

Avaliação do conhecimento sobre Vigilância em Saúde entre os profissionais do Sistema Único de Saúde, Uberlândia, Minas Gerais

Knowledge assessment on Health Surveillance among professionals of the Unified Health System, Uberlândia, Minas Gerais

Daniel Silva Pinto¹, Boscolli Barbosa Pereira², Jean Ezequiel Limongi²

1. Discente do Curso de Graduação em Gestão em Saúde Ambiental pela Universidade Federal de Uberlândia (UFU), Brasil. 2. Docente do curso de graduação em Gestão em Saúde Ambiental da Universidade Federal de Uberlândia, Brasil.

Resumo

Introdução: A Vigilância em Saúde (VS) deve estar inserida em todos os serviços ofertados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), de modo a garantir atenção integral à saúde. **Objetivo:** verificar o nível de conhecimento dos profissionais do SUS do município de Uberlândia-MG em relação a VS. **Métodos:** Os profissionais foram questionados durante o Ciclo Municipal de Vigilância e Atenção Básica em Saúde, curso que tinha como objetivo principal a integração da VS e a Atenção Básica do município. Foram aplicados questionários contendo 17 variáveis sobre VS. Uma escala do tipo Likert foi utilizada para avaliação do conhecimento. O tempo de serviço no SUS e formação do profissional foi relacionado com o conhecimento. **Resultados:** Entre os participantes do ciclo, 266 responderam completamente o questionário. Destes, 160 (60,2%) possuíam ensino superior completo, e 106 (39,8%) nível fundamental, médio ou técnico. Para todas as variáveis, não houve diferença significativa tanto em relação ao conhecimento dos profissionais de nível superior e não superior, bem como quanto ao tempo de serviço no SUS. Independentemente da formação, em média o conhecimento foi considerado insuficiente em 15 (88,2%) variáveis. **Conclusões:** Estes resultados nos remetem a duas problemáticas recorrentes no SUS: falha na integração da VS aos serviços de atenção básica a saúde e necessidade de educação permanente efetiva durante a carreira profissional. Esta situação afeta sobremaneira o desenvolvimento de ações de VS, visto que os serviços, sobretudo de atenção básica, compreendem um espaço ideal para sua execução.

Palavras-chave: Vigilância em Saúde. Educação permanente. Atenção Básica.

Abstract

Introduction: Health Surveillance (HS) must be inserted in all services offered by the Unified Health System (UHS), in order to ensure integral health care. **Objective:** to verify the level of knowledge of UHS professionals in the city of Uberlândia, Minas Gerais, in regard to HS. **Methods:** The professionals were asked during the Municipal Cycle Surveillance and Primary Health Care, a course that had as its main objective the integration of HS and the Primary Health Care of municipality. Questionnaires were used containing 17 variables on HS. A Likert scale was used to assess knowledge. The length of service in the UHS and the number of years attending school was related to knowledge. **Results:** Among the participants of the course, 266 answered the questionnaire completely. Of these, 160 (60.2%) had completed higher education, and 106 (39.8%) primary level, secondary or technical. For all variables, there was no significant difference in relation to the knowledge of professionals, regardless of scholarship and length of service in the UHS. Regardless of the number of years attending school knowledge was considered insufficient in 15 (88.2%) variables, on average. **Conclusions:** These results lead us to two problems recurring in the UHS: failure to integrate the HS to health services and the need for effective continuing education during their professional career. This greatly affects the development of HS actions, since the services, especially primary care, comprise an ideal space for its execution.

Keywords: : Health surveillance. Education continuity. Primary Health Care.

INTRODUÇÃO

Desde a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, o principal objetivo de mudança da saúde pública brasileira tem sido a substituição do modelo de atenção à saúde médico assistencial-privatista (ênfase na assistência médico-hospitalar e nos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico), até então hegemônico, para um modelo assistencial sanitário (campanhas, programas especiais e ações de vigilância epidemiológica, ambiental, sanitária e de saúde do trabalhador)¹. O foco da saúde pautado na prevenção tem-se mostrado não só mais efetivo como também menos oneroso para o sistema de saúde pública brasileira.

O conceito de Vigilância em Saúde (VS) é novo no Brasil e tem sido frequentemente confundido com duas de suas áreas específicas, a Vigilância Epidemiológica e/ou Vigilância Sanitária. Isto se deve à própria história da saúde coletiva no Brasil cujas principais ações de vigilância no passado eram de controle de doenças transmissíveis (epidemias e endemias), além das ações de saneamento, fiscalização do exercício profissional, alimentos e especialidades farmacêuticas^{2,3}. No entanto, o cenário epidemiológico atual do Brasil e do mundo, em que se insere uma tripla carga de problemas de saúde na população (doenças transmissíveis, não transmissíveis e causas

Correspondência: Jean Ezequiel Limongi. Universidade Federal de Uberlândia (UFU), Av. João Naves de Ávila, 2121 - Santa Mônica, Uberlândia - MG, 38408-100 Brasil E-mail: jeanlimongi@gmail.com

Conflito de interesse: Não há conflito de interesse por parte de qualquer um dos autores.

Recebido em: 9 Out 2016; Revisado em: 27 Out 2016; 17 Nov 2016; Aceito em: 18 Nov 2016

externas), exigiu uma ampliação da capacidade de respostas da saúde pública aos complexos riscos à saúde vigentes.

A necessidade de ações articuladas e integradas, com configurações específicas de acordo com as características de cada território, trouxe um novo desafio para a saúde pública, a atuação interdisciplinar como requisito básico para a integralidade das ações. A VS possui este desafio, buscar respostas efetivas para os problemas de saúde, com um enfoque preferencialmente preventivo⁴.

As equipes de VS têm como propósito básico fornecer orientação técnica permanente aos profissionais de saúde⁵. Sendo assim, a execução de suas ações, ao contrário do que é pensado e muitas vezes praticado nos serviços de saúde, é atribuição dos profissionais de saúde da assistência, e mais comumente dos profissionais da atenção básica (AB).

A AB é parte estruturante da VS. Ela atua como porta de entrada do usuário, sendo o primeiro contato dele com o sistema de saúde e assim contempla os elementos que dão subsídios para execução da VS. Ela tem o dever de assumir posturas que interferem na saúde da população, portanto, deve ampliar seu conhecimento e ações no processo saúde – doença⁶. A Estratégia de Saúde da Família, por exemplo, tem como sustentação justamente os princípios da VS, garantindo o acompanhamento do paciente desde seu primeiro contato, até o desenrolar final, conhecendo mais a fundo, seu território e seu círculo social⁷.

No entanto, cultural e politicamente, as ações individuais e curativas ainda são imperativas no âmbito da sociedade, que associam o conceito de boa saúde pública apenas à presença de hospitais e serviços terapêuticos⁸. Historicamente, no Brasil, sempre houve uma dicotomia entre o individual e o coletivo, entre ações curativas e preventivas, que se traduziam politicamente na divisão de atribuições entre o extinto Inamps que se incumbia de ações de assistência individual e o Ministério da Saúde, com ações de natureza coletiva. Apesar dos avanços, na prática ainda existe importante fragmentação dos serviços de vigilância e assistência, que resultam em ações pouco efetivas e não integradas.

A formação e o desenvolvimento para o trabalho do profissional de saúde, especialmente aquele que atua na AB, é um dos principais fatores para que o modelo sanitário, voltado para ações de VS, seja executado com êxito. O processo de Educação Permanente em Saúde (EPS), no Brasil, tem evoluído no sentido de fomentar saberes e práticas educacionais em espaços coletivos de trabalho, fortalecendo o trabalho em equipes multiprofissionais e promovendo a aprendizagem significativa por meio da adoção de metodologias ativas e críticas⁹. Assim, a avaliação prévia do conhecimento dos profissionais torna-se uma premissa básica para o desenvolvimento de ações de EPS.

Este estudo teve como objetivo avaliar o conhecimento, por meio de escores, sobre VS entre os profissionais da saúde

pública do município de Uberlândia, Minas Gerais e associar o conhecimento relatado com a formação dos profissionais e o tempo de serviço no SUS.

METODOLOGIA

Este estudo foi realizado durante o *Ciclo Municipal de Vigilância e Atenção Básica em Saúde* em um curso que ocorreu nos anos de 2011/2012 e tinha como objetivo principal a integração da VS e a AB no município de Uberlândia-MG. Com o intuito de conhecer o nível de conhecimento inicial dos participantes do curso em relação aos temas abordados, foi utilizado um instrumento de coleta de dados em que se questionava aos participantes sobre diferentes temas da VS, como notificação compulsória, declaração de óbitos, declaração de nascidos vivos, entre outros. Um escore de 0 a 4 do tipo Likert era fornecido, e eles representavam respectivamente as opiniões: “Não atende”, “Incipiente”, “Atende parcialmente”, “Atende” e “Excelência”. O conhecimento era considerado insuficiente nos três primeiros escores. Das 57 variáveis constantes no instrumento original, destacamos dezessete para serem trabalhadas neste estudo.

Os profissionais foram divididos em duas categorias: formação de nível superior e não superior. O tempo de serviço no SUS também foi analisado. Um banco de dados foi construído especificamente para este estudo. A entrada e análise dos dados foram executadas utilizando o programa EPI INFO versão 3.5.4 (www.cdc.gov/epiinfo). Nas comparações para duas proporções foi utilizado o Teste Exato de Fisher ou teste Qui-quadrado. Para as comparações das variáveis contínuas, foi utilizado o teste T de Student. Para a verificação da normalidade dos dados foi utilizado o Teste de Lilliefors. O nível de significância adotado foi de 5%.

Por se tratar de uma estratégia do serviço de VS local, o presente estudo não foi submetido a um comitê de ética em pesquisa. No entanto, obedeceu aos preceitos éticos estabelecidos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, não abrangendo dados que pudessem identificar os indivíduos¹⁰.

RESULTADOS

Trezentos e cinquenta e seis profissionais foram capacitados ao final do ciclo. Destes, 266 (74,7%) responderam ao instrumento de coleta de dados. A participação de enfermeiros foi a mais prevalente entre os profissionais de ensino superior, seguida por assistentes sociais e médicos (Tabela 1). Além destes, participaram também 10 (6,3%) dentistas, 3 (1,9%) farmacêuticos, 3 (1,9%) psicólogos, 2 (1,3%) fisioterapeutas, 2 (1,3%) nutricionistas e 1 (0,63%) fonoaudiólogo. Entre as profissões de ensino fundamental, médio ou técnico as mais prevalentes foram técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Participaram também 15 (14,1%) auxiliares de enfermagem, 2 (1,9%) agentes sanitários e 2 (1,9%) técnicos de higiene dental (Tabela 1). Para todas as variáveis analisadas, não houve diferença significativa em relação ao conhecimento dos profissionais de nível superior e

não superior. Apenas para a variável “Sabe e faz a notificação negativa?” houve uma tendência para significância ($p=0,10$), com maior predomínio de conhecimento entre os profissionais de nível superior (Tabela 2). Independente da formação, em média o conhecimento ficou abaixo do suficiente para 15 das

17 variáveis analisadas (Tabela 3). O conhecimento sobre as ações frente a um caso de suspeita de dengue foi o de maior domínio entre os profissionais. O nível de conhecimento sobre o controle das declarações de óbito e a destinação daquelas canceladas apresentaram os menores escores (Tabela 3).

Tabela 1. Análise descritiva do perfil dos profissionais da atenção básica do município de Uberlândia – MG, participantes do estudo, segundo a formação profissional.

Variáveis	N	%
Escolaridade		
Ensino superior	160	60,1
Fundamental, Médio e Técnico	106	39,9
Formação de nível superior		
Enfermeiro	71	44,4
Assistente social	39	24,4
Médico	29	18,1
Outras	21	13,1
Formação de nível fundamental, médio e técnico		
Técnico de enfermagem	54	50,9
Agente comunitário de saúde	33	31,1
Outras	19	18

Tabela 2. Relação entre conhecimento sobre vigilância em saúde e grau de escolaridade dos profissionais da atenção básica no município de Uberlândia - MG

Variáveis	Profissionais de Ensino Superior		Profissionais de Ensino fundamental, médio e técnico		P-valor
	N	%	N	%	
Conhece a lista de DNC?					
Conhecimento suficiente	105	60,0	70	40,0	0,95
Conhecimento insuficiente	55	60,4	36	39,6	
Sabe e faz a notificação negativa?					
Conhecimento suficiente	91	65,0	49	35,0	0,10
Conhecimento insuficiente	69	54,8	57	45,2	
Sabe definir os passos de uma investigação epidemiológica?					
Conhecimento suficiente	76	61,8	47	38,2	0,70
Conhecimento insuficiente	84	58,7	59	41,3	
A Unidade de saúde tem fluxo interno para notificação das DNC?					
Conhecimento suficiente	89	60,5	58	39,5	0,98
Conhecimento insuficiente	71	59,7	48	40,3	
Notifica os casos suspeitos e/ ou confirmados de DNC, surtos e agravos inusitados, conforme normatização?					
Conhecimento suficiente	102	60,4	67	39,6	0,96
Conhecimento insuficiente	58	59,8	39	40,2	
Tem conhecimento da sazonalidade das DNC?					
Conhecimento suficiente	74	58,3	53	41,7	0,63
Conhecimento insuficiente	86	61,9	53	38,1	
Utiliza dados epidemiológicos para as ações de promoção em saúde?					
Conhecimento suficiente	88	59,9	59	40,1	0,98
Conhecimento insuficiente	72	60,5	47	39,5	

Variáveis	Profissionais de Ensino Superior		Profissionais de Ensino fundamental, médio e técnico		P-valor
	N	%	N	%	
Realiza a busca ativa de casos de DNC?					
Conhecimento suficiente	96	58,9	67	41,1	0,69
Conhecimento insuficiente	64	62,1	39	37,9	
Solicita exames específicos de agravos à saúde voltados para o diagnóstico das DNC?					
Conhecimento suficiente	109	58,9	76	41,1	0,62
Conhecimento insuficiente	51	63,0	30	37,0	
Tem conhecimento do fluxo das declarações de óbitos?					
Conhecimento suficiente	91	62,8	54	37,2	0,40
Conhecimento insuficiente	69	57,0	52	43,0	
A equipe de saúde conhece os instrumentos de notificação Compulsória de doenças?					
Conhecimento suficiente	80	57,6	49	52,4	0,42
Conhecimento insuficiente	80	63,0	47	37,0	
Sabe quais as ações frente a um caso suspeito de dengue?					
Conhecimento suficiente	127	58,8	89	41,2	0,43
Conhecimento insuficiente	33	66,0	17	34,0	
Sabe qual caso de meningite se realiza a quimioprofilaxia?					
Conhecimento suficiente	76	57,6	56	42,4	0,46
Conhecimento insuficiente	84	62,7	50	37,3	
A equipe monitora a mortalidade infantil e materna?					
Conhecimento suficiente	117	58,5	83	41,5	0,41
Conhecimento insuficiente	43	65,2	23	34,8	
A unidade de saúde controla as declarações de óbito?					
Conhecimento suficiente	60	57,1	45	42,9	0,49
Conhecimento insuficiente	100	62,1	61	37,9	
Sabe o que fazer com a declaração de óbito cancelada?					
Conhecimento suficiente	77	58,7	52	40,3	0,98
Conhecimento insuficiente	83	60,6	54	39,4	
A unidade de saúde mantém registro das notificações compulsórias?					
Conhecimento suficiente	96	61,1	61	38,9	0,78
Conhecimento insuficiente	64	58,7	45	41,3	

DNC: Doença de notificação compulsória. Conhecimento insuficiente: escores 0 (não atende), 1 (incipiente) e 2 (atende parcialmente). Conhecimento Suficiente: escores 3 (atende), 4 (atende totalmente).

Tabela 3. Média e desvio padrão dos escores sobre o conhecimento de vigilância em saúde entre profissionais da atenção básica no município de Uberlândia-MG.

Variáveis	Média ± DP	
	Profissionais de Ensino Superior	Profissionais de Ensino fundamental, médio e técnico
Conhece a lista de DNC?	2,8 ± 1,0	2,7 ± 1,1
A equipe de saúde conhece os instrumentos de notificação compulsória de doenças?	2,5 ± 1,2	2,6 ± 1,2
Sabe e faz a notificação negativa?	2,6 ± 1,3	2,3 ± 1,2
Sabe definir os passos de uma investigação epidemiológica?	2,4 ± 1,2	2,5 ± 1,0

Variáveis	Média ± DP	
	Profissionais de Ensino Superior	Profissionais de Ensino fundamental, médio e técnico
A Unidade de saúde tem fluxo interno para notificação das DNC?	2,5 ± 1,2	2,5 ± 1,2
Notifica os casos suspeitos e/ ou confirmados de DNC, surtos e agravos inusitados, conforme normatização?	2,7 ± 1,0	2,7 ± 1,2
Tem conhecimento da sazonalidade das DNC	2,3 ± 1,2	2,5 ± 1,0
Utiliza dados epidemiológicos para as ações de promoção em saúde?	2,4 ± 1,2	2,6 ± 1,0
Realiza a busca ativa de casos de DNC?	2,5 ± 1,2	2,7 ± 1,1
Solicita exames específicos de agravos à saúde voltados para o diagnóstico das DNC?	2,9 ± 1,1	2,9 ± 1,0
Sabe quais as ações frente a um caso suspeito de dengue?	3,1 ± 1,0	3,3 ± 0,8
Sabe em qual caso de meningite se realiza a quimioprofilaxia?	2,3 ± 1,2	2,5 ± 1,1
A equipe monitora a mortalidade infantil e materna?	3,0 ± 1,2	3,0 ± 1,3
Tem conhecimento do fluxo das declarações de óbitos?	2,5 ± 1,2	2,4 ± 1,2
A unidade de saúde controla as declarações de óbito?	2,0 ± 1,4	1,9 ± 1,5
Sabe o que fazer com a declaração de óbito cancelada?	2,2 ± 1,4	2,3 ± 1,4
A unidade de saúde mantém registro das notificações compulsórias?	2,6 ± 1,3	2,7 ± 1,3

DNC: Doença de notificação compulsória; DP: Desvio Padrão.

Na análise das respostas dos 266 profissionais, para 190 (71,4%) estavam disponíveis o tempo de serviço prestado ao SUS. O tempo variou de 1 a 24 anos, com média de 6,7 ± 4,7 anos. A sua relação com o grau de conhecimento sobre VS foi analisado

(Tabela 4). Para nenhuma das variáveis analisadas houve significância estatística, porém, em oito variáveis o conhecimento insuficiente foi relatado em grupos de profissionais com médias de tempo de serviço no SUS discretamente maiores (Tabela 4).

Tabela 4. Relação sobre o conhecimento de vigilância em saúde e tempo de serviço no SUS dos profissionais da atenção básica no município de Uberlândia - MG

Variáveis	Tempo de serviço no SUS (anos)		P-valor
	Conhecimento suficiente	Conhecimento insuficiente	
Conhece a lista de DNC?	6,9 ± 5,0	6,4 ± 4,1	0,54
A equipe de saúde conhece os instrumentos de notificação compulsória de doenças?	6,7 ± 4,5	6,8 ± 5,0	0,95
Sabe definir os passos de uma investigação epidemiológica?	6,5 ± 4,4	7,0 ± 5,0	0,53
A Unidade de saúde tem fluxo interno para notificação das DNC?	6,4 ± 4,0	7,2 ± 5,4	0,64
Notifica os casos suspeitos e/ ou confirmados de DNC, surtos e agravos inusitados, conforme a normatização?	6,9 ± 4,7	6,4 ± 4,6	0,48
Tem conhecimento da sazonalidade das DNC	7,0 ± 4,9	6,4 ± 4,5	0,36
Utiliza dados epidemiológicos para as ações de promoção em saúde?	6,5 ± 4,7	7,0 ± 4,7	0,49
Realiza a busca ativa de casos de DNC?	6,6 ± 4,6	6,9 ± 4,9	0,71
Solicita exames específicos de agravos à saúde voltados para o diagnóstico das DNC?	6,4 ± 4,4	7,6 ± 5,4	0,12
Sabe quais as ações frente a um caso suspeito de dengue?	6,6 ± 4,5	7,5 ± 5,7	0,28
Sabe em que caso de meningite se realiza a quimioprofilaxia?	7,1 ± 5,3	6,3 ± 3,9	0,67
A equipe monitora a mortalidade infantil e materna?	7,0 ± 4,9	5,7 ± 3,6	0,16
Tem conhecimento do fluxo das declarações de óbitos?	7,0 ± 4,7	6,4 ± 4,9	0,44
Sabe o que fazer com a declaração de óbito cancelada?	6,6 ± 4,7	6,8 ± 4,7	0,77
A unidade de saúde mantém registro das notificações compulsórias?	7,0 ± 5,0	6,3 ± 4,2	0,36

DNC: Doença de notificação compulsória. Conhecimento insuficiente: notas 0 (não atende), 1 (incipiente) e 2 (atende parcialmente). Conhecimento Suficiente: notas 3 (atende), 4 (atende totalmente).

DISCUSSÃO

Independente da formação e do tempo de trabalho, o conhecimento sobre VS neste estudo foi insuficiente, o que nos remete a duas problemáticas recorrentes no SUS: falha na integração da VS aos serviços de AB e necessidade de educação permanente efetiva durante a carreira profissional.

A VS, como modelo de atenção, tem como objetivo básico o controle de determinantes e possíveis riscos a saúde da população de um determinado território, tanto em nível individual quanto coletivo. O modelo de AB, proposto em 2006, foi idealizado para atuar de forma descentralizada, de modo a delimitar um território e atender às necessidades da população adscrita¹¹. A interação destes setores, que deveria ser natural, no entanto, dificilmente é concretizada de forma efetiva e permanente. Esta falta de diálogo entre VS e AB afeta um dos princípios doutrinários fundamentais do SUS, a integralidade. A integração entre esses setores deve ocorrer de forma que a AB, por meio de suas unidades, seja percebida de maneira diferente pela população abrangida, como uma unidade que desenvolve ações de promoção e proteção à saúde, e passível de atuar de maneira ativa na intervenção à saúde, tendo em vista a perspectiva ampliada do processo saúde – doença, e não somente como um “postinho de saúde”¹².

A ampliação da cobertura da AB no país, integrada com a VS é o eixo estruturante para o sucesso do SUS³. Portanto, o escopo de atribuições, bem como os saberes e práticas destes setores devem ser compartilhados e integrados¹³. Os resultados apresentados neste estudo demonstram que o conhecimento insuficiente sobre VS na AB constitui-se em um nó crítico de importância fundamental na falha desta integração. Estudos que avaliem o conhecimento sobre AB entre os profissionais da VS também são importantes para avaliar se a deficiência é recíproca.

O conhecimento sobre declarações de óbito apresentou os menores escores entre os profissionais da AB participantes do estudo. Isto pode ser atribuído ao fato de que raramente ocorrem óbitos neste nível da assistência.

Várias tentativas já foram lançadas na tentativa de integração destas áreas, como a recentemente publicada Portaria 2121/2015, que amplia as atribuições das equipes de AB para o enfrentamento e o combate ao mosquito *Aedes aegypti*, com participação nas discussões e planejamento sobre as ações de controle vetorial¹⁴. O reconhecimento da AB sobre seu papel no processo de controle do *Aedes aegypti*, bem como das doenças por ele transmitidas é o primeiro passo. Neste estudo, o conhecimento sobre as ações frente a um caso de suspeita de dengue foi o de maior domínio entre os profissionais. A intensa divulgação sobre a doença no Brasil, mesmo que por vezes de forma não direcionada, pode justificar esse achado. No entanto, deve-se perceber que este processo de integração da AB e VS é dinâmico e em constante transformação e que precisa ser reavaliado e discutido permanentemente. Estudos têm mostrado que esta integração sobre o controle da dengue produz

resultados satisfatórios somente em um cenário de educação permanente^{13,15}. Outro exemplo bem-sucedido de integração da VS e AB ocorreu no norte do Brasil com a integração do trabalho de agentes de controle de endemias e agentes comunitários de saúde no combate à malária, que resultou em uma diminuição de 50% dos casos, por meio de medidas simples de logística de trabalho e interação profissional¹⁶.

Além da formação acadêmica adequada para a atuação em saúde coletiva, deve-se investir na manutenção da educação do profissional que atua no sistema de saúde pública¹⁷. A Educação Permanente em Saúde (EPS) surgiu para suprir as necessidades de um sistema de saúde em constante evolução. A Portaria Nº 278, de 27 de fevereiro de 2014, institui diretrizes para a implementação da política de EPS, no âmbito do Ministério da Saúde, e entende como educação permanente em saúde a “aprendizagem no trabalho, em que o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho, baseando-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas dos trabalhadores da saúde”⁹. A EPS deve ser desenvolvida a partir da análise de problemas que ocorrem no processo de trabalho diário, adequando-se às particularidades de cada unidade de saúde e seu território e, por conseguinte, deve acontecer de forma descentralizada¹⁸.

No processo de implantação da EPS, é importante a aproximação da academia, o estímulo à capacitação e à produção científica com foco nos serviços de saúde, e com perspectivas de disseminação para toda a rede. É imperativo que a equipe gestora e técnica seja qualificada e que exista a percepção da necessidade de saberes e práticas interdisciplinares no processo de construção de um modelo de atenção à saúde voltado para a promoção e a prevenção¹⁹.

Um ponto fundamental a ser considerado refere-se à proatividade do profissional, visto que, em muitas ocasiões, a excelência profissional é atingida por meio de processos empíricos eficientes, em que o próprio profissional busca o conhecimento e a eficiência de suas ações, em condições adversas, ou não. Vuori (1991) destaca este papel fundamental do profissional, quando relata que condições favoráveis de estrutura não necessariamente resultam em processos e resultados eficientes²⁰. De fato, a forma como o profissional experimenta as vivências do cotidiano do trabalho, influencia sobremaneira no processo de construção do conhecimento. Neste estudo demonstrou-se que a escolaridade e o tempo de serviço no SUS não tiveram significância em relação ao conhecimento sobre VS, o que demonstra que não são adquiridos de forma passiva durante a carreira profissional. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem constituem-se em uma excelente alternativa para superar este obstáculo da incorporação de novos saberes²¹.

Como limitação do estudo, ressaltamos que foi realizada uma amostragem de conveniência durante o Ciclo Municipal de Vigilância e Atenção Básica em Saúde. Assim, inferências sobre a equipe de AB do município de forma geral não podem ser realizadas.

É clara a necessidade da realização de EPS sobre os temas da vigilância, devido, sobretudo, à diversidade de protocolos e normas existentes, bem como a rotatividade de profissionais nas redes de saúde. Um inquérito recentemente publicado relativo ao conhecimento e atitudes sobre a Febre Maculosa Brasileira entre profissionais de saúde do SUS que lidam com a doença mostrou que a EPS consegue intervir positivamente nas

práticas de saúde²². A iniciativa de fortalecimento da VS junto à AB, uma concepção cada vez mais abordada nas esferas federal e estadual, constitui-se no eixo reestruturante da maneira de se agir em saúde. A situação atual afeta sobremaneira o desenvolvimento de ações de VS, visto que os serviços, sobretudo os de AB, compreendem um espaço ideal para sua execução.

REFERÊNCIAS

1. Teixeira CF, Paim JS, Vilasboas AL. SUS, Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde. *Inf Epidemiol. SUS.* 1998; 7(2):7-28. doi: <http://dx.doi.org/10.5123/S0104-16731998000200002>.
2. Lucchese G. Globalização e regulação sanitária: Os rumos da Vigilância Sanitária no Brasil. [Tese]. Rio de Janeiro (RJ): Fundação Oswaldo Cruz; 2001.
3. Noronha JC, Penna GO. Saúde da Família e Vigilância em Saúde: em busca da integração das práticas. *Revista Brasileira Saúde da Família.* 2007 Out-Dez; (16):4-9.
4. Oliveira CM, Cruz MM. Sistema de Vigilância em Saúde no Brasil: avanços e desafios. *Saúde em Debate.* 2015 Jan-Mar; 39(104):255-267. doi: [10.1590/0103-110420151040385](https://doi.org/10.1590/0103-110420151040385).
5. Waldman EA. Vigilância epidemiológica como prática de saúde pública [Tese]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 1991.
6. Oliveira CM, Casanova AO. Vigilância da saúde no espaço de práticas da atenção básica. *Ciênc saúde colet.* 2009 Maio-Jun; 14(3):929-36. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000300029>.
7. Silva TL, Dias EC, Pessoa VM, Fernandes LMM, Gomes EM. Saúde do trabalhador na Atenção Básica: percepções e práticas de equipes de Saúde da Família. *Interface (Botucatu).* 2014 Abr-Jun; 18(49): 273-288. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0227>.
8. Limongi JE, Menezes EC, Menezes AC. Vigilância em Saúde no Programa Saúde da Família. *Hygeia.* 2008 Dez; 4(7):35-44.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 278, de 27 de fevereiro de 2014. Institui diretrizes para implementação da Política de Educação Permanente em Saúde, no âmbito do Ministério da Saúde (MS) [Internet]. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 2014 Fev 28 [acesso 2016 Jun 7]; Seção 1. p. 59. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0278_27_02_2014.html.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprovar as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. [Internet]. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 2013 Jun 13 [acesso 2016 Ago 16]; Seção 1. p. 59. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
11. Machado MFAS, Monteiro EMLM, Queiroz DT, Vieira NFC, Barroso MGT. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. *Ciênc saúde coletiva.* 2007; 12(2):335-42. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000200009>.
12. Santos APL, Lacaz FAC. Apoio matricial em saúde do trabalhador: tecendo redes na atenção básica do SUS, o caso de Amparo/SP. *Ciênc Saúde Colet.* 2012 Maio; 17(5):1143-1150. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000500008>.
13. 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):147-163. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312014000100009>.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2121, de 21 de dezembro de 2015. Altera o Anexo I da Portaria nº 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011, para reforçar as ações voltadas ao controle e redução dos riscos em saúde pelas Equipes de Atenção Básica. [Internet]. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 2015 Dez 21 [acesso 2016 Jul 15]; Seção 1. p. 80-81. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/portaria_2121_2015.pdf.
15. Freitas RM, Rodrigues CS, Mattos AMC. Estratégia intersetorial para o controle da dengue em Belo Horizonte (Minas Gerais), Brasil. *Saúde Soc.* 2011 Jul-Sept; 20(3):773-785.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Agentes Comunitários de Saúde para combater a malária no Norte do País. *Saúde da Família.* 2007; 8(16):46-49. [acesso 2016 Ago 20] Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/revistas/revista_saude_familia16.pdf.
17. Carotta F, Kawamura D, Salazar J. Educação permanente em saúde: uma estratégia de gestão para pensar, refletir e construir práticas educativas e processos de trabalhos. *Saúde Soc.* 2009; 18(supl1):48-51.
18. Batista KBC, Gonçalves OSJ. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. *Saúde Soc.* 2011; 20(4):884-899.
19. Dias EC, Silva TLS, Almeida MHC. Desafios para a construção cotidiana da Vigilância em Saúde Ambiental e em Saúde do Trabalhador na Atenção Básica à Saúde. *Cad Saúde Colet.* 2012; 20(1):15-24.
20. Vuori HA. Qualidade em saúde. *Divulg saude debate.* 1991Fev; 3:17-24.
21. Mitre SM, Siqueira-Batista R, Girardi-Mendonça JM, Moraes-Pinto NM, Meirelles CAB, Pinto-Porto C et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. *Ciênc saúde colet.* 2008 Dez; 13(supl 2):2133-2144. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000900018>.
22. Oliveira SV, Caldas EP, Limongi JE, Gazeta GS. Avaliação dos conhecimentos e atitudes de prevenção sobre a febre maculosa entre profissionais de saúde no Brasil. *J Health Biol Sci.* 2016; 4(3):152-159. doi: <http://dx.doi.org/10.12662/2317-3076jhbs.v4i3.851.p152-159.2016>.

Como citar este artigo/How to cite this article:

Pinto DS, Pereira BB, Limongi JE. Avaliação do conhecimento sobre Vigilância em Saúde entre os profissionais do Sistema Único de Saúde, Uberlândia, Minas Gerais. *J Health Biol Sci.* 2017 Jan-Mar; 5(1):37-43.

J. Health Biol Sci. 2017; 5(1):37-43