúde, tornando mais ágil as ações preventivas e o controle das doenças. A incorporação pela rede básica dos saberes e práticas da vigilância pode facilitar a atuação sobre os riscos e as respostas mais efetivas às necessidades de saúde no território⁴². No entanto, é necessário que estes profissionais ampliem o seu olhar durante a análise territorial, através da incorporação de novas perspectivas e questões de saúde ambiental e do trabalhador²⁶⁻⁴³, uma vez que a equipe da AB tem mais facilidade de identificar a relação existente entre os processos produtivos instalados no âmbito do seu território e o impacto decorrente no ambiente e na saúde dos trabalhadores e moradores da área. Estas questões estão no dia a dia das pessoas, famílias e grupos sociais, impactando no atendimento das unidades de saúde⁴³.

Com relação à vigilância epidemiológica, o trabalho no território tem potencialidade, podendo expandir as ações para além das doenças de notificação compulsória. Para isso, é preciso que os profissionais participem da mesma proposta de trabalho, com ações realizadas de modo interdisciplinar e intersetorial²⁰. As ações precisam ser realizadas de forma horizontal e integrada, com aglutinação de saberes e práticas das diversas profissões, visando à construção de propostas e condutas adequadas às necessidades da população²¹. Contudo, autores descreveram como desiguais as ações desenvolvidas pelas diferentes categorias profissionais da AB. Referiram que parte dos profissionais mantém ações de assistência curativa e individualizada, enquanto outros focam nas ações educativas, apontando para a existência de fragilidade nas práticas de saúde voltadas para a abordagem coletiva do problema⁴⁴. Entretanto, a descentralização da vigilância para os municípios e rede básica qualifica o processo de trabalho, pela proximidade territorial.

Participação social

O cumprimento do princípio da equidade também deve ser perseguido pela vigilância. Garibotti et al.¹⁸ salientam a necessidade da utilização de métodos para se cumprir esse princípio. Como estratégia para deixar de atuar em resposta às demandas do setor econômico, sugeriram “o envolvimento da sociedade na defesa de sua própria saúde [...] mediante o investimento intensivo nas práticas de educação em saúde por parte dos serviços” (p. 1.049), o que contribuiria para transformar o usuário em um cidadão mais crítico e com maior autonomia, capaz de reivindicar direitos individuais e coletivos, na busca da qualidade de vida^{18,27}. Nesse sentido, a descentralização das ações para a rede básica facilita esse processo, pelo vínculo existente entre as equipes e a comunidade²⁶.

Por regular o mercado, a vigilância sanitária muitas vezes precisa contrariar interesses de grupos, o que pode gerar ruídos e pressões^{12,18}. Nesse sentido, o envolvimento do controle social para alavancar essas ações também foi considerado essencial nas ações de vigilância¹⁴.

Na realidade, o modo como os trabalhadores executam as ações de vigilância foram percebidas como verticalizadas, baseada em normas técnicas do Ministério da Saúde e sem a participação da população^{45,46}. Em contraposição, a vigilância da saúde do trabalhador consegue atuar de modo mais intersetorial, incluindo os trabalhadores das indústrias inspecionadas nas suas ações^{29,32,34,36}.

Validação de experts

Dos 10 profissionais contatados, sete aceitaram o convite para participar da etapa de validação dos resultados encontrados. Todos os experts atuavam na vigilância em saúde – na gestão da área ou realizando ações das vigilâncias epidemiológica, ambiental, sanitária ou da saúde do trabalhador. Foram apresentados os resultados encontrados na literatura, sendo os experts incentivados a manifestarem-se quanto ao seu conteúdo. Houve concordância entre o vivido pelos participantes durante sua vida profissional e os achados.

DISCUSSÃO

O número de publicações sobre a descentralização do processo de trabalho tem aumentado com o passar dos anos, o que demonstra que o processo de avaliação da prática exige tempo para que os atores possam, primeiramente, experienciar as novas funções, identificando as dificuldades e possibilidades percebidas no trabalho. Quadro semelhante foi identificado em estudo anterior que analisou as características da produção científica sobre educação e o trabalho em saúde no Brasil⁴⁷.

A descentralização tem sido discutida como um ponto importante em muitas políticas de reforma da saúde, principalmente na América Latina. Estudar o processo e os efeitos dessa nova forma de gestão é, portanto, uma preocupação compartilhada⁴⁸. Os resultados deste estudo mostram que, apesar das dificuldades encontradas, o processo de descentralização das ações de vigilância tem sido considerado exitoso no Brasil.

Nos municípios, os problemas estruturais e a insuficiência no quantitativo de profissionais e nas capacitações foram apontados como desafios que podem prejudicar o desenvolvimento das ações^{49,50}. Cenário similar pode ser identificado em municípios de pequeno porte, onde os profissionais não trabalham de forma exclusiva na área, limitando-se à realização de ações preventivas e educativas, bem como de ações de planejamento e avaliação. Esta sobreposição de tarefas foi entendida como desvalorização da área, por dificultar o desenvolvimento de ações no território⁵¹.

Para obviar essas dificuldades provindas do processo de descentralização político-administrativa, a PNVS propõe, como complemento, a inserção da vigilância no processo de regionalização das ações e dos serviços de saúde (Art. 7º, III-IV; Art. 9º, III), para que possam ser criadas estruturas regionais de organização da vigilância⁴.

Nesse contexto, é fundamental que o processo de trabalho seja efetivado de modo intersetorial para garantir a integralidade da assistência, o que exige que as ações sejam realizadas de modo integrado, transformando a concepção de somatório de vigilâncias em uma instituição com ações integradas entre si e com a rede assistencial, moldada pelos problemas definidos no território de sua abrangência e pela participação social^{52,53}. A intersetorialidade é um novo modo de governar, de trabalhar e de construir políticas públicas, tendo por objetivo superar a fragmentação dos conhecimentos e das estruturas sociais, para melhorar a saúde da população. Através de uma rede de compromissos, os diferentes atores planejam, realizam, monitoram e reorientam as ações de modo integrado⁵³.

Para a PVNS, a resposta integrada e intersetorial exige análise da situação de saúde através de um monitoramento contínuo (Art. 6º, III), baseado no conhecimento do território (Art. 7º, I), que possibilite a produção de evidências a partir dessa análise, fortalecendo a gestão e as práticas em saúde (Art. 8º, VIII)⁴.

A competência para intervir em muitos dos determinantes sociais do processo saúde-doença pode estar fora do setor saúde, o que torna este setor mais receptivo para propor e articular ações intersetoriais⁵⁴, o que foi observado especialmente na vigilância da saúde do trabalhador, que atua com diferentes agentes, inclusive com a participação dos trabalhadores. O trabalho nesta vigilância se caracteriza por ser interdisciplinar, multiprofissional, intersetorial e interinstitucional⁵⁵. Ainda assim, o processo de trabalho realizado de forma intersetorial é um desafio. Esta dificuldade tende a se reduzir na medida em que as instituições de ensino assumem a interdisciplinaridade como diretriz dos diversos cursos da área da saúde. Nos programas de pós-graduação e nas instituições de pesquisa e extensão, esta concepção já está mais presente. Contudo, muitos docentes e profissionais que atuam no SUS ainda não incluíram o conceito da interdisciplinaridade e as práticas inter/intrasetoriais no seu trabalho, mantendo um enfoque preventivista e uma visão biomédica embasada em ações setoriais⁵⁶.

Nesse contexto, a educação assume protagonismo no processo de trabalho da vigilância em saúde e existe a necessidade de se promoverem processos educativos visando à intersetorialidade, alinhada às diretrizes das políticas públicas de promoção da saúde⁵⁶. A qualidade da atenção prestada aos usuários dos serviços de saúde depende, entre outros aspectos, do compromisso com ações educativas, realizadas de modo contínuo e suficientemente abrangente, para que possam permitir o desenvolvimento integral dos

trabalhadores⁵⁷. As condições para esse desenvolvimento são a progressiva desprecarização dos vínculos de trabalho das equipes de vigilância, a valorização dos trabalhadores por meio de planos de cargos, carreiras e salários, a capacitação integrada das equipes dos diversos setores da vigilância e a inserção de conteúdos da vigilância nos processos formativos da educação permanente (PNVS Art. 9º, V)⁴.

A necessidade de desenvolvimento e qualificação da força de trabalho, através de estratégias educativas, é uma das grandes preocupações para a promoção da vigilância em saúde⁵⁸. No entanto, é necessário que essas ações educativas sejam planejadas a partir das necessidades dos trabalhadores⁵⁹. Devem “[...] transcender a linearidade, as ações pontuais e finalizadoras, preconcebidas para acontecer em determinado local, com conteúdos e estratégias previamente definidos” (p. 777), e devem estar vinculadas ao processo de trabalho⁵⁷. Devem responder às necessidades dos serviços, promovendo a transformação do processo de trabalho, de modo interativo e inserido na gestão da atenção. Ao contrário das metodologias tradicionais, a educação permanente em saúde (EPS) pode modificar a forma de pensar e agir dos profissionais, tornando-os mais críticos e reflexivos, impactando no cuidado⁵⁹. A EPS, enquanto ferramenta, coopera para reorientar as práticas dos trabalhadores, levando à qualificação dos serviços de saúde⁶⁰, não podendo ser reduzida a uma capacitação técnica que objetive atualizar conhecimentos⁵⁷.

Enquanto o processo educativo tem sido cada vez mais discutido, sinalizando a sua importância para a consolidação do sistema⁶¹, observa-se que continuam predominando aulas teóricas, que não se ajustam à realidade do local de trabalho. Esse tipo de estratégia remete a “[...] uma educação bancária” (p. 61), pontual, com temas definidos *a priori*, no formato de palestras, treinamentos e capacitações, sem impactar nos processos de trabalho, com pouco ou nenhum espaço para a discussão dos problemas do cotidiano e reflexão da prática e da realidade local. A necessidade de respostas rápidas durante o processo de descentralização, em curso, pode ter favorecido a permanência do uso de métodos mais tradicionais de educação no trabalho⁵⁹.

Os processos educativos devem também considerar as necessidades do território, principalmente pelo seu caráter dinâmico e desigual, o que exige um olhar e uma atenção diferenciada⁶². É relevante fazer uma análise situacional da tríade *território, ambiente e saúde*, devido à importância de se ter uma leitura ecossistêmica da saúde, na qual o foco da atenção seja a qualidade de vida, socialmente determinada por condições econômicas, físicas, químicas, biológicas e culturais, impactando nos territórios e espaços sociais dos processos saúde-doença⁵⁰. Nesse sentido, é necessário que as ações intersetoriais sejam politicamente articuladas e pactuadas para responder aos determinantes sociais que afetam a saúde da comunidade assistida, e que os ACSs sejam valorizados pelo conhecimento que possuem das necessidades da comunidade⁶³.

A mobilização e a participação da comunidade nas ações de VS foram destacadas, principalmente pela importância desse envolvimento social e de relações mais horizontais, para se evitar que a vigilância atue de forma episódica, especialmente em momentos de crise⁶⁴⁻⁶⁷. Nos locais onde as relações são mais dialógicas entre os trabalhadores da saúde e a comunidade, a comunidade assistida passa a ter uma relação mais ativa com os projetos para a saúde local^{52,65,68} e o usuário do serviço de saúde é percebido como membro de uma comunidade organizada, tendo direitos e deveres⁶⁹.

As ações de vigilância podem interferir em relações pessoais, políticas, gerando conflito de interesse entre profissionais, proprietários de estabelecimentos e outros⁷⁰. A manutenção de relações horizontais com a sociedade favorece o aprimoramento da consciência sanitária sobre os riscos existentes, contribuindo para reforçar a argumentação técnica frente aos interesses das corporações empresariais e seus mecanismos de pressão^{67,71}. Embora tais embates aconteçam em todos os municípios, o impacto pode ser maior nos de pequeno porte⁷⁰, porque tais municípios têm mais dificuldade de executar suas novas funções.

*Para a PVNS, o estímulo à participação da comunidade compreende estar aberto às demandas da comunidade, incentivar a articulação com entidades não governamentais e associações cooperativas, apoiar o funcionamento de comissões intersetoriais e a inclusão

de grupos de populações vulneráveis, e promover programas de capacitação e educação em vigilância para a comunidade e o controle social (Art. 9, VI)⁴.

Pelo desafio que representa para a sua consolidação, a participação social e sua relação com os processos de trabalho tem sido tema bastante explorado. Apesar dos exemplos positivos, a participação da comunidade nos sistemas de saúde ainda não é efetiva⁷². Constitui-se, portanto, um desafio às diferentes instâncias de gestão⁷³, esperando-se que trabalhadores, usuários e gestores consigam tensionar padrões instituídos e burocráticos, que ainda estão presentes nos serviços de saúde⁷⁴.

A descentralização das ações de vigilância foi um significativo avanço. Cada vez mais ações estão sendo realizadas de forma conjunta entre trabalhadores da VS e da AB, a qual tem um conhecimento e um vínculo privilegiado com o território, o que tende a qualificar, cada vez mais, o processo de trabalho, antes realizado de modo centralizado.

A literatura aponta para a necessidade de que o trabalho da VS seja realizado de modo intersetorial, a partir de problemas identificados no território, contando com a participação social. Entretanto, esta abordagem centrada na identificação dos determinantes socioambientais e realizada de forma intersetorial é ainda um desafio para a realidade do trabalho. Para isso, disponibilizar recursos e manter processos de formação, com a participação da gestão, são fundamentais para a integralidade das ações.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.399, de 15 de dezembro de 1999. Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, estados, municípios e Distrito Federal, na área de epidemiologia e controle de doenças, define a sistemática de financiamento e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF; 1999.
2. Oliveira CM, Cruz MM. Sistema de Vigilância em Saúde no Brasil: avanços e desafios. Saúde Debate. 2015;39(104):255-67. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-110420151040385>.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 14, de 22 de agosto de 2013. Instituir Grupo de Trabalho para discussão e elaboração da Política Nacional de Vigilância em Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF; 2013.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 588, de 12 de julho de 2018. Diário Oficial da União, Brasília, DF; 2018.
5. Monken M, Gondim GMM, Batistella CEC. Entrevista: Carmen Teixeira. Trab Educ Saude. 2008;6(1):1-10. <http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462008000100010>.
6. Garcia RA, L'Abbate S. Institucionalização da Vigilância em Saúde de Campinas (SP) na perspectiva da análise institucional sócio histórica. Saúde Debate. 2015;39(107):997-1007. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-110420151070531>.
7. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. Int J Soc Res Methodol. 2005;8(1):19-32. <http://dx.doi.org/10.1080/1364557032000119616>.
8. Levac D, Colquhoun H, O'Brien KK. Scoping studies: advancing the methodology. Implement Sci. 2010;5:69. <http://dx.doi.org/10.1186/1748-5908-5-69>. PMID:20854677.
9. Vilela RAG, Santos AS, Silva AJN, Almeida IM. Experiência de vigilância no setor canavieiro: desafios para interromper a "maratona" perigosa dos Canaviais. Cien Saude Colet. 2014;19(12):4659-68. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320141912.12912014>. PMID:25388174.
10. Santana M CCP, Brandão K KCP, Goulart BNG, Chiari BM. Fonoaudiologia e saúde do trabalhador: vigilância é informação para ação! Rev CEFAC. 2009;11(3):522-8. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-18462009000300022>.
11. Souza GS, Costa EA. Considerações teóricas e conceituais acerca do trabalho em vigilância sanitária, campo específico do trabalho em saúde. Cien Saude Colet. 2010;15(Supl. 3):3329-40. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000900008>. PMID:21120321.
12. O'Dwyer G, Reis DC, da Silva LL. Integralidade: uma diretriz do SUS para a vigilância sanitária. Cien Saude Colet. 2010;15(Supl. 3):3351-60. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000900010>. PMID:21120323.
13. Bastos AA, Costa EA, Castro LLC. Trabalho em saúde: vigilância sanitária de farmácias no município de Salvador – Bahia. Cien Saude Colet. 2011;16(5):2391-400. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000500008>. PMID:21655712.

14. Marangon MS, Scatena JHG, Costa EA. A descentralização da vigilância sanitária no município de Várzea Grande, MT (1998-2005). *Rev Adm Pública*. 2009;43(2):457-79. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-76122009000200009>.
15. Pimentel FC, Albuquerque PC, Acioli RML. Análise do processo de trabalho dos agentes de vigilância ambiental do município de Olinda, Pernambuco. *Cien Saude Colet*. 2009;14(6):2209-14. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000600029>. PMID:20069190.
16. Bastos AA, Costa EA, de Castro LL. Fatores facilitadores e dificuldades no exercício da vigilância sanitária de farmácias em Salvador - Bahia. *Cien Saude Colet*. 2011;16(9):3863-72. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001000022>. PMID:21987329.
17. Mendes TKA, Oliveira SP, Delamarque EV, Seta MH. Reestruturação da gestão das vigilâncias em saúde em Alagoas: a precarização da formação e do trabalho. *Trab Educ Saúde*. 2016;14(2):421-43. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sip00109>.
18. Garibotti V, Hennington EA, Selli L. A contribuição dos trabalhadores na consolidação dos serviços municipais de vigilância sanitária. *Cad Saude Publica*. 2006;22(5):1043-51. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000500017>. PMID:16680357.
19. Costa EAM, Costa EA. Risco e segurança sanitária: análise do reprocessamento de produtos médicos em hospitais de Salvador, BA. *Rev Saude Publica*. 2012;46(5):800-7. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012000500006>. PMID:23128256.
20. Villa TCS, Palha PF, Muniz JN, Cardozo-Gonzales RI, Neto JMP, Assis MMA. A vigilância epidemiológica e a perspectiva de trabalho no território – Secretaria Municipal de Saúde – Ribeirão Preto. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2002;10(1):21-7. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692002000100004>. PMID:12080584.
21. Santos SS, de Melo CM. Avaliação da descentralização da vigilância epidemiológica para a Equipe de Saúde da Família. *Cien Saude Colet*. 2008;13(6):1923-32. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000600028>. PMID:18833370.
22. Ruffino-Netto A. Programa de Controle da Tuberculose no Brasil: situação atual e novas perspectivas. *Inf Epidemiol SUS*. 2001;10(3):129-38. <http://dx.doi.org/10.5123/S0104-16732001000300004>.
23. Balista SRR, Santiago SM, Corrêa-Filho HR. A atenção à saúde do trabalhador nas unidades básicas de saúde do SUS: estudo de caso em Campinas, São Paulo. *Rev Bras Saúde Ocup*. 2011;36(124):216-26. <http://dx.doi.org/10.1590/S0303-76572011000200005>.
24. Menezes MJR, Carmo EH, Samico I. Avaliação do Sistema de Vigilância Epidemiológica da Esquistossomose em dois municípios do estado da Bahia, Brasil. *Epidemiol Serv Saude*. 2012;21(2):213-22. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742012000200004>.
25. Carvalho EF, Cesse EAP, Albuquerque MIN, Albuquerque LC, Dubeux LS. Avaliação da Vigilância Epidemiológica em âmbito municipal. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2005;5(Supl. 1):553-62. <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292005000500006>.
26. Dias EC, Silva TL, Almeida MHC. Desafios para a construção cotidiana da Vigilância em Saúde Ambiental e em Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde. *Cad Saude Colet*. 2012;20(1):15-24.
27. Libanio KR, Favoreto CAO, Pinheiro R. Análise da integração da vigilância ambiental no controle da dengue com a estratégia saúde da família: impacto nos saberes e práticas dos agentes comunitários de saúde. *Physis*. 2014;24(1):147-63. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312014000100009>.
28. Chiaravalloti F No, Barbosa AAC, Cesarino MB, Favaro EA, Mondini A, Ferraz AA, et al. Controle do dengue em uma área urbana do Brasil: avaliação do impacto do Programa Saúde da Família com relação ao programa tradicional de controle. *Cad Saude Publica*. 2006;22(5):987-97. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000500011>. PMID:16680351.
29. Machado JMH, Porto MFS. Promoção da saúde e intersectorialidade: a experiência da vigilância em saúde do trabalhador na construção de redes. *Epidemiol Serv Saude*. 2003;12(3):121-30. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742003000300002>.
30. Machado JMH. A propósito da Vigilância em Saúde do Trabalhador. *Cien Saude Colet*. 2005;10(4):987-92. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000400021>.
31. Sanchez MO, Reis MA, Cruz ALS, Ferreira MP. Atuação do Cerest nas Ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador no Setor Canavieiro. *Saude Soc*. 2009;18(Supl.1):37-43. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902009000500006>.
32. Daldon MTB, Lancman S. Vigilância em saúde do trabalhador: rumos e incertezas. *Rev Bras Saúde Ocup*. 2013;38(127):92-106. <http://dx.doi.org/10.1590/S0303-76572013000100012>.
33. Santos APL, Lacaz FAC. Ações de vigilância em saúde do trabalhador e ambiente: análise da atuação do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de Campinas em postos de combustível. *Rev Bras Saúde Ocup*. 2013;38(128):230-42. <http://dx.doi.org/10.1590/S0303-76572013000200011>.

34. Lourenço EASL, Bertani IF. Saúde do trabalhador no SUS: desafios e perspectivas frente à precarização do trabalho. *Rev Bras Saúde Ocup.* 2007;32(115):121-34. <http://dx.doi.org/10.1590/S0303-76572007000100011>.
35. Oliveira PAB, Mendes JMR. Processo de trabalho e condições de trabalho em frigoríficos de aves: relato de uma experiência de vigilância em saúde do trabalhador. *Cien Saude Colet.* 2014;19(12):4627-35. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320141912.12792014>. PMID:25388171.
36. Ribeiro FSN, Oliveira S, Reis MM, Silva CRS, Menezes MAC, Dias AEXO, et al. Processo de trabalho e riscos para a saúde dos trabalhadores em uma indústria de cimento. *Cad Saude Publica.* 2002;18(5):1243-50. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2002000500016>. PMID:12244356.
37. Takahashi MABC, Mendes TT, Rodrigues DS, Bravo ES, Simonelli AP. Agir articulado entre atenção, reabilitação e prevenção em Saúde do Trabalhador: a experiência do CEREST-Piracicaba. *Rev RET.* 2011;9(1):116-38.
38. Vilela RAG, Gil Vicente Fonseca R, Iguti AM. Experiência do Programa de Saúde do Trabalhador de Piracicaba: Desafios da Vigilância em Acidentes do Trabalho. *Inf Epidemiol SUS.* 2001;10(2):81-92. <http://dx.doi.org/10.5123/S0104-16732001000200003>.
39. Lima MAG, Andrade AGM, Bulcão CMA, Mota EMCL, Magalhães FB, Carvalho RCP, et al. Programa de reabilitação de trabalhadores com LER/DORT do Cesat/Bahia: ativador de mudanças na Saúde do Trabalhador. *Rev Bras Saúde Ocup.* 2010;35(121):112-21. <http://dx.doi.org/10.1590/S0303-76572010000100012>.
40. Santos AC, Menta SA. Refletindo a interface entre trabalho rural e saúde mental dos trabalhadores da citricultura. *Cad Ter Ocup.* 2016;24(4):765-75. <http://dx.doi.org/10.4322/0104-4931.ctoAO0718>.
41. Barbosa MN, Guimarães EAA, Luz ZMP. Avaliação de estratégia de organização de serviços de saúde para prevenção e controle da leishmaniose visceral. *Epidemiol Serv Saude.* 2016;25(3):563-74. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742016000300012>. PMID:27869927.
42. Oliveira CM, Casanova AO. Vigilância da saúde no espaço de práticas da atenção básica. *Cien Saude Colet.* 2009;14(3):929-36. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000300029>. PMID:19547793.
43. Santos AL, Rigotto RM. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. *Trab Educ Saude.* 2010/2011;8(3):387-406. <http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462010000300003>.
44. Lanza FM, Lana FCF. O processo de trabalho em hanseníase: tecnologias e atuação da equipe de saúde da família. *Texto Contexto Enferm.* 2011;20(N. Esp.):238-46. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072011000500030>.
45. Fraga LS, Monteiro S, Santos F. A gente é um passador de informação: práticas educativas de agentes de combate a endemias no serviço de controle de zoonoses em Belo Horizonte, MG. *Saude Soc.* 2014;23(3):993-1006. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902014000300021>.
46. Martins SR, Cezar-Vaz MR, Soares MCF, Sassi RM. O modelo da vigilância à saúde: um estudo exploratório no extremo sul do Brasil. *Texto Contexto Enferm.* 2008;17(1):26-35. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000100003>.
47. Pinto ICM, Esperidião MA, Silva IV, Soares CM, Santos L, Fagundes TLQ, et al. Trabalho e educação em saúde no Brasil: tendências da produção científica entre 1990-2010. *Cien Saude Colet.* 2013;18(6):1525-34. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000600002>. PMID:23752517.
48. Bossert T, Larrañaga O, Ruiz Meir F. Decentralization of health systems in Latin America. *Rev Panam Salud Publica.* 2000;8(1-2):84-92. <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892000000700011>. PMID:11026777.
49. Donateli CP, Avelar PS, Einloft ABN, Cotta RMM, Costa GD. Avaliação da Vigilância em Saúde na Zona da Mata Mineira, Brasil: das normas à prática. *Cien Saude Colet.* 2017;22(10):3439-55. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320172210.18252017>. PMID:29069197.
50. Junges JR, Barbiani R. Interfaces entre território, ambiente e saúde na atenção primária: uma leitura bioética. *Rev Bioet.* 2013;21(2):207-17. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-80422013000200003>.
51. Recktenwaldt M, Junges JR. A organização e a prática da Vigilância em Saúde em municípios de pequeno porte. *Saude Soc.* 2017;26(2):367-81. <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902017171916>.
52. Franco G No, Villardi JWR, Machado JMH, Souza MS, Brito IF, Santorum JA, et al. Vigilância em saúde brasileira: reflexões e contribuição ao debate da 1a Conferência Nacional de Vigilância em Saúde. *Cien Saude Colet.* 2017;22(10):3137-48. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320172210.18092017>. PMID:29069171.
53. Garcia LMT, Maio IG, Santos TI, Folha CBJC, Watanabe AW. Intersetorialidade na saúde no Brasil no início do século XXI: um retrato das experiências. *Saúde Debate.* 2014;38(103):966-80. <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.20140083>.

54. Grossi PK, Guilamelon LF. Intersetorialidade na política de saúde do idoso. *Textos Contextos*. 2006;5(2):1-9.
55. Gomez CM, Vasconcellos LCF, Machado JMH. Saúde do trabalhador: aspectos históricos, avanços e desafios no Sistema Único de Saúde. *Cien Saude Colet*. 2018;23(6):1963-70. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.04922018>. PMID:29972503.
56. Azevedo E, Pelicioni MCF, Westphal MF. Práticas intersetoriais nas políticas públicas de promoção de saúde. *Physis*. 2012;2(4):1333-56. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312012000400005>.
57. Silva LAA, Schmidt SMS, Noal HC, Signor E, Gomes IEM. Avaliação da educação permanente no processo de trabalho em saúde. *Trab Educ Saúde*. 2016;14(3):765-81. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00015>.
58. Centers for Disease Control and Prevention. CDC's Vision for Public Health Surveillance in the 21st Century. [Internet]. *MMWR*; 2012 [acesso em 11 Feb 2019]. Disponível em: <https://www.cdc.gov/mmwr/pdf/other/su6103.pdf>
59. Guimarães IF, Corvino MPF. Estratégias de educação permanente em saúde na percepção dos profissionais de Vigilância Sanitária. *Visa em debate*. 2016;4(1):58-63. <http://dx.doi.org/10.3395/2317-269x.00477>.
60. Bomfim ES, Araújo IB, Oliveira BG, Moreira RM, Rocha RM, Boery RNSO. Educação permanente em saúde: discussão das práticas educativas na estratégia de saúde da família. *Rev Enferm UFPE*. 2016;10(8):2833-7.
61. Gigante RL, Campos GWS. Política de formação e educação permanente em saúde no Brasil: bases legais e referências teóricas. *Trab Educ Saúde*. 2016;14(3):747-63. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sip00124>.
62. Silva TMR, Alvarenga MRM, Oliveira MAC. Avaliação da vulnerabilidade de famílias assistidas na Atenção Básica. *Rev Latino-Am Enferm*. 2012;20(5):1-9. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692012000500016>. PMID:23174839.
63. Dalcin CB, Backes DS, Dotto JI, Souza MHT, Moreschi C, Büscher A. Determinantes sociais de saúde que influenciam o processo de viver saudável em uma comunidade vulnerável. *Rev Enferm UFPE*. 2016;10(6):1963-70. <http://dx.doi.org/10.5205/reuol.9199-80250-1-SM1006201607>.
64. Bezerra ACV, Bitoun J. Metodologia participativa como instrumento para a territorialização das ações da Vigilância em Saúde Ambiental. *Cien Saude Colet*. 2017;22(10):3259-68. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320172210.17722017>. PMID:29069182.
65. Fernandes VR, Luz ZP, Amorim AC, Sérgio JV, Silva JPV, Castro MC, et al. O lugar da vigilância no SUS – entre os saberes e as práticas de mobilização social. *Cien Saude Colet*. 2017;22(10):3173-81. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320172210.1772017>. PMID:29069174.
66. Porto MFS. Pode a Vigilância em Saúde ser emancipatória? Um pensamento alternativo de alternativas em tempos de crise. *Cien Saude Colet*. 2017;22(10):3149-59. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320172210.16612017>. PMID:29069172.
67. Silva JAA, Costa EA, Lucchese G. SUS 30 anos: Vigilância Sanitária. *Cien Saude Colet*. 2018;23(6):1953-61. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.04972018>. PMID:29972502.
68. Camargo-Borges C, Mishima SM. A responsabilidade relacional como ferramenta útil para a participação comunitária na atenção básica. *Saude Soc*. 2009;18(1):29-41. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902009000100004>.
69. Cunha PF, Magajewski F. Gestão participativa e valorização dos trabalhadores: avanços no âmbito do SUS. *Saude Soc*. 2012;21(Supl.1):71-9. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902012000500006>.
70. Limongi JE, Caldeira BFA, Gonçalves LA, Félix CG, Bonito RF, Silva VP. Estrutura e processos da Vigilância em Saúde em municípios mineiros: uma análise quali-quantitativa. *Cad Saude Colet*. 2017;25(1):31-44. <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462x201700010351>.
71. Coelho JS. Construindo a Participação Social no SUS: um constante repensar em busca de equidade e transformação. *Saude Soc*. 2012;21(Supl. 1):138-51. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902012000500012>.
72. George AS, Mehra V, Scott K, Sriram V. Community participation in health systems research: a systematic review assessing the state of research, the nature of interventions involved and the features of engagement with communities. *PLoS One*. 2015;10(10):e0141091. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0141091>. PMID:26496124.
73. Rodrigues EAS, Brasil FPD. A participação social na perspectiva dos atores de uma rede social comunitária: um estudo de caso. *Saude Soc*. 2015;24(1):374-84. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902015000100029>.
74. Lima FA, Galimberti PA. Sentidos da participação social na saúde para lideranças comunitárias e profissionais da Estratégia Saúde da Família do território de Vila União, em Sobral - CE. *Physis*. 2016;26(1):157-75. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312016000100010>.