

VIGILÂNCIA EM SAÚDE NOS DIAS DE HOJE: ALGUNS DESAFIOS A DEBATER SOBRE INTEGRAÇÃO DE PRÁTICAS E INTEGRALIDADE DO CUIDADO

Carlos Alexandre Rodrigues Pereira¹

53

RESUMO

A Vigilância em Saúde é um dos principais programas de saúde pública implementados no âmbito do Sistema Único de Saúde no Brasil. Um dos princípios que norteiam as estratégias de vigilância é a integralidade do cuidado que, apesar de normatizado desde 2009, ainda encontra desafios para sua implementação. Busca-se neste ensaio fomentar o debate sobre alguns dos desafios à integralidade do cuidado no âmbito da Vigilância em Saúde, incluindo os processos de territorialização, a participação social e a longitudinalidade, a construção partilhada do conhecimento, a integração de práticas e a intersetorialidade.

Palavras-chave: Vigilância em Saúde. Integração de Práticas. Integralidade do Cuidado.

ABSTRACT

Health Surveillance is one of the main public health programs implemented under the 'Sistema Único de Saúde' in Brazil. One of the principles that guide surveillance strategies is the integrality of care that, despite being regulated by law since 2009, still faces challenges regarding its implementation. The aim of this essay is to promote a debate about some of the challenges concerning the implementation of comprehensive care in the realm of Health Surveillance, including the processes of territorialization, social participation and longitudinality, shared knowledge construction, integration of practices and intersectoriality.

Keywords: Health Surveillance. Integration of Practices. Comprehensiveness of Care.

INTRODUÇÃO

A integralidade, enquanto objetivo do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1990a), se remete a organização da assistência (PINHEIRO; GUIZARDI, 2004) e à sistematização do conjunto de práticas das diversas estratégias implementadas pelo Sistema para dar resposta às necessidades da população (TEIXEIRA, 2011). De forma mais ampla, a integralidade pode ser entendida como um dispositivo político de promoção dos saberes e de construção de novas práticas, de fazer crítica dos poderes

¹ Doutor em Saúde Pública e Meio Ambiente; Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – Fundação Oswaldo Cruz – RJ/Brasil

instituídos e de promover o dialogismo na busca de novos arranjos sociais e institucionais para a saúde (PINHEIRO; GUIZARDI, 2004).

Na prática, a integralidade continua a ser um constructo de difícil compreensão e aplicação (PINHEIRO; GUIZARDI, 2004), uma vez que abordagens inovadoras, como o uso das terapias alternativas, e participativas, como a valorização do saber popular sobre saúde e doença, ainda encontram barreiras impostas pelo tecnicismo e pelo modelo biomédico, ainda presentes na estrutura da atenção à saúde (MACHADO *et al.*, 2004), além da pressão por resultados econômicos, uma vez que o setor de saúde não deixa de ser um nicho de mercado a ser explorado.

A integralidade do cuidado é um dos objetivos da Vigilância em Saúde expresso normativamente desde a Portaria GM/MS nº 3.252, de 22 de dezembro de 2009 (BRASIL, 2009). Essa Portaria trouxe novas perspectivas para a Vigilância em Saúde, inserindo-a no Pacto pela Saúde, firmado em 2006 (BRASIL, 2006). Mais tarde, a Portaria GM/MS nº 3.252 foi revogada pela Portaria GM/MS nº 1.378, de 9 de julho de 2013 (BRASIL, 2013), a qual manteve a integralidade da atenção como um dos princípios gerais da Vigilância em Saúde.

Apesar da normatização da integralidade do cuidado e das experiências bem-sucedidas que já foram alcançadas, ainda há muito a ser feito para a expansão das ações de Vigilância em Saúde visando o cuidado integral (VILASBÔAS; TEIXEIRA, 2007; KALICHMAN; AYRES, 2016). Busca-se neste trabalho, fomentar o debate sobre temas que se expressam como desafios a serem superados para alcançar a integralidade nas ações de Vigilância em Saúde.

Integração das práticas

Uma das questões que ainda precisam ser abordadas é a integração das práticas. Internamente à estrutura da Vigilância em Saúde, a segregação historicamente engendrada entre suas componentes (epidemiológica, sanitária, ambiental e de saúde do trabalhador) persiste nos dias atuais, mesmo após a redefinição das funções da Vigilância ocorrida ao longo do tempo no sentido da articulação entre tais componentes nas três esferas de governo. Franco Neto (2015, apud RODRIGUES, 2015), ao falar sobre os atuais desafios da Vigilância em Saúde, abordou a questão da fragmentação da Vigilância e da importância da formação profissional para estimular a visão não compartimentada das ações.

Com relação à integração de práticas entre as áreas do setor de saúde, a iniciativa institucional mais recente foi a da criação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2010a), que visam a superação da fragmentação das ações, de forma a alcançar a efetividade e a eficiência na atenção em saúde prestada à população. Uma das diretrizes da RAS é integrar a Vigilância em Saúde à Atenção Primária à Saúde (APS) por meio de ações articuladas no território (BRASIL, 2010a). Contudo, a consolidação das RAS ainda é permeada de uma série de desafios.

Por mais que se tenha avançado na integração dos Agentes de Combate a Endemias (ACE) na estrutura da Atenção Básica, trabalhando junto com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), ainda há questões relativas ao planejamento e programação e à organização dos processos de trabalho que precisam ser debatidas. Segundo Teixeira e Vilasbôas [20??], para operacionalizar essa integração é necessário revisar os processos de trabalho, definindo objetivos e responsabilidades comuns e específicas de cada ator envolvido, de forma a dinamizar o trabalho, reduzir sobreposições e a duplicidade de ações. Ainda conforme as autoras, cabe aos gestores e às equipes a tarefa de definir essas responsabilidades e os fluxos de trabalho.

Nesse sentido, se torna oportuno utilizar do planejamento e da programação de atividades como instrumentos de operacionalização da integração, com base no que for definido para cada processo de trabalho. Mas a tarefa não é simples. Existem fatores no território e na estrutura dos serviços de saúde que dificultam a materialização da integração nos processos de trabalho, cabendo aprofundar no estudo e na análise desses fatores para avançar na promoção do cuidado integral.

Processos de territorialização em saúde

Para falar sobre território, cabe discorrer sobre a relação entre homem e ambiente e sobre os processos de territorialização. Canguilhem (2009), ao discorrer sobre o normal e o patológico, se refere à relação entre homem e ambiente. Segundo ele, o sentido da normalidade do ser vivo e do ambiente só é captado quando estes são tomados em conjunto, sendo suas inter-relações o fator que torna um normal para o outro. Ainda segundo o autor, esse ambiente no qual o ser vivo habita e com o qual se relaciona não é estático ou dotado apenas de componentes físico-paisagísticos. Ele se relaciona sim com um ambiente animado por um processo histórico, do qual o

próprio ser vivo participa como agente. Daí a importância de se abordar a territorialidade.

56 A territorialização do espaço ocorre quando os sujeitos dele se apropriam, imprimindo nele as marcas dos processos sociais por estes vividos. Portanto, a territorialização é um processo histórico, devendo, por isso, ser abordado não só na perspectiva espacial, mas também na perspectiva temporal (GONDIM; MONKEN, 2008). É por meio das relações que os sujeitos participam do processo de territorialização e experienciam os produtos desse processo. Tais relações, sejam existenciais ou produtivas, podem adquirir conotações particulares devido às especificidades dos modos e condições de vida, perspectivas e interesses de cada sujeito. E a territorialidade reflete essa multidimensionalidade do que é vivido pelos membros da coletividade em questão (RAFFESTIN, 1993).

Nas sociedades políticas, as relações existenciais e produtivas são reguladas por instrumentos não necessariamente expressos em leis, mas também em costumes e crenças. Essas regulações expressam o exercício de um poder, o qual preserva a organização do grupo e o fluxo dessas relações no espaço (GONDIM; MONKEN, 2008). Sendo assim, pode-se entender a territorialidade como a expressão geográfica das múltiplas relações de poder em uma determinada área, o território, cuja definição parte de conceitos sociopolíticos e culturais (SACK, 1986 apud GONDIM; MONKEN, 2008).

Toda relação envolve uma expressão de poder. E diferentes relações de poder ocorrem ao mesmo tempo e de forma heterogênea nos espaços, relações estas que se apoiam em interesses muitas vezes contraditórios. Dessa forma, os processos de territorialização são determinados por contradições em interesses econômicos, políticos, culturais e sociais, inclusive de saúde (RAFFESTIN, 1993; GONDIM; MONKEN, 2008). Assim, o lugar se torna o resultado do conflito entre essas contradições (BARCELLOS; ROJAS, 2004).

No constante movimento de formação e de transformação dos territórios, tais contradições acabam por delinear as iniquidades em saúde. Contudo, também surgem potencialidades que, se acolhidas pelo sistema de saúde e utilizadas como subsídio para a reorientação de saberes e práticas, contribuirão para a promoção do cuidado integral.

Dessa forma, a territorialização se torna processo estratégico e um meio de se promover a análise da realidade com vistas a produção social da saúde (GONDIM;

MONKEN, 2008). Portanto, tem grande aplicabilidade na Vigilância em Saúde, que deve se estruturar em atenção às necessidades e potencialidades em saúde, observando os fluxos, as relações e os objetos geográficos presentes no território. Deve estar atenta à forma como fatores de ordem social, econômica e cultural se articulam e determinam as condições de vida e saúde das pessoas (BARCELLOS, ROJAS, 2004). No contexto da Vigilância em Saúde, a atuação não pode estar restrita ao problema. É preciso olhar para o problema dentro do seu contexto (MONKEN; BATISTELLA, 2008) e enxergar o indivíduo na sua plenitude, considerando todas as suas dimensões. A territorialização se torna, assim, um dos instrumentos da Vigilância em Saúde que deve se articular com o planejamento estratégico situacional (PES), para dar suporte a implementação das atividades (GONDIM; MONKEN, 2008). Contudo, para que tais instrumentos sejam de fato efetivos, é preciso que haja legitimidade, na comunidade, de seus processos de implementação, o que não ocorre sem a participação social.

Participação social e construção partilhada do conhecimento

A participação social é um princípio estratégico do Sistema Único de Saúde (SUS) normatizado pela Lei nº 8.142 (BRASIL, 1990b), a qual elegeu a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde como espaços participativos na gestão do SUS. É inegável a importância desses espaços e o quanto eles têm contribuído para a superação dos desafios da produção social da saúde. Contudo, a participação social ainda persiste como um dos grandes desafios a serem superados. Estratégias como a Vigilância em Saúde e a Atenção Primária à Saúde foram se constituindo ao longo do tempo como vias de aproximação entre os profissionais e os usuários dos serviços, sendo a participação social no planejamento das ações definida como uma das diretrizes da Vigilância em Saúde (BRASIL, 2010b) e um dos princípios da Atenção Básica (BRASIL, 2011), traduzido também como atributo das RAS (BRASIL, 2010a).

Na RAS, sob a proposta de integração entre Vigilância e Atenção Primária, a participação comunitária e o controle social se configuram como peças-chave para a promoção do cuidado integral. Tais instrumentos pressupõem a utilização, no território, de modelos participativos de planejamento que visem democratizar o processo de decisão em saúde (TEIXEIRA; VILASBÔAS, [20??]). Embora esses instrumentos tenham a vantagem de propiciar canais mais diretos com a população, sendo flexíveis às condições do território e ao grau de mobilização comunitária, ainda

assim, se verificam dificuldades em promover a interação entre equipes, bem como entre equipes e comunidade, que muito estão relacionadas a aspectos culturais. Vasconcelos (2001 apud STOTZ *et al.*, 2005) salienta que os serviços de saúde, os profissionais do cuidado, as representações dos movimentos populares e organizações não-governamentais possuem pressupostos culturais específicos que os distanciam do mundo popular onde os processos de saúde e doença se manifestam.

Aspectos importantes que dificultam a participação comunitária em saúde já foram levantados e têm sido discutidos em diversas instâncias, como por exemplo, pelo movimento da Educação Popular e Saúde. Stotz *et al.* (2005) citam, por exemplo, deficiências na formação profissional e o uso de currículos inadequados e com pouca abordagem crítica, o despreparo dos profissionais para o compartilhamento dos processos com a comunidade, a pouca abertura para mudanças metodológicas nos serviços e para estabelecimento de processos pedagógicos e, ainda, dificuldade em estabelecer diálogos. Como forma de superar essas barreiras à participação, pode-se pensar nas estratégias de criação de vínculo e, segundo Stotz *et al.* (2005), na mediação educativa como direcionador para novos processos, valorizando os diferentes saberes.

A valorização das diferentes práticas e saberes em saúde nos territórios está previsto na Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2011). E valorizar os diferentes saberes implica em criar espaços de construção partilhada do conhecimento. Nesses espaços, interagem o conhecimento comunitário e o conhecimento dos profissionais de saúde, resultando na apropriação conjunta de uma nova forma de conhecimento, produto do relacionamento das percepções e perspectivas dos diferentes agentes envolvidos (STOTZ, 2003).

Na construção partilhada do conhecimento, os diferentes saberes e culturas têm o mesmo valor e contribuem de igual maneira para a identificação de soluções para problemas estruturais e de determinação histórica que dificultam a implementação e a longitudinalidade das estratégias de produção social da saúde. A longitudinalidade se refere a durabilidade, no tempo e no espaço, dos vínculos e dos fluxos de atenção em saúde promovidos no território e implica capacidade de lidar com as mudanças de ordens diversas, que venham a ocorrer ao longo do tempo (BRASIL, 2010a). Para haver longitudinalidade é preciso que haja engajamento dos diferentes atores nos processos de planejamento. É preciso que eles se auto-identifiquem como agentes de

promoção da saúde, legitimando para si o modelo de atenção e as práticas de cuidado. A longitudinalidade depende de sujeitos participativos.

Desenhos participativos já mostraram ser adequados para o desenvolvimento de uma Vigilância orientada para a promoção da saúde, conforme expõe Stotz (2003), ao mencionar o projeto “Gestão do conhecimento e da informação na intervenção social – as redes de movimentos sociais no campo da educação popular e saúde”, que privilegiou a delimitação dos problemas de saúde com a participação de diferentes atores organizados em redes. Diante do exposto, seria viável, então, utilizar dos contextos participativos para promover a discussão sobre a integralidade do cuidado, captando as percepções dos atores envolvidos e suas sugestões para o enfrentamento das barreiras e das limitações que ainda permeiam a sua efetivação.

59

Intersectorialidade

Por último, com relação à integração entre o setor de saúde com os demais setores, também ocorrem dificuldades em promover a intersectorialidade. Diversas questões que são alvo da Vigilância são abordadas, também, por outros setores. Por exemplo, questões relativas à poluição do ar, qualidade da água, os riscos ambientais, riscos ocupacionais, condições sanitárias das habitações, as relações sociais e os hábitos de vida. É sabido que nem a Vigilância, nem esses outros setores poderão, sozinhos, dar conta da totalidade dessas questões e da complexidade que elas envolvem.

A compartimentalização dos problemas entre os setores de acordo com a especificidade da função de cada um pode levar à diversos benefícios, afinal de contas, estar-se-á atuando sobre os problemas de forma direta e específica. Contudo, ações articuladas e intersectoriais têm sido propostas como um caminho para convergir ideias, definir objetivos comuns e planejar ações coordenadas, com o intuito de atuar mais profundamente sobre os problemas, evitar sobreposição e duplicidade de ações e promover o uso efetivo dos recursos humanos, tecnológicos e financeiros disponíveis.

A atuação intersectorial é defendida por Batistella (2007) como um dos caminhos para se promover a reorientação dos sistemas de saúde no sentido do cuidado integral. Porém, muitas vezes, cada setor se encerra em suas competências. Lefevre e Lefevre (2004 apud MONKEN; BATISTELLA, 2008) argumentam sobre o risco de a intersectorialidade direcionar a ação para a elaboração de políticas mais gerais, em

detrimento de ações específicas em cada setor. Embora o argumento levante importantes lacunas sobre os limites da intersetorialidade, acredita-se ser possível adotar ações coordenadas e bem planejadas, com responsabilidades específicas para cada setor, tendo a prudência de reconhecer em que momento são necessárias políticas estritamente setoriais.

Da mesma forma que não se deve ir ao extremo da promoção da intersetorialidade a ponto de descaracterizar cada setor, também não se deve situar o pensamento no extremo oposto e negar que muitos dos problemas que chegam até o setor de saúde têm sua causalidade em processos socioambientais. Deixar de envolver a saúde na discussão e na atuação sobre tais processos seria limitá-la ao assistencialismo curativista, perdendo o sentido da promoção em saúde. É sabido, por exemplo, que o investimento em infraestrutura de água e esgoto traz melhorias nas condições de vida e reduz gastos com serviços em saúde (WHO, 2014). Sendo assim, faz sentido idealizar ações conjuntas e coordenadas entre o setor de saúde e de infraestrutura urbana, por exemplo.

Já ocorrem, por exemplo, iniciativas integradoras de trabalho como aquela desenvolvida no município de Cruz, Ceará, onde a Estratégia de Saúde da Família participou de programa de manejo adequado de resíduos sólidos e de programa de Educação Ambiental em parceria, inclusive, com escolas do município (REVISTA BRASILEIRA SAÚDE DA FAMÍLIA, 2007). Pode-se citar, também, o incentivo dado à articulação com outras áreas para auxiliar no monitoramento dos agrotóxicos na água de consumo humano, tarefa de responsabilidade da Vigilância em Saúde Ambiental (BRASIL, 2014a). Ainda pode ser citada a articulação entre os Ministérios do Meio Ambiente e da Saúde no sentido de promoverem, em parceria, a análise dos estudos de avaliação de impactos dos processos de licenciamento ambiental (BRASIL, 2014b).

Contudo, tais ações representam, hoje, uma pequena parcela do que é possível promover em políticas e ações intersetoriais. Por exemplo, a aproximação da área de monitoramento ambiental das secretarias de meio ambiente da área de vigilância ambiental, uma vez que estas áreas compartilham de objetivos similares, podendo compartilhar dados e desenvolver estratégias conjuntas para melhoria da qualidade ambiental e das condições de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base no que foi exposto, observa-se que a Vigilância em Saúde ainda encontra desafios a superar no que se refere: (i) à articulação “das vigilâncias”, (ii) à articulação com outros setores, (iii) à redefinição da Vigilância no modelo integrado de ação em saúde proposto pela RAS, (iv) à adoção de mecanismos de planejamento e gestão integrados e participativos e; (v) à construção partilhada do conhecimento visando a produção social da saúde.

Esses desafios são agravados pelo cenário de instabilidade política, social e econômica por que passa o país, o qual afeta, inclusive, a concretização de outras políticas sociais redistributivas e outros programas e estratégias do SUS. Nesse cenário, abordar a territorialização e buscar desenvolver a participação no planejamento e gestão dos processos de trabalho em saúde é uma forma de se colocar frente à essa instabilidade, no intuito de preservar elementos e práticas considerados pelos sujeitos envolvidos como essenciais, dando oportunidade a estes de participarem da reorientação da Vigilância, definindo, inclusive, diretrizes para o próprio desenho dos serviços de saúde.

É preciso levar tais pontos à debate, para que das discussões surjam novas ideias e forças para superar os desafios atuais da Vigilância em Saúde. Espera-se, assim, por meio deste trabalho, contribuir nessa discussão e na busca de melhorias para os seus processos de trabalho, visando à promoção do cuidado integral em saúde.

REFERÊNCIAS

BARCELLOS, C.; ROJAS, L. I. **O território e a vigilância em saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/EPSJV/PROFORMAR, 2004. 80 p. ISBN 85-98768-06-5. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/publicacao/livro/o-territorio-e-a-vigilancia-em-saude>. Acesso em: 01 mar. 2017. (Série: Material didático do Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde; 6).

BATISTELLA, C. Abordagens Contemporâneas do Conceito de Saúde. In: FONSECA, A.F.; CORBO, A.M.DA. (Org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 51-86. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/publicacao/livro/o-territorio-e-o-processo-saude-doenca>. Acesso em: 01 mar. 2017.

BRASIL. **Lei no. 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 28 fev. 2017.

_____. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 dez 1990.

Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 28 fev. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006.** Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 fev 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html. Acesso em: 27 fev. 2017.

_____. **Portaria GM/MS nº 3.252, de 22 de dezembro de 2009.** Aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 dez 2009. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt3252_22_12_2009.html. Acesso em: 27 fev. 2017.

_____. **Portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010.** Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 dez 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 26 fev. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes Nacionais da Vigilância em Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 108 p. ISBN 978-85-334-1706-9.

Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_saude_volume13.pdf. Acesso em: 26 fev. 2017. (Série Pactos pela Saúde 2006; 13).

_____. **Portaria GM/MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 out 2011. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 04 mar. 2017.

_____. **Portaria GM/MS nº 1.378, de 9 de julho de 2013.** Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 10 jul 2013. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1378_09_07_2013.html. Acesso em: 27 fev. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. Coordenação Geral de Vigilância em Saúde Ambiental. Programa Nacional de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano. **Orientações técnicas para o monitoramento de agrotóxicos na água para consumo humano.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 19 p. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/agosto/29/Orienta---es-t--cnicaspara-o-monitoramento-de-agrot--xicos-na---gua-para-consumo-humano--2014.pdf>. Acesso em: 02 mar. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Avaliação de Impacto à Saúde – AIS**: metodologia adaptada para aplicação no Brasil. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador, 2014. 68 p. ISBN: 978-85-334-2126-4. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao_impacto_saude_ais_metodologia.pdf. Acesso em: 03 mar. 2017.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 6.ed. rev. Tradução de Mana Thereza Redig de Carvalho Barrocas. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009. 129 p. ISBN 978- 85-218-0393-5. (Título original: Le normal et le pathologique).

GONDIM, G. M. M.; MONKEN, M. Territorialização em saúde. In: PEREIRA, I.B.; LIMA, J.C.F. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2.ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 392-399. ISBN: 978-85-987-36-6. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/l43.pdf>. Acesso em: 22 fev. 2017.

KALICHMAN, A. O.; AYRES, J. R. C. M. Integralidade e tecnologias de atenção à saúde: uma narrativa sobre contribuições conceituais à construção do princípio da integralidade no SUS. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 8, e00183415, ago 2016. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v32n8/1678-4464-csp-32-08-e00183415.pdf>. Acesso em: 01 mar. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00183415>.

MACHADO, F. R. S.; PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. As novas formas de cuidado integral nos espaços públicos de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: Hucitec; Abrasco, 2004. p. 57- 74. ISBN: 85-271-0647-7.

MONKEN, M.; BATISTELLA, C. Vigilância em Saúde. In: PEREIRA, I.B.; LIMA, J.C.F. França. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2.ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 471-478. ISBN: 978-85-987-36-6. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/l43.pdf>. Acesso em: 22 fev. 2017.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. Cuidado e integridade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: Hucitec; Abrasco, 2004. p. 21-36. ISBN: 85-271-0647-7.

RAFFESTIN, C. **Por uma geografia do poder**. Tradução de Maria Cecília França. São Paulo: Ática, 1993. 269 p. ISBN: 85-08-04290-6. (Temas; 29); (Título original: Pour une géographie du pouvoir).

REVISTA BRASILEIRA SAÚDE DA FAMÍLIA. Parceria entre população e governo fortalece Saúde da Família para manter o paraíso ecológico. **Revista Brasileira Saúde da Família**, Brasília, v. 8, n. 16, p. 18-23, out/dez 2007. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/revistas/revista_saude_familia16.pdf. Acesso em: 02 mar. 2017.

RODRIGUES, T. **Desafios da Vigilância em Saúde**. Matéria publicada no site da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio em 18 de junho de 2015. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/acontece-na-epsjv/desafios-da-vigilancia-emsau>. Acesso em: 01 mar. 2017.

STOTZ, E. N. Redes sociais e construção compartilhada de conhecimento em saúde. In: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO, 5., 2003, Belo Horizonte. **Anais eletrônicos**. Belo Horizonte: Ancib, 2003. Disponível em: <http://enancib.ibict.br/index.php/enancib/venancib/paper/viewFile/1938/1079>. Acesso em: 01 mar. 2017.

64

STOTZ, E. N.; DAVID, H. M. S. L.; WONG UN, J. A. Educação popular e saúde: trajetória, expressões e desafios de um movimento social. **Revista APS**, v. 8, n. 1, p. 49-60, jan/jul 2005.

TEIXEIRA, C. F. **Os princípios do Sistema Único de Saúde**. 2011. 10 p. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS_PRINCIPIOS_DO_SUS.pdf. Acesso em: 02 mar. 2017.

TEIXEIRA, C. F.; VILASBÔAS, A. L. Q. **Diretrizes para a integração entre Atenção Básica e Vigilância em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, [20??]. 13 p.

Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3317.pdf>. Acesso em: 04 mar. 2017.

VILASBÔAS, A.L.Q.; TEIXEIRA, C. F. Saúde da Família e Vigilância em Saúde: Em Busca da Integração das Práticas. **Revista Brasileira Saúde da Família**, Brasília, v. 8, n. 16, p. 63-67, out/dez 2007.

Disponível em:

http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/revistas/revista_saude_familia16.pdf. Acesso em: 02 mar. 2017.

WHO – World Health Organization. **UN- water global analysis and assessment of sanitation and drinking-water (GLAAS) 2014 report**: investing in water and sanitation - increasing access, reducing inequalities. Geneva: WHO, 2014. 90 p. ISBN: 978-92-4-150808-7. Disponível em:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/139735/1/9789241508087_eng.pdf?ua=1.

Acesso em: 28 fev. 2017.