



PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA VIGILÂNCIA EM SAÚDE E ATENÇÃO BÁSICA

SOCIAL PARTICIPATION IN HEALTH SURVEILLANCE AND PRIMARY CARE

Maria Gabriela Medeiros Cunha de Araujo¹

Ana Clara Oliveira Gomes²

Pedro José Santos Carneiro Cruz³

Manuscrito recebido em: 03 de julho de 2021.

Aprovado em: 25 de outubro de 2021.

Publicado em: 16 de novembro de 2021.

Resumo

Objetivo: Identificar a percepção de trabalhadores, gestores e usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) na Atenção Primária a Saúde (APS) sobre a interface entre os espaços de participação social (PS) e a vigilância em saúde (VS). **Método:** Estudo qualitativo, de caráter exploratório e descritivo. A coleta de dados ocorreu mediante entrevistas orais e individuais, com a participação de 33 pessoas, entre profissionais de saúde (25) gerentes (3) e usuários (5), vinculados a 5 Unidades de Saúde da Família (USF), do Distrito Sanitário II de João Pessoa-PB, no período de dezembro de 2018 a fevereiro de 2019. As entrevistas foram analisadas com os fundamentos da análise de conteúdo. **Resultados:** Três dimensões sobre a interface entre PS e VS emergiram: I) Ações educativas, sociais e de conscientização, na perspectiva da promoção e da prevenção da saúde; II) Promoção de uma atitude fiscalizadora da população em relação à implementação das políticas públicas em saúde e à realidade comunitária; III) Negação ou desconhecimento sobre a interface entre PS e VS. **Conclusão:** No contexto estudado, há percepções que reconhecem o papel e as potencialidades da PS na construção das ações de VS, na perspectiva da promoção de ações cidadãos nas USF. Contudo, pôde-se denotar visões que não correlacionam PS e VS na APS, tampouco enxergando perspectivas e desdobramentos de sua interface. Faz-se necessário ampliar estudos sobre VS na APS tecida de modo articulado com a PS e abordagens que potencializem estratégias locais de desvelamento do cuidado integral nos serviços e nos territórios.

Palavras-chave: Participação social; Vigilância em saúde; Atenção Primária à Saúde; Profissionais de Saúde.

¹ Graduanda em Medicina pela Universidade Federal da Paraíba.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5242-9122>

E-mail: gabi.2810@hotmail.com

² Graduanda em Medicina pela Universidade Federal da Paraíba.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6066-5352>

E-mail: claraog2@gmail.com

³ Doutor em Educação pela Universidade Federal da Paraíba. Professor no Programa de Pós-Graduação em Educação e no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal da Paraíba. Líder do Grupo de Pesquisa em Extensão Popular.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0610-3273>

E-mail: pjcruzpb@gmail.com



Abstract

Objective: To identify the perception of workers, managers and users of the Brazilian Unified Health System (SUS) in Primary Health Care (PHC) about the interface between social participation spaces (SP) and health surveillance (HS). **Method:** Qualitative, exploratory and descriptive study. Data collection occurred through oral and individual interviews, with the participation of 33 people, among health professionals (25) managers (3) and users (5), linked to 5 Family Health Units (USF), of the Sanitary District II of João Pessoa-PB, in the period from December 2018 to February 2019. The interviews were analyzed with the fundamentals of content analysis. **Results:** Three dimensions about the interface between PS and VS emerged: I) Educational, social and awareness actions, from the perspective of health promotion and prevention; II) Promotion of a supervisory attitude of the population regarding the implementation of public policies in health and community reality; III) Denial or ignorance about the interface between PS and VS. **Conclusion:** In the context studied, there are perceptions that recognize the role and potentialities of the HP in the construction of the OS actions, from the perspective of promoting citizen actions in the FHUs. However, it was possible to denote visions that do not correlate HP and VS in PHC, neither seeing perspectives and developments of their interface. It is necessary to expand studies on the SV in PH woven in articulation with the HP and approaches that enhance local strategies for the unveiling of comprehensive care in services and territories.

Keywords: Social participation; Health Surveillance; Primary Health Care; Healthcare Professionals.

INTRODUÇÃO

A promulgação da Constituição Federal de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) garantiram princípios e diretrizes de universalidade, equidade e integralidade no cuidado e atendimento em saúde, com a priorização de medidas preventivas e de promoção da saúde. Nesse processo, foi fundamental a garantia da possibilidade de a sociedade intervir e participar na gestão desse direito através da participação social.

A participação social constitui prática produtora de equidade e transformadora do cuidado em saúde na perspectiva da integralidade. Sua compreensão envolve ações construídas pelas diversas forças sociais em busca da execução, fiscalização e avaliação das políticas públicas e de serviços básicos¹. Seus mecanismos precisam, então, surgir do entendimento dos atores sociais sobre a importância da construção de uma cidadania ativa, engajada. Nesse sentido, destaca-se duas categorias de cidadania¹: “cidadania de vigilância”, quando as políticas básicas já existem e a população necessita acompanhar, monitorar e participar para sua continuidade;



“cidadania de escassez”, quando a população precisa estar em constante pressão e luta política para garantir a implementação de ações do Estado para serviços básicos.

Segundo Busana *et al.*² a implementação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem a participação social como um dos alicerces para o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) e se fundamenta na ideia de que indivíduos utilizadores dos serviços de saúde têm maior legitimidade para o reconhecimento e o acompanhamento dos mesmos. Assim, o reforço à autonomia da comunidade pode abrir caminhos para a construção da cidadania e da corresponsabilidade em prol de melhorias da qualidade de vida comunitária e para a participação popular². Vê-se, portanto, o empoderamento como sendo de grande importância no processo de participação social e vigilância em saúde. Os autores compreendem empoderamento como “um processo de saúde implicado com a mudança da realidade e a produção de saúde e de indivíduos saudáveis, o qual favorece a participação das pessoas, organizações e comunidade e amplia o controle destes na ação política para melhoria das condições de vida”²⁽⁴⁴⁴⁾.

Para tanto, a participação social em saúde precisa estar pautada nas bases de um diálogo entre profissionais e usuários, pois na falta de cidadãos empoderados os ambientes de participação se tornam eventos meramente burocráticos e não constituem ações participativas efetivas³. Na perspectiva de um processo pedagógico libertador, conforme proposto por Paulo Freire, o empoderamento se torna um meio de os indivíduos tomarem as decisões pertinentes a melhorias em suas vidas, contribuindo para que eles se ajudem, a partir de uma atitude autônoma e analítica de seus contextos⁴.

Nesse cenário de democracia e de participação social ancora-se a concepção da vigilância em saúde a qual constitui um conjunto de elementos articuladores que promovem intervenções e ações redutoras de riscos e impactos à saúde por meio de estratégias de transformação dos fatores determinantes e condicionantes da saúde coletiva e individual, no intuito de adotar medidas de prevenção e de controle das doenças e seus agravos^{5,6}. Sua imprescindibilidade também existe na medida em que a proteção à saúde e à vida são campos de atuação prioritários da vigilância em saúde, podendo ser também concebida como espaço de exercício da cidadania e do controle social, uma vez que também aborda a saúde como direito universal⁷.



Nesse sentido, a participação social na vigilância em saúde deve estar em constante coerência com a realidade que se apresenta a partir do convívio com a população, sem estabelecer hierarquias na relação mútua do compartilhamento de saberes populares e técnico-científicos⁵ Segundo Carneiro e Pessoa⁸⁽⁵⁾,

não teremos sucesso executando as ações de vigilância somente 'para' ou atuando 'sobre' as pessoas. Temos que criar métodos, estratégias, e iniciativas que possibilitem que essa vigilância sobre a saúde e o ambiente possa ser criada, uma vez que contribua para resolver os problemas e as necessidades de forma horizontal, participativa, técnica, democrática e cientificamente qualificada.

Dessa forma, o presente estudo objetiva identificar a percepção de trabalhadores, gestores e usuários do SUS na APS sobre a interface entre os espaços de participação social e a vigilância em saúde. Pretende-se, assim, desvelar um processo crítico e reflexivo que seja capaz de evidenciar potencialidades, limites e desafios para uma construção integrada da vigilância em saúde com a participação social, de maneira a aprimorar as possibilidades de cuidado na APS de maneira referenciada pela perspectiva da integralidade em saúde, conforme fundamentado por Mattos⁹ Ademais, espera-se que o estudo possa apontar questões para reflexão acerca dos desafios atuais para o desenvolvimento de uma APS coerente com a concepção de promoção da saúde e que, assim, prioriza não apenas a dimensão assistencial, mas articula, em seu cotidiano, a dimensão da vigilância e da participação como centrais para a constituição dos serviços de APS como centros de articulação e de promoção de atividades e de práticas orientadas pela construção da qualidade de vida e de territórios saudáveis e sustentáveis^{10,11}.

Importante salientar que esta pesquisa é resultado de um estudo mais amplo, realizado com o suporte do Programa de Pesquisa e Extensão "Práticas Integrais de Promoção da Saúde e Nutrição na Atenção Básica em Saúde" (PINAB) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), que tem como título: "Espaços de participação da comunidade na Atenção Primária a Saúde: analisando caminhos, dificuldades e desafios com base em experiências na cidade de João Pessoa-PB".



MÉTODOS

O presente manuscrito consiste em um estudo qualitativo, de caráter exploratório e descritivo. A metodologia qualitativa visa compreender a lógica de grupos, instituições e atores, capazes de incorporar o significado e a intencionalidade como parte dos atos, relações e estruturas sociais¹².

A estratégia adotada para o procedimento de coleta de dados foi de entrevistas orais, individuais e semiestruturadas, permitindo aos entrevistados se pronunciarem de modo desimpedido, mediante respostas livres e espontâneas. As entrevistas ocorreram dentro de Unidades de Saúde da Família (USF) do município de João Pessoa-Paraíba-Brasil, no intervalo temporal de dezembro de 2018 a fevereiro de 2019.

Contou-se com a participação de um total de 33 pessoas, entre profissionais de saúde (25), gerentes (3) e usuários (5). Dentre os profissionais: 5 médicos (M), 5 dentistas (D), 5 enfermeiros (E), 5 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), 5 técnicos de enfermagem (TE), vinculados a 5 USF, as quais foram selecionadas para participar da pesquisa quando denominadas como “Unidade Escola”, no Distrito Sanitário II do município de João Pessoa-PB. Nessas Unidades, há o programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade (RMFC) do Departamento de Promoção da Saúde/Centro de Ciência Médicas (CCM)/UFPB e Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa; além de estágios curriculares de cursos da área de saúde, incluindo Módulos Horizontais do Curso de Medicina.

A escolha dos entrevistados ocorreu de maneira aleatória, de acordo com a aceitação do indivíduo em colaborar com a pesquisa e com a disponibilidade de tempo. Foi priorizado e seguido o critério de que houvesse pelo menos um representante de cada equipe de Saúde da Família (eSF), uma vez que as USF selecionadas constituem unidades integradas, isto é, contavam com 4 eSF em cada uma, com exceção de 1 USF que tinha apenas 2 eSF.



Em relação à aplicação da entrevista, com os profissionais, optou-se por realizar durante os intervalos de atendimento, oportunidade encontrada para tanto, diante da rotina dinâmica de alta demanda do serviço. Com os usuários, elas ocorreram na sala de espera, enquanto eles aguardavam o atendimento. A duração média de cada entrevista foi de 15 minutos, sendo gravadas nos aparelhos celulares dos entrevistadores e posteriormente transcritas.

Considerando que esse estudo proveio de pesquisa mais ampla, os entrevistados tiveram suas percepções consideradas sobre diferentes aspectos do fenômeno da participação social. No tocante à dimensão analisada especificamente no presente artigo, os entrevistados contribuíram com a sua visão sobre o questionamento “Em que medida e de que modo se dão interfaces dos espaços de participação na comunidade com a vigilância em saúde?”.

Tendo em vista a manutenção do anonimato dos entrevistados, foi adotado um sistema de identificação simples, com base na inicial de sua função na USF (M, D, E, ACS, TE, G e U). Para assegurar o anonimato das unidades, cada USF recebeu um número arábico (1, 2, 3, 4 e 5). Nessa sistemática, M1 seria o profissional médico da USF 1, D2 seria o profissional dentista da USF 2 e assim sucessivamente. Tais identificações foram utilizadas tanto na apresentação dos resultados, quanto nos momentos de referência da discussão.

As entrevistas foram analisadas baseando-se no método de análise de conteúdo¹³. Em um primeiro momento, foi realizada a transcrição das falas de cada um dos 33 entrevistados, separadamente por USF. Em seguida, foi realizada uma leitura inicial, com intuito de apreender aspectos relevantes, que foram assimilados através do destaque para as falas de alguns entrevistados. Depois disso, para cada USF individualmente, foi feita uma aproximação de ideias similares que foram levantadas por diferentes entrevistados, as quais foram agrupadas em dimensões. Posteriormente, foi feita uma aproximação de ideias semelhantes que surgiram entre as 5 USFs, de modo a integrar a percepção de diferentes unidades e dispor em categorias únicas as que se assemelhavam.



Dessa forma, ocorreu uma análise reflexiva e crítica, na qual se promoveu a concentração e o destaque de informações analisadas. Em uma etapa seguinte, ocorreu classificação de elementos por similaridade ou por diferenciação, criando categorias de acordo com as ideias em comum. As etapas de interpretação envolveram a decodificação de ideias que estavam ocultas nos discursos analisados, portanto a intuição, discussão, criatividade e crítica são essenciais nesse processo. De posse desses dados, foi possível sumarizar as ideias obtidas para a pergunta em questão, chegando a 3 tópicos principais, os quais estão dispostos nos resultados.

Faz-se apropriado destacar algumas limitações do estudo, dentre elas, sinaliza-se o clima atarefado e corrido dentro de uma unidade de saúde, o qual dificultou a realização das entrevistas, mesmo diante da disponibilidade dos entrevistadores em procurar os atores com antecedência ao início do funcionamento da unidade, como também em esperar até o final do expediente. Apesar de as entrevistas terem sido presenciais ainda houve certa resistência em responder à pesquisa, motivada principalmente pela falta de tempo, que pode ter prejudicado determinadas falas, pelo possível encurtamento em suas respostas. No entanto, tratou-se de uma minoria, pois a maior parte mostrou-se solícito e disponível aos pesquisadores. Vale acrescentar como sendo outra limitação merecedora de destaque a escolha aleatória dos usuários para discorrer acerca de uma temática específica, tal qual a interface entre participação social e vigilância em saúde, uma vez que nem todos os usuários estão envolvidos em ações com tais características no contexto das USF.

Acrescenta-se que esta pesquisa está em consonância com os preceitos que regem a Portaria n.466/2012¹⁴. Foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa do CCM/UFPB e aprovada sob o número de parecer 2.706.807. Recebeu a carta de anuência da Gerência de Educação em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa, sob o nº 16.077/2018.



RESULTADOS

Em um processo analítico, chegou-se a três dimensões de entendimento acerca da interface entre os espaços de participação social e a vigilância em saúde, as quais estão dispostas no Quadro 1 a seguir.

Quadro 1- Sistematização de dimensões emergentes das respostas sobre o questionamento: “Em que medida e de que modo se dão interfaces dos espaços de participação na comunidade com a vigilância em saúde?”.

DIMENSÃO	RESPOSTA
I: Ações educativas, sociais e de conscientização, na perspectiva da promoção e da prevenção da saúde	<p>“Você consegue mais saúde dando mais informação à população. Quanto mais você informa sobre a necessidade de se fazer ação preventiva, menos doença você vê na Unidade de Saúde” (ACS1).</p> <p>“A gente trabalha nas escolas, nas salas de espera, no hall, quando é possível nós pedimos o espaço da associação de moradores, mas aí tem que pegar onde o público já tá porque se for para anunciar, contamos nos dedos a quantidade de pessoas que aparecem. Então, temos que pegar aonde já tem a aglomeração. Semana passada fomos a um condomínio aqui do lado, e lá dentro tem um local de concentração dos moradores, com tenda, mesa e cimento, para fazer trabalho de prevenção, e promoção da saúde.” (D1)</p> <p>“Aqui a gente faz prevenção, por exemplo, no mês da mulher, tem o exame citológico, a mamografia, a colocação do DIU, as reuniões facilitam.” (TE1)</p> <p>“É basicamente o que fazemos no posto, dentro do consultório, na sala de espera, as ações sociais.” (M1)</p> <p>“Aqui a gente tem o que a gente chama de “Semana Epidemiológica”, toda semana a gente entrega isso, o agente de saúde que leva, sobre diarreia, quais são as doenças que estão tendo, então a gente sempre comunica e isso vai para a vigilância, para a gente ter os focos de epidemia, o que está acontecendo naquela comunidade agora, se está tendo maior índice de diarreia, se está tendo maior índice de Zica, a gente consegue manter tudo isso atualizado em relação à vigilância.” (D2)</p> <p>“Eu acho que pode ajudar à medida que a gente percebe o que é que está mais afligindo a saúde deles, o que eles enxergam como problema vai ser o que a gente pode se atentar mais para ajudar, tentar resolver.” (M2)</p> <p>“[...]Tem também o PSE, a parte que atua nas creches, com atividades educativas sobre o lixo, mosquito da dengue. Quando tem vacinação para animais a gente também divulga.” (ACS3)</p>



	<p>“tentar conhecer o máximo da população, com visitas domiciliares, agir junto com os agentes de saúde, porque se não houver vínculo, a gente não vai saber de uma dificuldade financeira, não vai haver confiança no serviço, por exemplo, porque isso interfere também no tratamento.” (D3)</p> <p>“Pode influenciar porque a vigilância em saúde está em constante movimento, ela é uma coisa periódica. Não era antigamente, na década de 90 ela não era tão atuante, hoje em dia ela é bem atuante. Você veja que hoje, todo e qualquer, vamos tomar como parâmetro as doenças, elas são registradas aqui, vai tudo para o SIAB, que é o sistema de informação, né? Então, isso tudo se cruza no computador e isso nos dá uma estatística primeiro a nível local, depois a nível estadual, depois a nível nacional e tudo partiu de onde? Partiu da Unidade Básica de Saúde, entendeu? Veja como a coisa começa pequena e se torna grande, né? Então, tudo tá interligado, uma coisa depende da outra. Então, a Unidade Básica de Saúde tá ligada com os profissionais de saúde, que tem que tá ligado com a comunidade, que tá ligado com a vigilância em saúde, ou seja, tudo intersetorial, tudo interligado. Então, se algum momento um canto falhar, lá em cima vai falhar também.” (D4)</p> <p>“As ações que a gente faz da dengue, eles também ajudam a gente quando a gente vai fazer esses arrastões. Então, tudo é através da comunidade, tudo foi através desses espaços.” (G4)</p> <p>“se na minha área eu tive 5 tuberculoses, eu sei que tem foco, aí nos grupos, ou na calçada amiga, a gente focaliza esse assunto pra os cuidados maiores, a prevenção. Todo ano a dengue sai na frente, a gente já está se preparando. A gente cabe intensificar esse cuidado, falando com as pessoas, notificando” (E5).</p>
<p>II: Promoção de uma atitude fiscalizadora da população em relação à implementação das políticas públicas em saúde e à realidade comunitária.</p>	<p>“Acho que influencia no cuidado, na promoção da saúde desses usuários, de certa forma eles incentivam os usuários que participam a quererem uma certa mudança, na questão do grupo Medida Certa, mudar o estilo de vida, mudar hábitos alimentares; no de saúde mental, abandonar mais a questão da medicação, a procurar uma melhora de outras formas, de atividades externas, essas coisas. (ACS2)</p> <p>“Muitas vezes essas pessoas dos grupos fiscalizam. Eles fazem isso sempre, fiscalizam muito a unidade, quando eles querem alguma coisa eles procuram, sempre cobram e dão ideias do que pode melhorar, do que pode fazer.” (TE2)</p> <p>“É justamente isso, quando eles fazem as votações, que eles levam o problema pra lá, eles fazem a votação e aí eles vão descobrir onde é que estão as maiores dificuldades, aí dentro dessas maiores dificuldades vão ser trabalhados, depende da gestão. Quando são coisas aqui de dentro, a gente tem como resolver, quando depende de nós, funcionários; mas quando vai além, aí já não tem como.” (E2)</p>



	<p>“O grande ponto que sempre se bate é a questão do lixo, da dengue. Há uns 3 anos atrás teve muito problema disso. A própria comunidade fez denúncia, a prefeitura veio, entrou em contato com o dono do terreno, o pessoal procura manter limpo, então de lá pra cá essas viroses diminuíram também por conta desses pontos que foram observados pela comunidade [...]” (ACS3)</p> <p>“[...]Acho que a vigilância em saúde tá muito atrelada ao nível de cidadania que essas pessoas têm, de ter senso crítico, de estar preocupado com a sua comunidade mesmo. Eu acho que a participação dessas pessoas cada vez mais pode ajudar a gente nessa questão da vigilância, principalmente em questões epidemiológicas, porque não tem como nós termos conhecimento de tudo, a gente até tenta por meio da territorialização, do conhecimento da realidade local, mas é uma coisa que precisamos batalhar ao longo do tempo. [...]” (M3)</p> <p>“Eu acho que a partir da participação popular, as cobranças e o apontamento que realmente a comunidade de saúde, o que a população quer dentro da Unidade de Saúde. Não é o que a gestão quer e sim aquilo o que a população tá querendo, né? Quer um psicólogo? A população é mais de psicotrópicos? Então teria que ter mais um psicólogo, frequentemente, na Unidade. Então se a comunidade vê e diz isso aponta através de coisas a gestão vai providenciar, é fisioterapeuta? A comunidade tem muitos acamados? Tem muitos sequelados? Precisa de um fisioterapeuta mais efetivo dentro da comunidade? Então, se a comunidade faz isso para ser problematizado com os profissionais de gestão vai vir solução pra isso. [...]. Quer dizer, ali a comunidade sentiu essa necessidade, não partiu do profissional.” (ACS4)</p> <p>“Nesse sentido né, eles sabem por exemplo que o rato pode trazer alguma doença, que se uma criança tá com catapora, não é para ela tar indo, eles já entendem isso” (M5)</p>
III: Negação ou desconhecimento sobre a interface entre a participação social e a vigilância em saúde	<p>“Eu não sei responder muita coisa porque eu venho muito pouco.” (U1)</p> <p>“Não sei te responder não.” (U2)</p> <p>“Alguns espaços de participação estão e outros não estão atrelados à vigilância em saúde, mas existe a coordenação de vigilância em saúde, então em alguns momentos eles são chamados para estarem participando dessas atividades, não é corriqueiro, é bem difícil, não existe essa constância da vigilância dentro desses espaços, mas existe a visita deles nos locais.” (G2).</p> <p>“Eu acho que só se houver necessidade que a gente pode fazer um elo, na reunião, entre eles.” (TE3)</p> <p>“Não sei também, desculpa não ajudar tanto.” (U3)</p>



“Até hoje eu nunca vi uma relação entre os dois, a até gente poderia fazer numa reunião municipal dessa, algum profissional representando a vigilância, mas não vejo muito benefício da vigilância estar nesses conselhos porque lá ela não iria resolver nada.” (E3)

“Eu acho que não tá relacionado, que não tem melhoria, o que eu acho que melhora mais é quando o agente de saúde vem trazer eles, a não ser quando a gente fazia de ir todo mundo para a comunidade e juntava uma área para fazer uma palestra, chamava pra vir fazer um exame de tuberculose, algumas ações dessas, que contribuem” (D5)

“Eu acho que tem pouca contribuição, que teria que ter mais vigilância, mais cobrança em relação a isso” (TE5)

Fonte: as(os) autoras(es).

DISCUSSÃO

A dimensão I apresenta como interface entre a participação social e a vigilância em saúde as ações educativas, sociais e de conscientização, na perspectiva da promoção e da prevenção da saúde.

Relativamente a essa perspectiva, considera-se importante o entendimento e o empenho da equipe multiprofissional de saúde em integrar a vigilância em saúde aos espaços participativos ofertados, a exemplo de escolas, onde são promovidas atividades educativas abordando o problema do lixo na comunidade e a prevenção e controle da dengue; de atividades educativas das salas de espera da USF; de atendimentos em consultórios; de reuniões de associação de moradores; de visitas domiciliares. Neles, são compartilhadas e debatidas informações fundamentais no processo de saúde-doença do indivíduo e de sua comunidade, incluindo a prevenção e a promoção da saúde. Segundo Heideman *et al.*¹⁵⁽³⁵⁵⁷⁾, “o estabelecimento de vínculo, principalmente através das visitas domiciliares, atividades educativas, promove a relação mais próxima entre a comunidade e a equipe de saúde, e facilita a adesão da população ao serviço”.

Nesse sentido, reafirma-se a pertinência da implementação da vigilância em saúde junto à participação social utilizando-se da educação popular conforme proposta apresentada por Paulo Freire, a qual configura um processo construtor da consciência social e promotor do protagonismo de sujeitos comprometidos com a transformação de suas realidades, mas também as da sociedade⁵. Entende-



se, pois, que a educação popular constitui um relevante instrumento de transformação porque encoraja o raciocínio crítico, político e emancipatório da comunidade. Assim, os sujeitos individuais e coletivos, com acesso à informação, ampliam seus horizontes de análise e interpretação do contexto socioambiental pulsante e integram a construção das práticas em saúde, reduzindo, por exemplo, os agravos.

Ademais, a atuação dos indivíduos nos espaços de participação propicia a reflexão e discussão de questões intrínsecas ao cuidado em saúde, bem como aos contextos sociais latentes em suas vidas. Partindo-se da postura democrática dos profissionais comprometidos com os espaços de participação social, os quais executam escuta atenciosa e imersão nos interesses, saberes e problemas comunitários, verifica-se, como efeito, a conquista da confiança do usuário no serviço e em especial, o cultivo de laços nos quais as pessoas, por se sentirem protagonistas, enxergam-se como corresponsáveis na construção autêntica da promoção da saúde, consoante Brutscher e Cruz¹⁶. Campos *et al.*¹⁷⁽³⁹⁶⁰⁾ também alimentam esse raciocínio quando consideram que “a mobilização e o protagonismo popular colaboram para a tomada de consciência sobre a importância das relações entre saúde e condições de vida”.

Soma-se também o ideal de que os espaços participativos, com a devida atuação da população, possibilitem a edificação de um serviço condizente com a singularidade das demandas do território. Tal processo se fundamenta no fato de, nesses ambientes, ocorrer um diálogo e escuta horizontais, os quais consideram verdadeiramente os elementos manifestados pelos cidadãos como cruciais na redefinição e na reorganização não só das ações de saúde, mas também das prioridades de intervenção¹⁶.

Há uma proposta de articulação das ações de vigilância da saúde com o Programa Saúde da Família, em que a família não é abstratamente considerada como ‘locus’ privilegiado de ações de saúde, mas o primeiro sistema constituidor do desenvolvimento humano, vista como a melhor informante na construção das prioridades e das alternativas de ação sobre os determinantes e sobre os riscos individuais a que está exposta¹⁸⁽³¹⁵⁾.



Segundo Bezerra e Bitoun¹⁹, os profissionais atuantes na extremidade mais próxima do âmbito local dos programas de vigilância contêm um significativo potencial transformador e, portanto, não devem ser vislumbrados pelas instâncias superiores como meros coletores de dados. Na verdade, em Oliveira e Dallari²⁰ são trazidos à tona ACS e Conselheiros Locais de Saúde moradores no território e, logo, pertencentes à comunidade. Tal possibilidade de “experenciar na pele” as questões regionais e comunitárias concede a descoberta mais verídica e a proposta de soluções ainda mais apurada em busca de melhorias compatíveis com as necessidades intrínsecas a cada território

Na medida em que a vigilância em saúde abrange a prevenção e o controle de fatores de risco tanto em doenças transmissíveis, quanto em doenças não transmissíveis²¹, doenças como Hipertensão Arterial (HA) e Diabetes Mellitus (DM) requerem atenção no controle e monitoração para prevenir complicações.

Sob a ótica da Fonoaudiologia, tendo em vista que uma das principais complicações da HA é o AVC e que este pode levar a um distúrbio de linguagem que pode comprometer severamente a vida social do idoso, ações de educação em saúde junto aos grupos voltados a estes agravos específicos contribui na efetivação do cuidado integral e representa uma ação de vigilância em saúde. ²²⁽⁵⁾.

Outra perspectiva capaz de desenhar esta conexão consiste na vertente nutricional, uma vez que a vigilância alimentar se insere na APS tanto no contexto da Política Nacional de Atenção Básica - defensora da operacionalização da participação social nas ações - quanto da Política Nacional de Promoção da Saúde. Assim, “as informações fornecidas pelo monitoramento do estado nutricional e do consumo alimentar da população deveriam orientar as ações de alimentação e nutrição subsequentes, relacionadas à assistência e ao cuidado nutricional, à prevenção dos distúrbios nutricionais e à promoção da saúde”²³⁽¹⁷⁾.

A Dimensão II da interface entre participação social e vigilância em saúde evidencia a promoção de uma atitude fiscalizadora da população em relação à implementação das políticas públicas em saúde e à realidade comunitária.



Acredita-se que os espaços de participação permitem a discussão e a contribuição na tomada de decisões e na gestão compartilhada das políticas de saúde, de modo a explicitar quais são as verdadeiras carências do território e da população para a equipe de saúde e para as autoridades políticas, o que pode acontecer, por exemplo, nas ouvidorias e nos Conselhos Locais de Saúde (CLS). É oportuno trazer a este debate uma nuance dos espaços participativos articulados à vigilância na saúde que propicia aos cidadãos levantarem entraves na saúde decorrentes de fragilidades intersetoriais. A escuta aberta à voz e à expressão dos moradores de territórios, para entender a teia sociológica na qual eles se inserem e para levantar as suas necessidades é importante no cenário da promoção da saúde e encontra-se bem defendida por Sousa *et al.*²⁴. Em tal estudo, objetivou-se entender a visão dos moradores de uma comunidade em situação de vulnerabilidade social sobre os impasses influenciadores das condições de saúde e as estratégias de enfrentamento usadas. É interessante, nesse cenário, destacar a importância da população como porta-voz da dinâmica e das lacunas que a rodeiam. Para tanto, destaca-se fala de um informante-chave a qual descreve

um cenário que mostra uma comunidade exposta a riscos de doenças em decorrência da falta de saneamento básico, o que é muito evidente, com crianças expostas a infecções devido ao contato com o solo contaminado por resíduos sólidos e líquidos. Para a erradicação deste problema, é preciso que haja melhores condições socioeconômicas aliadas ao saneamento básico²⁴⁽³⁹⁴⁹⁾.

Nesse sentido, entende-se que a oferta de atividades fortalecedoras da vigilância em saúde nos espaços participativos para a comunidade possibilita a seus atores amplificar o senso crítico e a autonomia para intervenções populares diante das políticas públicas de saúde. Como efeito, a população transmuta-se de um status outrora passivo para um ativo, no qual reflete, debate e fiscaliza as decisões determinantes no seu contexto e isso, sem dúvidas, propicia a concretização de espaços coletivos permeados por valores democráticos²⁵. Dessa maneira, a comunidade vigilante critica, denuncia e cobra providências relativas, por exemplo, a questões como o descarte inadequado de lixo e acúmulo de água parada, potenciais gatilhos para o surgimento de doenças, contribuindo para o controle de novos casos no território.



Entretanto, os autores Carneiro e Pessoa⁸ frisam que a vigilância popular da saúde não visa substituir o dever estatal e sim, expressar a necessidade de uma participação social intensa na vigilância. Destacam ainda que a postura vigilante pode se configurar como um processo de participação em direção à alerta e ao convite de outros indivíduos para os espaços de participação, visando a garantia do direito à saúde e à vida. Paralelamente, Gonçalves *et al.*²⁶ apregoam que a participação social, feita de modo consciente e ativo nas ações de vigilância e monitoramento, por exemplo, do *Aedes aegypti*, se destaca como um dos principais pilares de um funcional programa de controle da dengue, evidenciando, assim, como uma comunidade, em uma atitude cidadã de preocupação e fiscalização para com o seu território, pode agregar frutos à vigilância, em especial, no âmbito de questões epidemiológicas.

Acrescenta-se a vigilância em saúde do trabalhador (Visat) como outro aspecto fundamental do elo entre os espaços participativos e a vigilância. Para além da função fiscalizadora da comunidade, a Visat apresenta uma notável atribuição de educar, sensibilizar e mobilizar ações de modificação as quais devem ocorrer de maneira articulada e intersetorial, voltadas não só para os trabalhadores, mas também para os gestores empresariais²⁷. Nesse contexto,

a participação dos trabalhadores é um pressuposto à atividade de vigilância em saúde do trabalhador, pois o saber dos trabalhadores incorpora qualidade técnica ao processo de vigilância. Além disso, produz um efeito de fortalecimento das ações sanitárias por representar força política para transformação das condições de trabalho²⁸⁽²⁶⁸⁾.

Em nosso estudo, a postura vigilante ativa dos sujeitos também foi sinalizada dentro de espaços participativos a exemplo de grupos educativos e terapêuticos em saúde, dentro dos quais os usuários e a equipe compartilham e aprendem conteúdos imprescindíveis ao cuidado. Assim, é concretizada a propagação do cuidado em saúde e aqueles frequentadores desses grupos podem perceber no seu território outros potenciais beneficiadores desse tipo de ação. Por essa razão, a vigilância é concebida “como um processo de constituição de sujeitos e comunidades saudáveis para monitorar os determinantes ecossociais de saúde, incrementando os modos de andar a vida e modificando ou protegendo os meios da vida social”²⁹⁽²²²³⁾. Em consequência do processo participativo fiscalizador e incentivador de práticas



saudáveis entre os membros da comunidade nessas atividades, verifica-se um louvável benefício de formação de uma rede de apoio comunitária^{30,31}, permeada por solidariedade, e que ao mesmo tempo estimula e é estimulada pela participação social em saúde, sob uma espécie de “espiral”.

Na Dimensão III delinea-se a ideia de não haver interfaces entre a participação social e a Vigilância em Saúde. Verificou-se na fala de alguns entrevistados um discurso que indicou a percepção de não haver relações existentes entre essas duas importantes vertentes do fazer em saúde. Oliveira e Dallari⁷ em seu estudo também constataram discursos de desconhecimento acerca da vigilância sanitária, uma das facetas da vigilância em saúde. Segundo as autoras, as razões para tanto seriam a ausência da vigilância sanitária no Conselho Municipal de Saúde e a falta de autonomia da vigilância sanitária municipal, de maneira a haver uma frequente e equivocada associação de ideias dela com a Anvisa⁷. Entende-se, contudo, o modelo de gestão do SUS – defensor do planejamento em saúde baseado nos territórios das regiões de saúde – como um importante contribuinte para a estruturação da vigilância baseada nas dinâmicas socioculturais e ambientais da sociedade pertencente a tal território⁶. Por essa razão, para enfrentar as demandas de saúde locais e populacionais é necessário apostar em um modelo de operacionalização de práticas de vigilância em saúde que priorize a flexibilização gerencial na reorientação dinâmica e autêntica das equipes de saúde, incluindo, pois, a participação social no processo de implementação das ações²⁹.

Em termos de perspectivas, portanto, nesse cenário em que, a despeito de tanto os espaços de participação social quanto a vigilância em saúde serem diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica,

o desafio permanente da implementação de territórios saudáveis depende da radicalização da integração das ações de Vigilância em Saúde ao superar a sua concepção como somatório das vigilâncias epidemiológica, sanitária, saúde ambiental e saúde do trabalhador, com a instituição de uma ação integrada entre si, interna entre as instâncias de Vigilância em Saúde com a rede de assistência, moldada com a participação social e pelos problemas definidos no território de sua abrangência de ação^{6(3143,3144)}.



Segundo Carneiro e Pessoa⁸⁽⁵⁾, “os serviços de saúde, principalmente do campo da vigilância, têm dificuldades de valorizar processos democráticos”. São detectadas marcas de processos históricos nas práticas de vigilância em saúde, como a supervalorização do cientificismo, da tecnicidade, a permanência do modelo biomédico ainda como hegemônico, além da conexão entre política e segurança social, os quais obstruem uma vigilância em saúde pautada na participação social⁵.

Ademais, a articulação dos profissionais e gestores entre distintas escalas, na prática, - desde a dimensão mais próxima da comunidade, das suas vulnerabilidades e riscos, até a dimensão gerencial organizadora de ações - vem apresentando obstáculos em termos de gestão territorial. Isso, porque a lógica de atuação daqueles atores de campo da política de vigilância (os agentes de saúde) se pauta numa relação de proximidade e convivência com a população local, onde os indivíduos são protagonistas fundamentais, enquanto que a prática gerencial é amparada em premissas, normas e logísticas¹⁹.

Cumprindo, ainda, fazer uma leitura dos achados do presente estudo à luz das últimas atualizações da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em 2017 e em 2020, as quais aprofundam um preocupante movimento de limitação da dimensão da integralidade nas ações da APS brasileira, na medida em que impõem medidas que dificultam o trabalho interprofissional, a vinculação dos profissionais ao território e a gestão coletiva de ações que extrapolem as atividades de cura e reabilitação e, assim, priorizem também a vigilância em saúde e a participação social³². Conforme apontam Silva et al³³ a recente reestruturação da AB apresenta obstáculos ante ao objetivo de superarmos uma rede fragmentada na direção de uma rede integrada construída de forma multidisciplinar. Dentre outros fatores desafiadores presentes na realidade da APS nos últimos anos, os referidos autores, a partir de revisão de literatura, destacam: fragilidades na infraestrutura física nas unidades; dificuldades no trabalho em equipe multiprofissional; desarticulação do serviço com as redes de saúde; relação entre carga horária e demanda; além de fragilidade na formação acadêmica.



CONCLUSÃO

Foi possível identificar no presente estudo, a partir da visão de profissionais de saúde de USF, a relação de mútua potencialização que existe entre as vertentes da participação social e da vigilância em saúde na APS.

Nesse sentido, viu-se que as ações educativas nos espaços de participação fortalecem as estratégias de vigilância em saúde a partir da educação popular, a qual potencializa a formação da consciência social, a proatividade, empoderamento e comprometimento de cidadãos em direção à transformação de suas realidades. Nesse contexto, a participação da comunidade foi evidenciada pelos profissionais como parte de um processo contínuo de relações sociais pautadas na horizontalidade e dialogicidade as quais permitem o engajamento popular na construção de medidas de prevenção e promoção da saúde, resultantes de estratégias elementares da vigilância em saúde.

Notou-se que a população age como fiscalizadora quando alerta, mobiliza e cobra estratégias de intervenção que atentem a equipe de saúde, as autoridades políticas e a própria comunidade sobre fatores condicionantes de adoecimento e carências da população. Da mesma forma, conforme expresso em algumas das falas, especialmente sobre a experiência do Grupo Medida Certa, a postura vigilante dos sujeitos se concretiza em grupos educativos e terapêuticos nos quais o acesso às informações permite aos participantes identificarem em seu território indivíduos que também necessitam desses espaços, criando uma rede de apoio comunitário. Evidenciou-se ainda a importância dos profissionais como os Conselheiros Locais de Saúde e os ACS, por estabelecerem e fortalecerem o laço com a comunidade. Essa interrelação cultiva a integração dos elementos da vigilância nos espaços participativos, fora e dentro das unidades básicas, resultando na adoção de medidas redutoras de riscos e agravos à saúde, em especial, conforme as verdadeiras demandas e realidades da população assistida.

Ademais, diante do questionamento sobre a interface entre os espaços de participação e a vigilância em saúde, houve ainda a percepção de trabalhadores e de usuários do SUS participantes do estudo que desconheciam e outros os quais não enxergaram relação entre as duas vertentes.



Em face a esse cenário, observa-se que há reconhecimento sobre a importância da participação social e da vigilância em saúde por parte dos profissionais para a construção de ações em saúde na perspectiva da cidadania. No entanto, parte dos profissionais e usuários ainda enxergam como ínfima a relação entre essas duas vertentes e percebem dificuldades, a exemplo da exígua participação e a tímida ocupação desses espaços, o que aflige tanto a comunidade quanto os trabalhadores.

Nesse sentido, torna-se fundamental a ampliação dos estudos sobre espaços participativos e vigilância em saúde, tanto em relação às potencialidades singulares de cada um dos temas como na interface dessas vertentes, a fim de que haja a valorização dos caminhos integrais de cuidado e contínua desvalorização do modelo biomédico, ainda presente na assistência e prestação dos serviços na APS.

REFERÊNCIAS

1. Sousa Coelho J, José Hemetério Andrade R. Construindo a Participação Social no SUS: um constante repensar em busca de equidade e transformação 1 Building Social Participation on the Brazilian Health System: a constant rethinking that seeks fairness and transformation Resumo. Vol. 21, Saúde e Sociedade. Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. Associação Paulista de Saúde Pública.; 2012.
2. De Amorim Busana J, Teresinha I, Buss Heidemann S, Lenita Á, Wendhausen P. Participação popular em um conselho local de saúde: limites e potencialidades popular participation in a local health council: limits and potentials. Texto contexto - enferm. 2015;24(2):442–51.
3. Oliveira DM de, Deus NCP de, Caçador BS, Silva ÉAE, Garcia PPC, Jesus MCP de, et al. Nurses' knowledge and practice on social participation in health. Rev Bras Enferm. 2016 Jun;69(3):421–7.
4. Heidemann ITSB. A promoção da saúde e a concepção dialógica de Freire: possibilidades de sua inserção e limites no processo de trabalho das equipes de saúde da família. [Ribeirão Preto]: Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Universidade de São Paulo; 2006.
5. Sevalho G. Apontamentos críticos para o: Desenvolvimento da vigilância civil da saúde. Physis. 2016 Apr;26(2):611–32.
6. Franco Netto G, Villardi JWR, Machado JMH, De Souza MDS, Brito IF, Santorum JA, et al. Vigilância em saúde brasileira: Reflexões e contribuição ao debate da 1a conferência nacional de vigilância em saúde. Cienc e Saude Coletiva. 2017 Oct;22(10):3137–48.



7. Oliveira AMC, Dallari SG. Vigilância Sanitária, Participação Social e Cidadania. *Saude e Soc.* 2011 Jul;20(3):617–24.
8. Carneiro FF, Pessoa VM. Iniciativas de organização comunitária e Covid-19: esboços para uma vigilância popular da saúde e do ambiente. *Trab Educ e Saúde.* 2020;18(3):1981–7746.
9. A Mattos CR, Araujo de Mattos R. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad Saude Publica* [Internet]. 2004 [cited 2021 Nov 15];20(5):1411–6. Available from: <http://www.scielo.br/j/csp/a/4fSwnHx3nWnW49Tzq8KZLKj/?lang=pt>
10. Prado NM de BL, Biscarde DGDS, Pinto Junior EP, Dos Santos HLPC, Mota SE de C, de Menezes ELC, et al. Ações de vigilância à saúde integradas à Atenção Primária à Saúde diante da pandemia da COVID-19: contribuições para o debate. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2021 Jul 2 [cited 2021 Nov 15];26(7):2843–57. Available from: <http://www.scielo.br/j/csc/a/z5WSwQfqN6348KfWcnS34pL/abstract/?lang=pt>
11. Machado JMH, Martins W de J, Souza M do S de, Fenner ALD, Silveira M, Machado A de A. Territórios saudáveis e sustentáveis: contribuição para saúde coletiva, desenvolvimento sustentável e governança territorial. *Comun em Ciências da Saúde* [Internet]. 2017 Jun 28 [cited 2021 Nov 15];28(02):243–9. Available from: <http://www.escs.edu.br/revistaccs/index.php/comunicacaoemcienciasdasaude/article/view/245>
12. Minayo M. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 13ª. São Paulo: Hucitec, C de Souza; 2013.
13. Mozzato AR, Grzybovski D. Análise de conteúdo como técnica de análise de dados qualitativos no campo da administração: potencial e desafios. *Rev Adm Contemp.* 2011 Aug;15(4):731–47.
14. BRASIL. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 13 jun. 2013.* 2012.
15. Heidemann ITSB, Wosny A de M, Boehs AE. Promoção da saúde na atenção básica: Estudo baseado no método de paulo freire. *Cienc e Saude Coletiva.* 2014;19(8):3553–9.
16. Brutscher VJ, Cruz PJSC. Participação social na perspectiva da educação popular: suas especificidades e potencialidades na Atenção Primária à Saúde / Social participation from the perspective. *Cad CIMEAC.* 2020 Jul;10(1):126.



17. Campos DS, Turci MA, de Melo EM, Guerra V de A, Nascimento CGM, Moreira CA, et al. Construção participativa da Política estadual de promoção de Saúde: Caso de Minas Gerais, Brasil. *Cienc e Saude Coletiva*. 2017 Dec;22(12):3955–63.
18. Neta ISS, Medeiros MS de, Gonçalves MJF. Vigilância da saúde orientada às condições de vida da população: uma revisão integrativa da literatura. *Saúde em Debate*. 2018 Jan;42(116):307–17.
- 19 Bezerra ACV, Bitoun J. Metodologia participativa como instrumento para a territorialização das ações da vigilância em saúde ambiental. *Cienc e Saude Coletiva*. 2017 Oct;22(10):3259–68.
- 20 .Oliveira AMC, Dallari SG. Análise dos fatores que influenciam e condicionam a participação social na Atenção Primária à Saúde. *Saúde em Debate*. 2017 Sep;41(spe3):202–13.
21. Brasil, Saúde M da. Guia de Vigilância em Saúde: volume único. 2010.
22. Mafra GM, Vianna KM de P. Speech-language therapy to elderly patients in a health care network in Florianópolis: a health surveillance initiative. *CoDAS*. 2017 Nov;29(5):e20160226.
23. Vitorino SAS, Cruz MM Da, Barros DC De. Validação do modelo lógico teórico da vigilância alimentar e nutricional na atenção primária em saúde. *Cad Saude Publica*. 2017;33(12).
24. de Sousa IV, Brasil CCP, da Silva RM, e Vasconcelos DP, Silva KA, Bezerra IN, et al. Diagnóstico participativo para identificação de problemas de saúde em comunidade em situação de vulnerabilidade social. *Cienc e Saude Coletiva*. 2017 Dec;22(12):3945–54.
25. Oliveira AMC, Dallari SG. Participação social no contexto da Atenção Primária em Saúde: Um estudo de caso das Comissões Locais de Saúde do SUS de Belo Horizonte. *Physis*. 2015 Oct;25(4):1059–78.
26. Gonçalves RP, Lima EC de, Lima JW de O, Silva MGC da, Caprara A. Contribuições recentes sobre conhecimentos, atitudes e práticas da população brasileira acerca da dengue. *Saúde e Soc*. 2015 Jun;24(2):578–93.
27. Daldon MTB, Lancman S. Vigilância em Saúde do Trabalhador: rumos e incertezas. *Rev Bras Saúde Ocup*. 2013 Jun;38(127):92–106.
28. Souza KR de, Bonfatti RJ, Santos MBM dos. Participação social, vigilância em saúde do trabalhador e serviço público. *Trab Educ e Saúde*. 2015 Aug;13(2):261–82.
29. Arreaza ALV, de Moraes JC. Health surveillance: Foundations, interfaces and tendencies. *Cienc e Saude Coletiva*. 2010;15(4):2215–28.



30. Chaves L, Alves A da C, Souza J, Barros L, De Araújo PD, Silva TPC. Curso “Participação popular, movimentos sociais e direito à saúde”: Uma experiência de educação popular em Saúde na Bahia a partir do MobilizaSUS. *Interface Commun Heal Educ.* 2014 Dec;18:1507–12.

31. Heidemann ITSB, Cypriano C da C, Gastaldo D, Jackson S, Rocha CG, Fagundes E. A comparative study of primary care health promotion practices in Florianópolis, Santa Catarina state, Brazil, and Toronto, Ontario, Canada. *Cad Saude Publica.* 2018;34(4).

32. Melo EA, Mendonça MHM de, Oliveira JR de, Andrade GCL de. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. *Saúde em Debate* [Internet]. 2018 Sep [cited 2021 Nov 15];42(spe1):38–51. Available from: <http://www.scielo.br/j/sdeb/a/Vs4dLSn6T43b6nPBCFg8F3p/abstract/?lang=pt>

33. Silva DJRS, Amorim MCBVA, Silva TCD da S, Santos SELS, Silva VNS, Viana SOV. Desafios da atuação do fisioterapeuta no NASF-AB: uma revisão da literatura. *Práticas e Cuid Rev Saúde Coletiva.* 2021;2:e10144. Available from: <https://www.revistas.uneb.br/index.php/saudecoletiva/article/view/10144>