



Revista da Escola de Enfermagem da USP

ISSN: 0080-6234

reeusp@usp.br

Universidade de São Paulo
Brasil

Saldanha Faria, Liliam; Bertolozzi, Maria Rita

A vigilância na Atenção Básica à Saúde: perspectivas para o alcance da Vigilância à Saúde

Revista da Escola de Enfermagem da USP, vol. 44, núm. 3, septiembre, 2010, pp. 789-795

Universidade de São Paulo
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361033305033>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

A vigilância na Atenção Básica à Saúde: perspectivas para o alcance da Vigilância à Saúde*

THE SURVEILLANCE IN HEALTH BASIC: PERSPECTIVES TO REACH THE SURVEILLANCE IN HEALTH

LA VIGILANCIA EN LA ATENCIÓN BÁSICA A LA SALUD: PERSPECTIVAS PARA EL ALCANCE DE LA VIGILANCIA EN SALUD

Liliam Saldanha Faria¹, Maria Rita Bertolozzi²

RESUMO

A Vigilância à Saúde é Modelo Assistencial com potencial para a reorganização dos processos de trabalho. O estudo objetivou identificar e analisar a estruturação das práticas de vigilância na Atenção Básica, em um território do Município de São Paulo. Foram entrevistados 14 sujeitos, de fevereiro a abril de 2006: gerentes e trabalhadores da saúde que atuavam junto à vigilância epidemiológica. Sob o marco da determinação social da saúde-doença, e da concepção materialista de processo de trabalho, verificou-se que o trabalho cotidiano se apresentou fragmentado. Foram identificados como limitantes para a implementação da vigilância à saúde, a precariedade da infra-estrutura, a falta de qualificação profissional apropriada, de incentivo político-gerencial e de participação da população. Conclui-se, mesmo diante de tal situação que, no nível local, há potencial para transformar a organização do trabalho em saúde e atender as necessidades de saúde da população, através da operacionalização Vigilância à Saúde.

DESCRIPTORES

Vigilância da população.
Atenção Primária à Saúde.
Vigilância epidemiológica.

ABSTRACT

The Surveillance in Health is constituted as an Assistance Model with potential to reorganize the working processes. This study was developed to identify and analyze surveillance practices in the Primary Health Care field, in a region of São Paulo City-Brazil. Interviews were performed with 14 individual, from February to April 2006: health workers and administrators who had been operating in the Epidemiologic Surveillance area of health basic units. The speeches were analyzed based on the social theory of the health-disease process and by the materialistic interpretation of the labor process. It was verified that their work was fragmented. The precariousness of the working structure, the lack of professional qualification and of management-political support, besides the lack of participation from the population were all identified as barriers that limit health surveillance practices. It was concluded that, in a local level, there is a potential to change the organization of the working process in health and meet the health needs of the population through a Health Surveillance Model.

KEY WORDS

Population surveillance.
Primary Health Care.
Epidemiologic surveillance.

RESUMEN

La Vigilancia en Salud se constituye como un Modelo Asistencial con potencialidad para la reorganización de los procesos de trabajo. Este estudio tuvo como objetivo identificar y analizar la estructura de las acciones de vigilancia en la Atención Básica de Salud en una determinada región de salud de la Municipalidad de São Paulo-Brazil. Fueron entrevistados 14 profesionales de salud, incluyendo gerentes y trabajadores de la vigilancia epidemiológica. Las entrevistas fueron analizadas con base en el marco de la interpretación social de la salud-enfermedad y de la concepción materialista del proceso de trabajo. Se ha verificado que el trabajo se presentó fragmentado. Se ha verificado limitaciones para la implementación de la vigilancia en salud: la precariedad del trabajo en términos de logística, la falta de formación profesional apropiada, y la falta de incentivo político-gerencial y de la participación de la población para operar en las acciones de vigilancia en el sentido ampliado. Se concluye que, en nivel local, hay fortalezas para transformar la organización del trabajo en el contexto de la salud, a través del Modelo de la Vigilancia en Salud.

DESCRIPTORES

Vigilancia de la población.
Atención Primaria de Salud.
Vigilancia epidemiológica.

* Extraído da dissertação "As práticas de vigilância na Supervisão Técnica de Saúde do Butantã - São Paulo: perspectivas para o alcance da Vigilância à Saúde", Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2007. ¹ Enfermeira. Mestre em Enfermagem pelo Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. liliamsf@usp.br ² Enfermeira. Professora Livre-Docente do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. mrbertol@usp.br

INTRODUÇÃO

No Brasil, a proposta da Vigilância à Saúde começou a ser elaborada e discutida no início da década de 90, durante o processo de construção e implantação do Sistema Único de Saúde. Essa construção foi motivada pela necessidade de ampliação das ações de vigilância epidemiológica, no sentido de contemplar as condições de vida em sua amplitude, uma vez que tais ações sempre estiveram voltadas para o controle do agente etiológico e do meio ambiente⁽¹⁾. Estas, sem dúvida, são de grande importância para romper a cadeia de transmissão das enfermidades, mas são restritas e, em geral, são focais e de baixa efetividade, por não alcançarem os determinantes dos agravos⁽²⁾. Além disso, a necessidade de reorganização dos serviços de saúde, no sentido de responder às demandas da população tem impulsionado amplo debate sobre a Vigilância à Saúde, de forma tal que muitas são as interpretações subjacentes ao termo. Ademais, verifica-se, na literatura, polissemia que abrange: vigilância à saúde; vigilância em saúde; vigilância em saúde pública e vigilância da saúde. De qualquer forma, todos esses termos carregam, na prática, um eixo comum: estruturado na epidemiologia e na informação em saúde.

Ao longo da década de 90 até a atualidade, apresenta-se variada produção científica acerca da Vigilância à Saúde que, progressivamente, amplia e redefine o objeto da Vigilância Epidemiológica, chegando-se à conformação de um novo modelo de atenção à saúde, lastreado na concepção social da saúde-doença.

Em decorrência dessa variedade de acepções e de práticas, desenvolveu-se estudo, cuja parcela aqui apresentada, com trabalhadores de uma Coordenadoria de Saúde do Município de São Paulo, buscando-se compreender os significados sobre a vigilância à saúde.

REVISÃO DA LITERATURA

A revisão da literatura, a respeito da temática sobre a vigilância, evidenciou, sumariamente, três principais noções de Vigilância à Saúde, que balizam práticas, especificam instrumentos e meios e propõem reflexões sobre as potencialidades de tal modelo⁽³⁾, as quais são apresentadas a seguir.

O primeiro recorte da Vigilância à Saúde refere-se à proposta de integração entre a vigilância epidemiológica e a vigilância sanitária e visando superar a fragmentação das ações no âmbito mais local do sistema de saúde (municipal, por exemplo)⁽⁴⁾. Mais recentemente, essa proposição parece transcender o âmbito da vigilância epidemiológica e sanitária, organizando-se a partir da integração coordena-

nada entre as áreas de vigilância ambiental, de saúde do trabalhador e de zoonoses, com o objetivo final de contribuir para a prevenção de agravos e a promoção da saúde. Fruto dessa proposta foi a instituição, no Município de São Paulo, da *Coordenadoria de Vigilância em Saúde*⁽⁵⁻⁶⁾.

A segunda perspectiva de abordagem revela a ampliação do objeto da vigilância epidemiológica, ao não se limitar às enfermidades de notificação compulsória, mas propor a análise de situações de saúde de grupos populacionais, considerando-se suas condições de vida⁽⁷⁾.

A terceira vertente refere-se mais propriamente ao que, convencionalmente, tem se denominado como Vigilância à Saúde. Nesta, a Vigilância à Saúde é proposta como instrumento para a transformação dos determinantes de saúde e doença, sendo referenciada pelo conceito de território, pela intervenção sobre problemas, pela intersectorialidade, pela participação da população e pela promoção da saúde. Em tal vertente, a Vigilância à Saúde opera com base em sistemas geográficos de informação, a partir da microlocalização de problemas e visa o planejamento local em saúde⁽⁸⁾. Para tanto, está centrada nos pilares: território, participação popular e intersectorialidade e incorpora o conceito de processo de trabalho em saúde. Assim, a Vigilância à Saúde constitui-se em modelo assistencial destinado a superar a dicotomia entre as práticas coletivas e individuais, e que tem como objeto, os modos de vida dos diferentes grupos sociais e as diversas expressões do processo saúde-doença. Esse modelo apresenta como principais marcas: a intervenção sobre problemas de saúde nas várias fases do processo saúde-doença; a ênfase em problemas que requerem atenção e acompanhamento contínuos; a operacionalização do conceito de risco; a articulação entre as ações promocionais, preventivas e curativas; a atuação intersectorial e as ações sobre o território⁽⁹⁾.

De qualquer forma, mesmo que algumas vezes não explicitamente, as três vertentes possibilitam evidenciar algumas potencialidades da Vigilância à Saúde, que estão postas em suas proposições:

Monitoramento de condições de vida e saúde

Ou seja, a construção de um sistema de vigilância de doenças e agravos transmissíveis e não-transmissíveis; a produção e a divulgação de informações epidemiológicas sobre tais eventos; assim como as formas de prevenção, relacionadas à rede de promoção da saúde. Para tanto, requer-se a articulação com a assistência⁽¹⁰⁾ e considera-se que as informações só podem contribuir para a conformação de modelos de atenção se forem amplamente difundidas entre os profissionais de saúde e compartilhadas com a população⁽¹¹⁾.

Reorientação dos serviços de saúde na superação das desigualdades de cobertura, acesso e qualidade

Compreende a necessidade de transcender as ações burocráticas na resolução dos problemas de saúde, através da participação da população, do governo, de organizações civis e científicas. Assim, a construção de Redes de Vigilância⁽¹²⁾ pode ser útil no apoio ao desenvolvimento de ações solidárias de conhecimento, detecção e prevenção de epidemias numa perspectiva que acolha integralmente a idéia de ambiente aos sistemas social e coletivo. Com a participação da comunidade, as Redes de Vigilância podem proporcionar o controle social, e permitir a identificação de nós críticos que obstaculizam os fluxos comunicativos entre as instituições públicas e a sociedade civil. Nessa perspectiva, se destaca o potencial para a mobilização de diversos atores em diferentes instâncias, o que pode permitir maior eficácia e transparência aos programas epidemiológicos do Sistema Único de Saúde. Para tanto, considera-se essencial disponibilizar amplamente as informações e utilizar o instrumental da educação em saúde nos microambientes sociais.

Controle social da informação em saúde

A possibilidade da Vigilância à Saúde constituir-se como resposta social organizada é um dos principais aspectos dessa proposta, e se dá a partir do conhecimento acerca dos determinantes da saúde-doença dos grupos sociais, da distribuição desigual de agravos em saúde e do trabalho com grupos prioritários. Para tanto, aponta-se a necessidade de se intervir através de ações voltadas à inclusão social, ao fortalecimento da ação comunitária e à intersectorialidade, a fim de promover a saúde⁽¹³⁾. Tal potencial pode se explicitar na participação em atividades de controle social em relação às políticas e ações nas esferas econômica, social, política e cultural, no sentido da promoção da saúde⁽¹⁴⁾.

Explicitadas as vertentes e propostas sobre a operacionalização da Vigilância à Saúde, é necessário registrar que a revisão bibliográfica evidenciou escassez de estudos sobre as práticas de Vigilância à Saúde em serviços. Tal revisão integrou o período de 1990 a 2005, nas bases de dados LILACS, sob os descritores *vigilância da população* e *vigilância epidemiológica*. Em tal processo de análise, destaca-se a proposta de Vigilância à Saúde como um modelo assistencial⁽⁹⁾, que traz em pauta a reordenação dos processos de trabalho. Os autores concebem como seu objeto, os modos de vida de diferentes grupos populacionais, que determinam a expressão de diferentes processos saúde-doença. Como instrumentos ou meios de trabalho, concebem os métodos gerenciais para a operacionalização da Vigilância à Saúde. É importante ressaltar que essa proposta incorpora outros sujeitos no trabalho, como os gerentes de serviços, técnicos e representantes da população, o que difere das tradicionais práticas de vigilância epidemiológica e sanitária que, em geral, se atém aos profissionais de saúde.

Considerando as potencialidades da Vigilância à Saúde para contribuir para a redefinição das práticas de saúde propôs-se o estudo, que aqui apresenta parte de seus resultados, que teve como objetivo, analisar como se estruturaram as práticas de vigilância na atenção básica à saúde em uma determinada região de saúde do Município de São Paulo, através da apreensão das concepções de trabalhadores de saúde a respeito da Vigilância à Saúde, relacionando tais concepções e práticas ao horizonte teórico-conceitual da Vigilância à Saúde.

MÉTODO

Trata-se de estudo exploratório-descritivo e qualitativo, pautado no referencial teórico da Vigilância à Saúde.

Os equipamentos de saúde nos quais atuavam os sujeitos entrevistados no estudo foram: a Supervisão de Vigilância Epidemiológica e 6 Unidades Básicas de Saúde (UBS) da Coordenadoria Centro-Oeste da Secretaria de Saúde do Município de São Paulo.

Tendo em conta a totalidade de unidades básicas de saúde da região⁽¹⁴⁾, foi constituída amostra, levando-se em consideração a modalidade de assistência das unidades de saúde: Programa de Saúde da Família e Modelo Médico-Assistencial Privatista^(a), em quatro distritos administrativos que compunham a região de saúde do Butantã, sendo eles: Butantã, Raposo Tavares, Rio Pequeno e Vila Sônia. Com isso, buscou-se garantir os achados em cada uma das regiões de saúde, segundo modalidade de assistência da unidade básica de saúde. Além disso, foi incluída a Supervisão de Saúde do Butantã, dado que centralizava a coordenação das ações de vigilância epidemiológica na região. Ademais, tendo em vista a opção pela metodologia qualitativa, partiu-se do princípio da saturação/repetição das representações por ocasião da coleta dos depoimentos dos sujeitos⁽¹⁵⁾.

Entrevistaram-se, portanto, 14 trabalhadores de saúde, sendo 7 gerentes, entre os quais, 6 se responsabilizavam por Unidades Básicas de Saúde e um exercia a gerência da Supervisão Técnica de Vigilância Epidemiológica. Os demais 7 profissionais eram responsáveis pela vigilância epidemiológica nas mesmas Unidades Básicas de Saúde e foram indicados pelos gerentes para participarem das entrevistas.

As entrevistas foram realizadas de fevereiro a abril de 2006, respeitando-se os cuidados éticos, através do termo de consentimento livre e esclarecido e submissão do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Saúde do Município de São Paulo (045/05/2005).

^(a) O modelo Médico-Assistencial Privatista é essencialmente curativo, centrado no atendimento da demanda espontânea e não se restringe ao serviço privado⁽¹⁶⁾.

Os dados foram analisados segundo técnica de análise de discurso orientada pela Teoria Gerativa de Sentido de Greimás, que possibilita a apreensão de frases temáticas e a construção de categorias analíticas⁽¹⁶⁾. Os depoimentos foram decompostos, partindo-se da estrutura narrativa, mais concreta, caminhando-se em direção à estrutura mais profunda, que traduz a essência do discurso do sujeito. Foram privilegiadas a profundidade e a literalidade dos depoimentos dos sujeitos e tal operação foi realizada através de várias leituras destes, buscando-se os temas a eles subjacentes.

RESULTADOS

Os resultados se apresentam segundo as categorias analíticas: significados sobre a vigilância e significados sobre o trabalho realizado nessa área.

a) Concepções e ações de Vigilância

Ressalta-se primeiramente que, quando os sujeitos se referem ao termo vigilância, preponderou a menção à vigilância epidemiológica. A pergunta sobre o significado da vigilância fez suscitar impressões que, por um lado, remetem a ações coercitivas, relacionadas ao controle, ao ato de vigiar: [...] *policar, prevenir, tomar conta, estar atento, cuidar, conseguir encerrar casos novos*.

Da análise dos depoimentos, três grupos de significados sobre vigilância emergiram: aquele que se aproxima à *vigilância epidemiológica clássica*; outro, que integra significados que denotam uma conotação ampliada em relação à anteriormente mencionada, a qual denominar-se-á *vigilância ampliada*; e, outro, que se aproxima ao conceito de *Vigilância à Saúde*⁽⁸⁻⁹⁾.

A Vigilância à Saúde que mais se traduz na Vigilância Epidemiológica Clássica

A análise dos depoimentos revela tal noção quando os profissionais de saúde apontam que sua prática relativa à vigilância integra: o recebimento de notificações de doenças de notificação compulsória, realizar visita domiciliar, estabelecer medidas terapêuticas, sanitárias, além de outras que se referem à melhoria das condições de saúde, mas sempre no âmbito da multifatorialidade/multicausalidade. O termo vigilância revela ações que têm início na Unidade Básica de Saúde (UBS), com a assistência aos usuários que apresentam doenças de notificação compulsória. Nessa perspectiva, está orientada, focalmente, a conter a disseminação de tais enfermidades.

Uma perspectiva mais ampliada da Vigilância à Saúde

Essa concepção perfaz os significados que se referem ao controle de enfermidades e de situações de vulnerabilidade, por meio de ações que integram o cuidado (mais extensivo e profundo que a assistência) e intervenções pau-

tadas na prevenção das doenças. Ademais, as ações de vigilância centram-se na vigilância de agravos para além das enfermidades sob notificação compulsória, e incluem a informação sobre os agravos, e práticas educativas para fora da unidade de saúde. Exemplos de ações que evidenciam uma perspectiva mais ampliada da Vigilância à Saúde podem ser verificadas a seguir:

- Vigilância de faltosos em consultas de pré-natal; na saúde infantil (em especial em casos de desnutrição); e de adultos portadores de diabetes e/ou hipertensão descompensada;
- Seguimento de usuários que apresentam doenças crônico-degenerativas, através do acompanhamento de exames alterados: por exemplo, glicemia. O resultado de exame de Papanicolaou alterado também é objeto de vigilância no sentido *ampliado*;
- Acompanhamento do desenvolvimento de crianças que tenham apresentado Apgar baixo ao nascer ou no caso de prematuras;
- Acompanhamento de mães adolescentes e em casos de morte materna, além de acompanhamento de situações que envolvem violência doméstica;
- Monitoramento da vacinação de menores de 5 anos na UBS e nos equipamentos educativos da região;
- Informatização dos dados sobre agravos; sistematização de dados oriundos da assistência, para subsidiar a avaliação da qualidade do atendimento;
- Análise dos dados do SIAB, para o monitoramento da amamentação, do SIS-Prénatal e de pacientes internados em unidades hospitalares da região de abrangência da UBS;
- Registros sobre a assistência nos prontuários;
- Discussão de casos na equipe de saúde para planejar, em conjunto, as intervenções e encaminhamentos dos usuários atendidos;
- Intervenções focais na comunidade e junto aos equipamentos sociais da região (escola, creches, igrejas e junto à Subprefeitura) para a prevenção de doenças (a exemplo da dengue), por meio de atividades grupais e comunitárias, que incluem mutirões para a coleta de lixo, e ações de educação em saúde (sobre DST, novas vacinas introduzidas no calendário, dentre outras).

Assim, a partir do conteúdo das frases temáticas verifica-se que a *Vigilância Ampliada* incorpora outras dimensões do objeto da vigilância tradicional, para além das doenças transmissíveis, incluindo as enfermidades crônico-degenerativas e outros agravos. Integra, ainda, ações relacionadas ao seguimento dos usuários, incluindo a infraestrutura necessária, como a sistematização de informações, e debates sobre os casos. Integra, também ações educativas no âmbito extra-muros. Verifica-se, portanto, que tal noção de Vigilância ocorre com base em integração dos sujeitos no trabalho em equipe. Já não se coloca como a Vigilância Epidemiológica tradicional que, via de regra, se apresenta como área isolada no serviço, mas como uma possi-

bilidade de integrar ações que ampliem para além do efeito/resultado, orientando-se para a continuidade das ações, e para o monitoramento da situação de saúde dos usuários que procuram o serviço de saúde.

A Vigilância à Saúde como projeto e como prática

Quando os gerentes e trabalhadores da saúde referem-se à Vigilância à Saúde, verifica-se que incluem ações que integram as práticas de vigilância epidemiológica e sanitária, estendendo-se para ações de cunho coletivo. Os dados sobre saúde apóiam o planejamento em saúde, a operacionalização do acolhimento e a construção de alternativas para a melhoria da situação de saúde de forma partilhada com os usuários. Ademais, aponta-se para a necessidade de rede de suporte social e de ações intersetoriais. Opera com a seleção de indicadores de saúde, que apóiem o monitoramento da saúde/doença dos usuários e o estabelecimento de metas.

Outro aspecto a ser destacado é a associação mais evidente entre o processo saúde-doença e o social, como dimensão-âncora que determina tal processo; assim como a necessidade de conhecer o território e identificar os principais problemas que nele incidem, para a promoção da saúde, a prevenção das enfermidades/agraves e o planejamento das ações de saúde. Toma como substrato de análise, o modo e a qualidade de vida da população, requerendo da intersetorialidade. Ademais, a vigilância à saúde concretiza-se por meio de projetos de trabalho, que integram trabalhadores que atuam em equipe, a partir de informações que evidenciam os riscos e os problemas da região.

Conforme pode se verificar, parece concretizar-se, ainda que de forma incipiente, a superação do modelo clássico de Vigilância. As experiências que orientam tal superação, ainda que parciais, começam a incidir na transformação dos processos de trabalho em saúde, em uma parte das Unidades de Saúde, a partir da inserção de novos instrumentos de trabalho, da articulação entre os diferentes trabalhadores para realizar o monitoramento em situações específicas de saúde e da operacionalização de ações nos espaços extra-muros, para além da visita domiciliária.

A distinção entre a *Vigilância Ampliada* e a *Vigilância à Saúde*, é marcada pela capacidade desta última em orientar a organização do serviço assentada nos pilares: o conhecimento sobre as condições de vida e saúde da população residente no território adstrito à UBS, incluindo as características culturais, políticas, educacionais e de acesso da população ao serviço de saúde; a correlação entre as necessidades individuais e coletivas, entendendo-as como unidade dialética; a participação da população na detecção dos problemas e necessidades de saúde e no planejamento de estratégias de intervenção, que incluem a prevenção de doenças e a promoção da saúde; a intersetorialidade e o trabalho em equipe.

b) Concepções sobre a Organização do Trabalho

Os meios e instrumentos de trabalho utilizados nas ações de Vigilância integram: normas e informes técnicos, boletins epidemiológicos, resultados de exames alterados, programas assistenciais, visitas domiciliares, sistemas de informação em saúde como o SIAB, reuniões em equipe, além dos instrumentos que integram o planejamento, e o gerenciamento e as ações que operam a Vigilância Epidemiológica tradicional.

Apontou-se que os agentes do trabalho são diversos, mas, a enfermeira é quem, prioritariamente, assume a condução das ações de vigilância (nas visitas domiciliares e cobertura de foco, por exemplo), gerencia as ações de cunho administrativo e burocrático, além de supervisionar o trabalho e capacitar os agentes comunitários de saúde e auxiliares de enfermagem.

Os auxiliares de enfermagem executam, principalmente, ações no exterior da UBS: no domicílio e nos equipamentos sociais da área (creches, escolas). Os agentes comunitários de saúde, no entanto, pareceram apresentar atuação mais intensa no campo das ações educativas e na articulação das informações entre a equipe de saúde e os usuários dos serviços de saúde.

A participação dos médicos na vigilância está mais restrita ao atendimento nas consultas individuais. Por outro lado, nos locais onde se pratica a *Vigilância Ampliada*, os médicos participam de ações que resultam da assistência individual, ao realizarem o monitoramento de faltosos em consultas e em caso de exames alterados.

Quanto mais os profissionais de saúde conhecem e diferenciam os conceitos e substratos teóricos e operacionais, mais realizam o que neste artigo denomina-se como *Vigilância Ampliada*. Ademais, a liderança e a participação ativa do gerente da Unidade nas ações que integram a Vigilância, contribuem para melhorar a sua organização e para estimular o envolvimento de diferentes sujeitos no trabalho. Ou seja, demarca-se a importante participação do gerente para a qualificação do trabalho junto à Vigilância, e isto decorre, muito possivelmente porque este teria visão mais ampliada da totalidade do serviço.

Verificou-se, por outro lado, que a qualificação para o trabalho na Vigilância, entre os trabalhadores de saúde, não é suficiente para facilitar a compreensão sobre a finalidade do trabalho, assim como para propor e atuar de forma orientada à modificação da situação de saúde-doença, conforme preconiza a Vigilância à Saúde.

Ainda que em algumas Unidades Básicas de Saúde tenha-se verificado o trabalho em equipe, na maior parte delas este se realiza de forma parcelada, o que determina consequências nos resultados: ações focais, restritos aos eventos e com tendência de alienação do profissional de saúde quanto ao produto final do trabalho.

Quanto à articulação entre as bases teóricas e a prática da Vigilância à Saúde, na metade das unidades de saúde, os sujeitos do trabalho concebem, em tese, a Vigilância à Saúde, mas no serviço, as ações se limitam à Vigilância Epidemiológica tradicional. Destaca-se que os sujeitos que apresentam concepção mais ampla sobre a Vigilância atuavam em UBS dotadas da estratégia do Programa de Saúde da Família ou sob o Modelo de Ação Programática em Saúde. O maior distanciamento entre a concepção teórica e a execução das práticas parece ter se evidenciado nas UBS(s) cujo modelo é o tradicional ou Modelo Médico-Assistencial Privatista⁽⁹⁾.

DISCUSSÃO

Dentre a série de resultados encontrados no estudo, privilegiar-se-á a reflexão sobre algumas questões fundamentais para se alcançar a operacionalização da Vigilância à Saúde como modelo proposto⁽⁸⁻⁹⁾. Um delas refere-se à fragmentação do trabalho em saúde, evidenciada tanto na separação entre a concepção do trabalho e sua execução, como pelas ações isoladas entre os profissionais de saúde⁽¹⁷⁾. No trabalho parcelar, cada trabalhador opera sob a normatividade médica, tradicionalmente hegemônica. Como resultado, cada parcela é exercida autônoma e independentemente e as ações de saúde justapõem-se, de forma alienada⁽¹⁸⁾. Este é um dos aspectos fundamentais a serem repensados nas práticas que se pretendem voltadas à Vigilância à Saúde, já que a Vigilância à Saúde proposta como um modelo assistencial, traz em pauta a reordenação dos processos de trabalho, cujo objeto refere-se aos modos de vida dos diferentes grupos populacionais que expressam diferentes manifestações de saúde-doença⁽⁹⁾. Ou seja, tomar a análise das condições de saúde da população sob responsabilidade da Unidade de Saúde e implementar intervenções orientadas para a diminuição das vulnerabilidades e dos riscos deve ser ação continuada e exercida pela equipe de saúde, ainda que resguardados os saberes e as formas de trabalho específicas de cada um dos trabalhadores de saúde.

Os trabalhadores de saúde destacaram alguns pilares constitutivos da organização do trabalho. Estes se aproximam à concepção da Vigilância à Saúde⁽⁸⁻⁹⁾, ao incorporar a interpretação dos determinantes do processo saúde-doença, com base na Epidemiologia Crítica⁽¹⁹⁾, articulando-os em um esquema operacional que integra ações sociais organizadas por diferentes sujeitos, ações de prevenção de riscos e agravos, bem como outras, direcionadas à recuperação e reabilitação dos doentes.

A Vigilância em Saúde deve operar com base em sistemas geográficos de informação, a partir da localização particularizada de problemas, e subsidiar o planejamento em saúde no nível local⁽⁸⁾. Para tanto, o território constitui-se em elemento-chave, tratando-se de espaço pleno de vida,

de relações, de tensões, de interesses, de necessidades, de carecimentos. Para tanto, reiterando a afirmação dos entrevistados, em relação à informação em saúde, requer-se a reunião de dados demográficos, socioeconômicos, político-culturais, epidemiológicos e sanitários, dentre outros. Com estes, é possível identificar e analisar os problemas, os perfis epidemiológicos e as necessidades de saúde, para definir prioridades de monitoramento e de intervenções, com base na intersetorialidade, na integralidade e na equidade⁽³⁾. Considera-se, entretanto, que as informações só podem realmente contribuir para a conformação de modelos de atenção que visem a superação dos problemas de saúde, se forem amplamente difundidas entre os profissionais de saúde e compartilhadas com a população⁽¹¹⁾.

O SIAB pode ser considerado ferramenta para a composição de diagnóstico de saúde das microáreas sob responsabilidade das equipes de saúde da família, já que elenca alguns determinantes do processo saúde-doença, o que pode contribuir para o planejamento e avaliação das ações de saúde⁽²⁰⁾.

Outro aspecto importante em relação à concretização da Vigilância à Saúde e apontado pelos entrevistados, refere-se à participação da população. A dificuldade de mobilização dos usuários a favor da vigilância, no monitoramento e na melhoria da situação de saúde foi também relacionada à falta de informação da população, a respeito de seus direitos, assim como em relação às especificidades do SUS, incluindo as práticas de saúde e responsabilidades no âmbito da vigilância. Alguns gerentes defenderam a necessidade da sociedade civil exigir a atuação do governo para a resolução de problemas e da comunidade se mobilizar para a consecução de adequadas condições de vida, saúde e educação.

Ora, a superação da dicotomia entre as ações individuais e coletivas requer a incorporação de novos sujeitos, como a população organizada, e novas tecnologias, como a comunicação social, para estimular a mobilização e a organização de diferentes grupos na promoção e na advocacia da melhoria das condições de vida e de saúde, de forma a transcender os espaços institucionalizados dos serviços de saúde e envolver ações de órgãos governamentais e não governamentais⁽³⁾.

Por outro lado, a qualificação profissional foi identificada pelos entrevistados como uma das principais barreiras na implementação da Vigilância à Saúde, bem como para o aprimoramento das ações tradicionais de Vigilância Epidemiológica. Entende-se que este é um ponto crítico para se transformar as práticas de saúde, especialmente, em relação à Vigilância à Saúde, campo de práticas que conforma um novo modo de pensar e agir em saúde e que amplia as responsabilidades dos serviços de saúde, para além do controle de danos e riscos e considera os determinantes do processo saúde-doença^(4,21).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As tentativas de superação das práticas tradicionais de vigilância são apontadas por proposta que inclui o monitoramento de doenças, agravos e situações de saúde, assim como pelo entendimento das condições do território sob responsabilidade do serviço de saúde. Para tanto, requer-se o trabalho em equipe, a inserção de novos instrumentos de trabalho e da intersectorialidade. Destacam-se, nessa perspectiva, elementos trazidos pelo PSF, e a interlocução entre a universidade e os serviços de saúde, por meio de processos de integração ensino-serviço.

A instauração da Vigilância à Saúde passa pela prática da Vigilância Epidemiológica sustentada e valorizada pelo serviço, associando-se a informação em saúde como ponte

para a integração entre o olhar clínico e o epidemiológico, permeando a atenção à saúde no serviço.

Convém destacar que as reflexões sobre o processo de trabalho na vigilância provêm da realidade investigada e, portanto, dizem respeito às práticas instauradas na região de estudo. Ressalta-se, no entanto, que a potencialidade para se reordenar a atenção à saúde, de forma a atender às necessidades de saúde da população, reside na realidade concreta das unidades de saúde e na sua articulação política com os diferentes níveis do sistema de saúde. É do nível local que modelos alternativos, dentre eles a Vigilância à Saúde, podem se propagar para o regional e o municipal. Para tanto, é imprescindível a atuação ativa e aliada de todos os atores do setor saúde, incluindo profissionais e usuários, na concepção e experimentação de novas práticas, exercendo-se o movimento transformador da realidade.

REFERÊNCIAS

1. As ações de vigilância epidemiológica e controle de agravos na perspectiva do SUS. *Inf Epidemiol SUS*. 1993;2(n.esp):77-95.
2. Bertolozzi MR, Fracoli L. A vigilância à saúde: alerta continuado em saúde coletiva. *Mundo Saúde*. 2004;28(1):14-20.
3. Faria LS. As práticas de vigilância na supervisão técnica de saúde do Butantã - São Paulo (SP): perspectivas para o alcance da vigilância à saúde [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2007.
4. Barata RCB. Reorientação das práticas de vigilância epidemiológica. In: *Anais do Seminário Nacional de Vigilância Epidemiológica*; 1993; Brasília (DF), BR. Brasília: Centro Nacional de Epidemiologia; 1993. p. 63-8.
5. Tambellini AT, Câmara VM. Vigilância ambiental em saúde: conceitos, caminhos e interfaces com outros tipos de vigilância. *Cad Saúde Pública*. 2002;10(1):77-93.
6. Neves H, Alves JCM. Vigilância em saúde: a experiência de São Paulo. *Mundo Saúde*. 2005; 29(1):104-11.
7. Waldman EA. As concepções de vigilância como instrumento de saúde pública e a implantação do SUS. In: *Anais do Seminário de Vigilância Epidemiológica*; 1993; Brasília, (DF), BR. Brasília: Centro Nacional de Epidemiologia; 1993. p. 45-51
8. Mendes EV. Distrito Sanitário: processo social de mudanças das práticas sanitárias do SUS. São Paulo: Hucitec; 1995.
9. Teixeira CF, Paim JS, Vilasbôas AL. SUS: modelos assistenciais e vigilância da saúde. *Inf Epidemiol SUS*. 1998;2(1):7-28.
10. Bastos LGC. Vigilância de doenças e agravos não-transmissíveis na América Latina: o estado da arte. *Mundo Saúde*. 2005; 29(1):82-7.
11. Mota ELA, Carvalho DM. Sistemas de Informação em Saúde. In: Almeida Filho N, Rouquayrol MZ. *Epidemiologia e saúde*. Rio de Janeiro: MEDSI; 1999. p. 505-21.
12. Martins PH, Fontes B. Construindo o conceito de Redes de Vigilância em Saúde. In: Martins PH, Fontes B, organizadores. *Redes sociais e saúde: novas possibilidades teóricas*. Recife: Ed. UFPE; 2004. p. 103-20.
13. Aerts D, Alves GG, La Salvia MW, Abegg C. Promoção de saúde: a convergência entre as propostas da vigilância da saúde e da escola cristã. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(4):1020-8.
14. Freitas CM. A vigilância da saúde para a promoção da saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM organizadores. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2003. p. 141-59.
15. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 1993.
16. Fiorin JL. Elementos para a análise do discurso. São Paulo: EDUSP; 1989.
17. Peduzzi M. Trabalho em equipe multiprofissional de saúde: conceitos e tipologia. *Rev Saúde Pública*. 2001;35(1):103-9.
18. Gonçalves RBM. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: CEFOR; 1992. (Cadernos CEFOR. Textos, 1).
19. Breilh J. Nuevos conceptos y técnicas de investigación: guía pedagógica para um taller de metodologia. Quito: CEAS; 1995.
20. Silva AS, Laprega MR. Avaliação crítica do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) e de sua implantação na região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2005;21(6):1821-8.
21. Teixeira CF. A formação de pessoal em Vigilância à Saúde. *Inf Epidemiol SUS*. 1993;6(1):5-21.