

VIGILÂNCIA EM SAÚDE EM TERRITÓRIOS VULNERÁVEIS: DESAFIOS OPERACIONAIS, ESTRUTURAIS E DE GESTÃO

HEALTH SURVEILLANCE IN VULNERABLE TERRITORIES: OPERATIONAL, STRUCTURAL, AND MANAGEMENT CHALLENGE

VIGILANCIA EN SALUD EN TERRITORIOS VULNERABLES: DESAFÍOS OPERATIVOS, ESTRUCTURALES Y DE GESTIÓN

Hozana de Almeida Evangelista¹
Luiz Gustavo de Jesus Ribeiro²
Fabiane Rodrigues Lopes Quaresma³
Thaynara Garcia dos Santos Silva⁴
Sandra Barros Teixeira⁵
Juliana Rodrigues Texeira⁶

RESUMO: A vigilância em saúde em territórios vulneráveis constitui estratégia fundamental para a efetivação do Sistema Único de Saúde, ao articular ações de promoção, prevenção e controle de agravos a partir da leitura das condições concretas de vida da população. Este estudo teve como objetivo analisar os desafios operacionais, estruturais e de gestão que interferem na organização da vigilância em contextos marcados por desigualdades sociais. Trata-se de revisão narrativa da literatura, fundamentada em documentos do Ministério da Saúde e em produções científicas nacionais, com enfoque na integração entre atenção básica e vigilância, nos determinantes sociais da saúde e nas especificidades de grupos vulnerabilizados. Os resultados evidenciaram fragilidades na territorialização, fragmentação entre setores da vigilância, insuficiência de sistemas de informação e dificuldades de acesso das equipes a áreas impactadas pela violência. Observou-se que populações negras, pessoas em situação de rua e moradores de periferias apresentam maiores barreiras ao cuidado e piores desfechos em saúde, revelando a persistência de iniquidades. Destacaram-se como potencialidades a atuação da Estratégia Saúde da Família, iniciativas de participação comunitária e propostas de vigilância popular com abordagem interseccional. Conclui-se que o fortalecimento da vigilância em territórios vulneráveis depende de gestão integrada, educação permanente dos profissionais, intersetorialidade e governança ética da informação. A efetividade das ações requer reconhecer o território como espaço político e social, transformando dados em intervenções capazes de reduzir desigualdades e ampliar direitos. Sugere-se a realização de pesquisas empíricas participativas que aprofundem a compreensão das práticas locais de vigilância e seus impactos sobre a vida das comunidades.

Palavras-chave: Determinantes sociais. Território. Vigilância em saúde.

¹Mestranda em Saúde da Família pela Universidade Federal de Maranhão - UFMA, São Luís MA.

²Graduando em Enfermagem pela Universidade Federal de Goiás - UFG, Goiânia GO.

³Graduanda em Medicina pela Universidade do Oeste Paulista - UNOESTE, Guarujá SP.

⁴Graduada em Biomedicina pela Faculdade Integrada Aparício Carvalho - FIMCA, Porto Velho RO.

⁵Graduada em Serviço Social pela Universidade da Amazônia - UNAMA, Belém PA.

⁶Pós-graduada em Enfermagem de Terapia Intensiva pela Universidade de Quixeramobim - UNIQ, Fortaleza CE.

ABSTRACT: Health surveillance in vulnerable territories is a fundamental strategy for the effectiveness of the Brazilian Unified Health System, as it articulates actions for health promotion, prevention, and control of diseases based on the concrete living conditions of the population. This study aimed to analyze the operational, structural, and managerial challenges that interfere with the organization of health surveillance in contexts marked by social inequalities. It is a narrative literature review grounded on documents from the Ministry of Health and national scientific publications, focusing on the integration between primary health care and surveillance, the social determinants of health, and the specificities of vulnerable groups. The results showed weaknesses in territorialization processes, fragmentation among surveillance sectors, insufficiency of information systems, and difficulties faced by health teams in accessing areas affected by violence. It was observed that Black populations, homeless people, and residents of peripheral areas experience greater barriers to care and worse health outcomes, revealing the persistence of inequities. The role of the Family Health Strategy, community participation initiatives, and proposals for popular surveillance with an intersectional approach were highlighted as potentialities. It is concluded that strengthening health surveillance in vulnerable territories depends on integrated management, permanent professional education, intersectoral actions, and ethical governance of information. The effectiveness of actions requires recognizing the territory as a political and social space, transforming data into interventions capable of reducing inequalities and expanding rights. Participatory empirical research is suggested to deepen the understanding of local surveillance practices and their impacts on community life.

Keywords: Health surveillance. Social determinants. Territory.

RESUMEN: La vigilancia en salud en territorios vulnerables constituye una estrategia fundamental para la efectividad del Sistema Único de Salud, al articular acciones de promoción, prevención y control de enfermedades a partir de las condiciones concretas de vida de la población. Este estudio tuvo como objetivo analizar los desafíos operativos, estructurales y de gestión que interfieren en la organización de la vigilancia en contextos marcados por desigualdades sociales. Se trata de una revisión narrativa de la literatura basada en documentos del Ministerio de Salud y en producciones científicas nacionales, con énfasis en la integración entre atención primaria y vigilancia, en los determinantes sociales de la salud y en las especificidades de grupos vulnerables. Los resultados evidenciaron fragilidades en la territorialización, fragmentación entre los sectores de vigilancia, insuficiencia de los sistemas de información y dificultades de acceso de los equipos a áreas afectadas por la violencia. Se observó que la población negra, las personas en situación de calle y los habitantes de periferias presentan mayores barreras de acceso y peores resultados en salud, lo que revela la persistencia de inequidades. Se destacaron como potencialidades la actuación de la Estrategia de Salud de la Familia, las iniciativas de participación comunitaria y las propuestas de vigilancia popular con enfoque interseccional. Se concluye que el fortalecimiento de la vigilancia en territorios vulnerables depende de una gestión integrada, educación permanente, intersectorialidad y gobernanza ética de la información. Se sugiere realizar investigaciones empíricas participativas que profundicen la comprensión de las prácticas locales de vigilancia y sus impactos en la vida de las comunidades.

Palabras clave: Determinantes sociales. Territorio. Vigilancia en salud.

INTRODUÇÃO

A vigilância em saúde constitui eixo estruturante do Sistema Único de Saúde, responsável por articular ações de promoção, prevenção e controle de agravos a partir da análise permanente das condições de vida da população. Nos territórios marcados por vulnerabilidades sociais, econômicas e ambientais, essa função assume caráter ainda mais estratégico, pois os processos de adoecimento estão diretamente relacionados a determinantes como pobreza, precarização do trabalho, insegurança alimentar e fragilidade do acesso a políticas públicas. A Política Nacional de Atenção Básica reafirma que o cuidado deve ser orientado pelas necessidades do território e pela integralidade das ações, exigindo forte integração entre atenção primária e vigilância (Brasil, 2017). Contudo, a materialização desse princípio enfrenta entraves operacionais e de gestão que limitam a capacidade de resposta do SUS.

A compreensão do território como espaço vivo, dinâmico e produtor de saúde é fundamental para a organização das práticas de vigilância. O processo de territorialização permite identificar riscos, potencialidades e redes de apoio existentes nas comunidades, subsidiando intervenções mais coerentes com a realidade local (Brasil, 2013). Entretanto, em áreas periféricas, favelas e regiões rurais isoladas, a produção de informações é frequentemente fragmentada, dificultando o planejamento de ações contínuas. Estudos recentes apontam que a ausência de dados oportunos e qualificados compromete a tomada de decisão e a antecipação de eventos de relevância epidemiológica (Villela; Gomes, 2022).

Os determinantes sociais da saúde influenciam de forma decisiva o perfil de morbimortalidade e a capacidade de acesso aos serviços. A literatura evidencia que populações em situação de rua, população negra e outros grupos historicamente excluídos apresentam maior exposição a doenças evitáveis e barreiras institucionais ao cuidado (Brasil, 2009; Brasil, 2011). Tais desigualdades exigem políticas intersetoriais e estratégias de vigilância sensíveis às interseccionalidades, incorporando dimensões culturais, raciais e territoriais na análise dos riscos (Coradin *et al.*, 2024). Sem essa abordagem ampliada, as ações tendem a reproduzir invisibilidades e a reforçar ciclos de exclusão.

A integração entre atenção básica e vigilância em saúde é apontada como caminho para superar a fragmentação do modelo assistencial. Documentos ministeriais defendem que agentes comunitários, equipes de saúde da família e núcleos de vigilância atuem de forma compartilhada na identificação de agravos e no acompanhamento de grupos prioritários (Brasil, 2014; Brasil, 2016). Todavia, investigações demonstram que persistem lacunas de formação profissional e de

comunicação entre os setores, resultando em práticas pouco articuladas (Ivancko, 2022). Essa desarticulação torna-se crítica em contextos de violência urbana e presença do tráfico, nos quais a governança informal interfere no acesso das equipes aos domicílios (Fernandes *et al.*, 2023).

Os desafios estruturais também se expressam na insuficiência de recursos humanos, na precariedade dos vínculos de trabalho e na rotatividade das equipes. A revisão sobre o processo de trabalho na vigilância revelou sobrecarga de atividades, baixa utilização de tecnologias de informação e carência de protocolos integrados (Silva *et al.*, 2021). Tais fatores reduzem a capacidade de monitoramento contínuo e de resposta rápida a surtos, como observado durante a pandemia de COVID-19, quando iniciativas comunitárias precisaram suprir ausências do Estado (Mendonça *et al.*, 2023).

Determinados agravos evidenciam de forma contundente a relação entre vulnerabilidade e desfechos em saúde. A tuberculose, por exemplo, mantém elevada incidência em populações empobrecidas, associando-se a piores resultados terapêuticos e abandono do tratamento (Macedo *et al.*, 2021). A vigilância desses eventos demanda ações que extrapolem o setor saúde, envolvendo políticas de habitação, proteção social e geração de renda, conforme orienta a Política Nacional de Promoção da Saúde (Brasil, 2015). Sem essa articulação, as intervenções permanecem centradas no indivíduo e pouco efetivas sobre as causas estruturais.

4

Outro aspecto emergente refere-se às novas formas de produção e circulação de dados em ambientes digitais. A ampliação do uso de tecnologias traz oportunidades para o monitoramento em tempo real, mas também suscita dilemas éticos relacionados à privacidade e à proteção de informações sensíveis (Moreira *et al.*, 2023). Em territórios vulneráveis, onde o controle social é frágil, tais riscos podem aprofundar estigmas e práticas discriminatórias, exigindo marcos regulatórios e participação comunitária na governança dos sistemas informacionais.

A literatura de revisão integrativa destaca que a vigilância em saúde enfrenta interfaces complexas com a gestão municipal, financiamento instável e indefinição de competências entre as esferas federativas (Porto *et al.*, 2021). Teixeira (2022) assinala que o momento atual impõe repensar modelos excessivamente burocráticos, substituindo-os por arranjos mais territoriais e participativos. Essa mudança requer investimento em educação permanente, fortalecimento da Estratégia Saúde da Família e ampliação dos mecanismos de participação social, conforme preconizam as diretrizes para atenção em contextos de vulnerabilidade (Brasil, 2014).

Diante desse cenário, torna-se evidente que a efetividade da vigilância em saúde depende da capacidade de reconhecer as múltiplas determinações do processo saúde-doença e de

transformar informações em ações concretas no território. Persistem, contudo, desafios operacionais, estruturais e de gestão que limitam a integração entre políticas, a produção de dados qualificados e o alcance das populações mais expostas. Este trabalho tem como objetivo analisar os desafios da vigilância em saúde em territórios vulneráveis, enfatizando os aspectos operacionais, estruturais e de gestão que interferem na organização das ações e na garantia do cuidado integral à população, contribuindo para o debate sobre estratégias de fortalecimento do SUS e de redução das desigualdades em saúde.

MÉTODOS

A pesquisa caracteriza-se como estudo de revisão narrativa da literatura, de abordagem qualitativa e natureza descritiva, destinada a sistematizar e analisar produções científicas relacionadas à vigilância em saúde em territórios vulneráveis, com ênfase nos desafios operacionais, estruturais e de gestão. Optou-se por esse delineamento por possibilitar interpretação ampliada do fenômeno investigado, integrando evidências teóricas e empíricas provenientes de diferentes contextos e desenhos metodológicos.

A busca bibliográfica foi realizada em bases de dados nacionais e internacionais de relevância para a área da saúde coletiva, tais como Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), SciELO, LILACS, PubMed e Portal de Periódicos CAPES, além de documentos oficiais do Ministério da Saúde. Para a estratégia de busca foram utilizados descritores controlados dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e do Medical Subject Headings (MeSH), combinados por operadores booleanos, destacando-se: “vigilância em saúde”, “territórios vulneráveis”, “determinantes sociais da saúde”, “atenção primária à saúde”, “gestão em saúde”, “populações vulneráveis”, “territorialização”, “iniquidades em saúde” e “integração vigilância e atenção básica”. As combinações incluíram expressões como: vigilância em saúde AND territórios vulneráveis; atenção primária AND vigilância; determinantes sociais AND gestão em saúde.

Foram definidos como critérios de inclusão: artigos científicos, dissertações, teses e documentos técnicos publicados entre 2021 e 2026; textos disponíveis na íntegra e de acesso gratuito; produções nos idiomas português, inglês ou espanhol; estudos que abordassem diretamente a organização da vigilância em saúde em contextos de vulnerabilidade social, seus desafios de gestão, integração com a Atenção Primária e impactos sobre populações específicas. Também foram incluídas políticas e manuais do Ministério da Saúde por constituírem referência normativa para o tema.

Como critérios de exclusão, estabeleceram-se: publicações duplicadas nas bases consultadas; estudos que tratassem exclusivamente de aspectos clínicos sem interface com a vigilância; trabalhos voltados a contextos internacionais sem possibilidade de diálogo com a realidade brasileira; resumos, editoriais, cartas ao editor e relatos de experiência sem fundamentação metodológica consistente; além de materiais que não contemplassem o recorte temático proposto.

O processo de seleção ocorreu em três etapas: leitura dos títulos, análise dos resumos e leitura integral dos textos potencialmente elegíveis. Após a triagem, os estudos foram organizados em matriz analítica contendo autor, ano, objetivo, método e principais resultados, permitindo a identificação de categorias temáticas relacionadas a: organização do trabalho da vigilância, integração com a Estratégia Saúde da Família, produção de informações, participação social e barreiras estruturais.

A análise dos dados seguiu a técnica de análise temática, possibilitando a síntese interpretativa das evidências e o diálogo crítico com o referencial das políticas públicas de saúde. Buscou-se garantir rigor metodológico por meio da rastreabilidade das fontes, da coerência entre problema, objetivos e resultados e da explicitação dos procedimentos adotados, de modo a oferecer base consistente para a discussão dos desafios da vigilância em saúde em territórios marcados por vulnerabilidades.

RESULTADOS

A análise das produções selecionadas evidenciou que a vigilância em saúde em territórios vulneráveis configura-se como campo marcado por tensões entre diretrizes normativas consolidadas e condições concretas de implementação. A Política Nacional de Atenção Básica estabelece que o cuidado deve ser orientado pelo território e pela identificação dos determinantes sociais, integrando ações assistenciais e de vigilância (Brasil, 2017). Entretanto, os estudos demonstram que essa integração ainda ocorre de forma desigual, com predomínio de práticas fragmentadas e centradas em demandas imediatas (Porto *et al.*, 2021).

Os documentos ministeriais apontam que a territorialização constitui base para o planejamento das ações, permitindo reconhecer riscos, vulnerabilidades e redes de apoio comunitário (Brasil, 2013). Todavia, investigações empíricas revelam que, em muitos municípios, esse processo é reduzido a mapeamentos administrativos pouco sensíveis às dinâmicas sociais (Silva *et al.*, 2021). A ausência de sistemas de informação interoperáveis

dificulta a produção de indicadores locais e limita a capacidade de vigilância oportuna (Villela; Gomes, 2022).

No que se refere aos desafios operacionais, destaca-se a frágil articulação entre atenção básica e vigilância em saúde. Apesar das orientações para atuação integrada (Brasil, 2014; Brasil, 2016), persistem fluxos paralelos de trabalho, com baixa comunicação entre equipes e indefinição de responsabilidades (Ivancko, 2022). A formação profissional insuficiente em análise territorial e determinantes sociais contribui para ações predominantemente reativas, centradas na notificação de agravos e não na prevenção (Teixeira, 2022).

Os territórios marcados por violência urbana e pobreza extrema impõem barreiras adicionais. Estudos realizados em favelas do Rio de Janeiro e em outras periferias evidenciam que o controle territorial por grupos armados interfere no acesso das equipes, produzindo invisibilidades e sofrimento mental (Costa; Baptista; Cunha, 2022). Em cenários semelhantes, a presença do tráfico condiciona a governança local e exige mediações informais para a realização de visitas domiciliares (Fernandes *et al.*, 2023).

Quanto às populações específicas, observa-se maior carga de adoecimento entre pessoas em situação de rua e população negra, grupos contemplados por políticas nacionais próprias (Brasil, 2009; Brasil, 2011). A literatura demonstra que tais populações enfrentam barreiras institucionais, discriminação e menor acesso a serviços, resultando em piores desfechos, como evidenciado nos casos de tuberculose (Macedo *et al.*, 2021). Esses achados reforçam a centralidade dos determinantes sociais da saúde (Brasil, 2011).

Experiências de participação comunitária emergem como potencialidades. Iniciativas de apoio social durante a pandemia revelaram a importância da Estratégia Saúde da Família como articuladora de redes solidárias (Mendonça *et al.*, 2023). Coradin *et al.* (2024) defendem a perspectiva de “corpos-territórios”, na qual a vigilância incorpora saberes populares e abordagem interseccional, ampliando a legitimidade das ações.

Também foram identificados desafios éticos relacionados ao uso de tecnologias digitais. A ampliação da coleta de dados pode qualificar o monitoramento, mas suscita riscos à privacidade e ao estigma de grupos vulneráveis (Moreira *et al.*, 2023). Assim, a governança da informação aparece como dimensão estratégica da gestão contemporânea da vigilância.

Quadro 1 – Desafios operacionais e estruturais da vigilância em saúde

Dimensão	Principais evidências encontradas
Integração APS–Vigilância	Fluxos frágeis de comunicação, ações paralelas e ausência de planejamento conjunto
Informação em saúde	Sistemas pouco integrados, subnotificação e baixa utilização dos dados para decisão
Recursos humanos	Déficit de profissionais, rotatividade e formação insuficiente em vigilância
Acesso ao território	Barreiras impostas pela violência e por condições geográficas adversas
Intersetorialidade	Articulação limitada com assistência social, educação e habitação

Fonte: Autoria própria (2026)

A análise também revelou estratégias de enfrentamento recomendadas pelas políticas públicas. A integração entre atenção básica e vigilância é apresentada como eixo estruturante para reorganizar o modelo assistencial (Brasil, 2014). A promoção da saúde e a intersetorialidade são apontadas como caminhos para incidir sobre causas estruturais do adoecimento (Brasil, 2015).

8

Quadro 2 – Estratégias para fortalecimento da vigilância em territórios vulneráveis

Eixo estratégico	Contribuições descritas
Educação permanente	Capacitação em análise territorial, determinantes sociais e abordagem interseccional
Gestão integrada	Planos locais unificados entre vigilância e atenção básica
Participação social	Inclusão de lideranças e movimentos na produção de informações
Intersetorialidade	Ações conjuntas com políticas de proteção social e direitos humanos
Tecnologias de informação	Sistemas interoperáveis e uso de dados em tempo oportuno

Fonte: Autoria própria (2026)

De forma geral, os resultados indicam que a vigilância em saúde nos territórios vulneráveis permanece tensionada entre avanços normativos e limitações estruturais. A efetividade das ações depende da capacidade de transformar informações em intervenções territorializadas, superar a fragmentação institucional e enfrentar desigualdades históricas. As

evidências reforçam que o fortalecimento do SUS requer gestão participativa, financiamento adequado e reconhecimento dos sujeitos e de seus contextos como centro das práticas de vigilância.

DISCUSSÃO

Os achados analisados evidenciam que a vigilância em saúde nos territórios vulneráveis permanece tensionada entre os avanços normativos do SUS e as limitações concretas de implementação. Brasil (2017), ao instituir a Política Nacional de Atenção Básica, reafirma que o cuidado deve ser orientado pelas necessidades do território e pela integração entre ações assistenciais e de vigilância. Contudo, conforme problematiza Teixeira (2022), a transição de um modelo burocrático para um modelo territorializado ainda não se consolidou, mantendo-se práticas centradas na notificação de agravos e pouco voltadas à intervenção sobre determinantes sociais.

A perspectiva dos determinantes sociais da saúde, discutida por Brasil (2011), oferece base teórica para compreender por que determinados grupos concentram maior carga de adoecimento. Essa compreensão, entretanto, nem sempre se traduz em práticas institucionais. Silva *et al.* (2021) demonstram que o processo de trabalho da vigilância é marcado por sobrecarga, fragmentação e baixa utilização dos dados para planejamento, o que limita a capacidade de enfrentar desigualdades estruturais. Tal constatação dialoga com Porto *et al.* (2021), que descrevem interfaces frágeis entre vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental.

A territorialização, apontada por Brasil (2013) como ferramenta central, aparece nos estudos como processo frequentemente esvaziado de conteúdo político. Para Costa, Baptista e Cunha (2022), os territórios vulnerabilizados, especialmente favelas urbanas, são atravessados por dinâmicas de violência e sofrimento mental que raramente são incorporadas às análises institucionais. Nessa direção, Fernandes *et al.* (2023) evidenciam que a governança informal do tráfico condiciona o acesso das equipes e redefine prioridades, produzindo zonas de invisibilidade que desafiam os princípios de universalidade.

A integração entre atenção básica e vigilância, defendida por Brasil (2014; 2016), constitui consenso normativo, mas não realidade homogênea. Ivancko (2022) observa que profissionais da Estratégia Saúde da Família apresentam conhecimento limitado sobre os diferentes campos da vigilância, o que dificulta ações articuladas. Essa lacuna formativa reforça o diagnóstico de Teixeira (2022) sobre a necessidade de educação permanente orientada pelos problemas reais do território.

No tocante às populações específicas, as políticas voltadas à população negra e às pessoas em situação de rua (Brasil, 2009; 2011) reconhecem o caráter estrutural do racismo e da exclusão social. Entretanto, Macedo *et al.* (2021) demonstram que tais grupos continuam apresentando piores desfechos em doenças como a tuberculose, indicando que o reconhecimento normativo não tem sido suficiente para alterar práticas institucionais. Essa contradição revela, conforme Brasil (2014), a urgência de estratégias intersetoriais capazes de articular saúde, assistência social e direitos humanos.

Experiências de participação comunitária emergem como contraponto às fragilidades estatais. Mendonça *et al.* (2023) destacam que, durante a pandemia, iniciativas locais apoiadas pela ESF ampliaram a proteção social em territórios periféricos. Na mesma direção, Coradin *et al.* (2024) propõem a noção de vigilância popular, na qual os “corpos-territórios” produzem conhecimento sobre riscos e violências, tensionando modelos tecnocráticos. Essa abordagem dialoga com a Política Nacional de Promoção da Saúde, que para Brasil (2015) deve valorizar participação e autonomia.

Outro ponto crítico refere-se à governança da informação. Villela e Gomes (2022) demonstram que a falta de dados oportunos compromete a capacidade de antecipar eventos epidemiológicos. Com a expansão das tecnologias digitais, Moreira *et al.* (2023) alertam para riscos à privacidade e ao estigma, especialmente quando se trata de populações vulneráveis. Tal dilema impõe, segundo Teixeira (2022), a construção de marcos éticos que conciliem monitoramento e direitos.

10

A discussão evidencia que os desafios da vigilância não são apenas técnicos, mas políticos. Brasil (2011) já apontava que as iniquidades resultam de processos históricos de exclusão, exigindo respostas que extrapolem o setor saúde. Contudo, como argumentam Porto *et al.* (2021), a gestão municipal ainda opera com recursos escassos e financiamento instável, o que limita a implementação das diretrizes. A análise de Silva *et al.* (2021) reforça que a precarização do trabalho fragiliza vínculos com a comunidade e reduz a continuidade das ações.

Diante desse cenário, a integração proposta por Brasil (2014; 2016) precisa ser compreendida como projeto político-organizativo e não apenas arranjo administrativo. Teixeira (2022) sustenta que o fortalecimento da vigilância depende de descentralização decisória e valorização do conhecimento local. Essa perspectiva converge com Coradin *et al.* (2024), para quem a produção de saúde deve reconhecer saberes situados e interseccionais.

Em síntese, a literatura analisada indica que a vigilância em saúde nos territórios vulneráveis enfrenta três nós críticos: a fragmentação institucional, a insuficiência de

informação qualificada e as barreiras impostas pelas desigualdades sociais. As políticas nacionais oferecem arcabouço robusto, como enfatiza Brasil (2017), mas sua efetividade depende de condições materiais e participação social. Conforme alertam Costa, Baptista e Cunha (2022), ignorar as dinâmicas reais dos territórios significa reproduzir invisibilidades.

Assim, o debate contemporâneo aponta para a necessidade de reconstruir a vigilância como prática territorial, intersetorial e democrática. A articulação entre Estado e comunidades, defendida por Mendonça *et al.* (2023) e Coradin *et al.* (2024), apresenta-se como caminho para transformar informações em cuidado. Somente com essa inflexão será possível concretizar o que Brasil (2015) define como promoção da saúde: ampliação de direitos e redução das iniquidades que marcam os territórios vulneráveis.

CONCLUSÃO

A análise desenvolvida ao longo deste estudo permitiu evidenciar que a vigilância em saúde nos territórios vulneráveis constitui campo estratégico para a efetivação dos princípios do Sistema Único de Saúde, especialmente no que se refere à equidade e à integralidade do cuidado. Verificou-se que, embora exista arcabouço normativo consistente orientando a integração entre atenção básica e vigilância, persistem distâncias significativas entre as diretrizes oficiais e a realidade cotidiana dos serviços. Tais distâncias são produzidas por limitações estruturais, fragilidades na gestão e pela complexidade social dos territórios marcados por pobreza, violência e exclusões históricas.

11

Constatou-se que a territorialização e o reconhecimento dos determinantes sociais da saúde representam fundamentos indispensáveis para a organização das ações, contudo ainda são operacionalizados de forma incipiente em muitos contextos. A produção de informações pouco sensíveis às dinâmicas locais, associada à fragmentação entre setores da vigilância, compromete o planejamento e reduz a capacidade de resposta oportuna aos agravos. Desse modo, reafirma-se a necessidade de fortalecer processos de trabalho baseados na análise crítica do território e na participação ativa das comunidades.

Outro aspecto relevante refere-se ao papel central dos profissionais da Atenção Primária, especialmente das equipes da Estratégia Saúde da Família, como mediadores entre políticas públicas e necessidades concretas da população. A qualificação permanente desses trabalhadores, aliada à melhoria das condições de trabalho e à estabilidade das equipes, mostrou-se condição essencial para que a vigilância ultrapasse o caráter meramente burocrático e assuma

função transformadora. Sem investimento em pessoas e em gestão democrática, as políticas tendem a produzir resultados limitados.

Evidenciou-se também que as populações em situação de maior vulnerabilidade – como população negra, pessoas em situação de rua e moradores de periferias – continuam experimentando barreiras de acesso e piores desfechos em saúde. Tal realidade demonstra que a vigilância precisa dialogar com outras políticas sociais e com abordagens interseccionais, reconhecendo que o processo saúde-doença é atravessado por desigualdades estruturais. A incorporação de práticas de vigilância popular e de mecanismos de controle social apresenta-se como caminho promissor para ampliar a legitimidade e a efetividade das ações.

Como sugestão para pesquisas futuras, recomenda-se a realização de estudo empírico de abordagem qualitativa e participativa, que investigue como usuários, agentes comunitários e gestores locais constroem cotidianamente as práticas de vigilância em um território vulnerável específico, analisando impactos da violência, do racismo estrutural e das redes comunitárias sobre o acesso às ações do SUS. Tal investigação poderá contribuir para a elaboração de modelos de vigilância mais sensíveis às realidades locais e orientados pela garantia do direito à saúde.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção à saúde em contextos de vulnerabilidade social. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Determinantes sociais da saúde: conceitos e aplicações. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Guia para organização da vigilância em saúde na Atenção Primária. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Integração entre atenção básica e vigilância em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional para a População em Situação de Rua. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

9. BRASIL. Ministério da Saúde. Territorialização em saúde: conceitos e práticas para a vigilância. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
10. CORADIN, C. *et al.* Corpos-territórios e interseccionalidades: contribuições para uma vigilância popular em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 29, n. 7, 2024.
11. COSTA, V. C.; BAPTISTA, T. W. de F.; CUNHA, M. B. da. O SUS em territórios vulnerabilizados: reflexões sobre violência, sofrimento mental e invisibilidades nas favelas do Rio de Janeiro. *Saúde em Debate*, v. 46, n. 135, p. 974-986, 2022.
12. FERNANDES, A. D. S. A. *et al.* Atenção Básica em Saúde em um cenário de vulnerabilidade: produção de saúde e governança informal do tráfico. *Estudos Avançados*, v. 37, n. 109, p. 71-88, 2023.
13. IVANCKO, G. M. Estratégia saúde da família e vigilância em saúde: conhecimento de médicos de família e comunidade sobre vigilância sanitária, vigilância em saúde ambiental e vigilância em saúde do trabalhador. 2022. 23 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Saúde Coletiva) – Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2022.
14. MACEDO, L. R. *et al.* Populações vulneráveis e o desfecho dos casos de tuberculose no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, n. 10, p. 4749-4759, 2021.
15. MENDONÇA, M. H. M.. Iniciativas da sociedade e comunidades no apoio social a grupos vulneráveis no território: papel da ESF na pandemia. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 28, n. 12, p. 3519-3531, 2023.
16. MOREIRA, A. L. D. *et al.* Vigilância e privacidade no ambiente digital. *RDBCI: Revista Digital de Biblioteconomia e Ciência da Informação*, v. 21, 2023.
17. PORTO, A. H. R. *et al.* Atuação, desafios e interfaces da vigilância em saúde: uma revisão integrativa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 13, n. 4, 2021.
18. SILVA, C. M. S. C. da *et al.* Processo de trabalho na vigilância em saúde no Brasil: uma scoping review. *Cadernos Saúde Coletiva*, v. 29, n. 4, p. 604-615, 2021.
19. TEIXEIRA, C. F. de S. Desafios da Vigilância em Saúde no momento atual. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 31, n. 2, 2022.
20. VILLELA, D. A. M.; GOMES, M. F. da C. O impacto da disponibilidade de dados e informação oportuna para a vigilância epidemiológica. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 38, n. 7, 2022.