UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LILIAM SALDANHA FARIA

**AS PRÁTICAS DE VIGILÂNCIA NA SUPERVISÃO
TÉCNICA DE SAÚDE DO BUTANTÃ – SÃO PAULO
(SP): PERSPECTIVAS PARA O ALCANCE DA
VIGILÂNCIA À SAÚDE**

SÃO PAULO
2007

LILIAM SALDANHA FARIA

**AS PRÁTICAS DE VIGILÂNCIA NA SUPERVISÃO TÉCNICA DE
SAÚDE DO BUTANTÃ – SÃO PAULO (SP): PERSPECTIVAS
PARA O ALCANCE DA VIGILÂNCIA À SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-Graduação da Escola de Enfermagem
da Universidade de São Paulo, para a
obtenção do título de Mestre em
Enfermagem.

Área de Concentração:
Enfermagem em Saúde Coletiva

Orientadora:
Profa. Dra. Maria Rita Bertolozzi

SÃO PAULO

2007

*"Escrever é procurar entender,
é procurar reproduzir o irreproduzível,
é sentir até o último fim o sentimento que permaneceria apenas
vago e sufocador. Escrever é também abençoar uma vida que
não foi abençoada."*

Clarice Lispector

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Faria, Liliam Saldanha.

As práticas de vigilância na supervisão técnica de saúde do Butantã – São Paulo (SP): perspectivas para o alcance da vigilância à saúde. / Liliam Saldanha Faria. – São Paulo, 2007. 211 p.

Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Rita Bertolozzi.

1. Saúde pública 2. Vigilância da população 3. Vigilância epidemiológica. I. Título.

Dedicatória

Aos meus pais, Wagner e Cecília, pelo amor incondicional e por incentivarem minha caminhada através dos exemplos de serenidade, respeito ao próximo, curiosidade científica e dedicação ao constante exercício do aprendizado.

A minha avó Ana, sempre doadora de amor, acolhimento e apoio, pelo estímulo a continuarmos lutando pelo que acreditamos.

Ao meu irmão Felipe, pela presença irreverente, por compartilhar da criatividade e boas risadas, pela compreensão nas horas de dificuldade e amizade em todos os momentos.

Ao meu irmão Fábio, pelo seu jeito solidário de ser, que em tantas horas me apoiou, apesar de toda atribulação na vida, pelo carinho e sinceridade nas questões da vida.

A todos os Mestres que, com seu dom de iluminar mentes e almas, participaram de minha formação e crescimento como profissional e como pessoa.

Aos profissionais de saúde e amigos, com os quais compartilhei felizes e difíceis experiências de vida e de trabalho agradeço por toda troca e companheirismo, fundamentais para esse caminhar.

A todos os profissionais da saúde que acreditam e respeitam a vida, investem no ideal de cuidar e transformar a realidade, enfrentando todas as adversidades que dela fazem parte, e àqueles que já se cansaram, desejo a mais profunda esperança para que, a cada dia, possam fazer a diferença em prol da saúde.

Agradecimentos

À Profa Dra Maria Rita Bertolozzi, pela amizade e amorosidade, a gentil paciência, e a dedicada capacidade de ensinar e compreender o outro, com as quais conduziu a orientação desse trabalho. Agradeço, tanto quanto admiro, o exemplo de força, competência e humildade que representa, e a confiança depositada em cada aluno que, generosamente, orientou.

A Haraldo Cesar Saletti Filho, pela riqueza de sua convivência, por sua cativante afinidade com o estudo e valorização das questões sociais, que tanto contribuíram com minha trajetória profissional. Agradeço por, cuidadosamente, ter compartilhado comigo felicidades e dificuldades me ajudando a amadurecer, e pelo marcante apoio no desenvolvimento deste trabalho.

À Profa Dra Lislaine Aparecida Fracoli, pela oportunidade de articulação com o projeto de pesquisa “A Implementação da Vigilância à Saúde no Município de São Paulo: a contribuição da academia”, acrescentando facilidades metodológicas, além de boas dicas para a consolidação deste estudo.

À Profa Dra Sayuri Tanaka Maeda, pela amizade, companheirismo e solidariedade presentes no cotidiano de trabalho, o que ajudou a tornar mais leve esta séria tarefa.

À Profa Dra Anna Maria Chiesa e Profa Dra Renata Ferreira Takahashi, por todo apoio e incentivo que me ofereceram possibilitando a concretização deste trabalho.

À Profa Dra Carmen Fontes Teixeira, que sendo uma das principais autoras deste novo tema, agradeço pela atenciosa contribuição ao compartilhar sobre as possibilidades da Vigilância à Saúde.

Ao corpo docente do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da USP, pela valiosa instrumentalização em minha

formação profissional, assim como a outros estudantes e trabalhadores, pelo ideal de compreender criticamente a realidade sanitária para transformá-la.

Aos funcionários do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da USP, pela alegria ao compartilhar o cotidiano de trabalho e o prestativo auxílio em todos os momentos que compuseram essa jornada.

Às amigas e companheiras de trabalho Carla e Érica, pelo encontro transformador nesse momento da vida, que ajuda a amenizar as dificuldades e ressalta as alegrias.

A todas as Enfermeiras Especialistas em Laboratório da Escola de Enfermagem da USP, pelo sentimento de pertença que nos une e a graça de suas companhias.

Aos trabalhadores do Centro de Saúde Escola do Butantã, por terem sido sujeitos partícipes desde o início dessa história, especialmente, ao Dr. Ricardo Rodrigues Teixeira que abriu as portas à temática da Vigilância à Saúde através do trabalho.

Aos trabalhadores das Unidades Básicas de Saúde: Jd Jaqueline, Vila Borges, Jd. Boa Vista, Jd. D´Abril, Vila Dalva, Centro de Saúde Escola do Butantã e da Supervisão de Vigilância Epidemiológica e da Supervisão Técnica de Saúde do Butantã por terem participado tão receptivamente das entrevistas contribuindo significativamente para a produção deste trabalho.

Aos companheiros do curso de Pós-Graduação, por compartilharem o aprendizado, assim como, as aflições e satisfações que fizeram parte desse percurso.

Às colegas de Pós-Graduação Denise Chiavegati e Ligia Freitas pela paciente tarefa de transcrição das entrevistas.

Às amigas, de sempre, Neli Raquel Luis Pinto, Rita de Cássia Gengo e Silva, Cristina Mamédio dos Santos e Juliana Caires de Oliveira pela sincera e duradoura amizade com que sempre pude contar e me confortar.

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.

RESUMO

A Vigilância à Saúde se constitui como Modelo Assistencial com potencial para a reorganização dos processos de trabalho, a partir da análise de problemas de saúde de grupos sociais de determinado território, valendo-se da intersectorialidade e da participação popular. Neste sentido, o presente estudo teve como objetivo, geral, identificar e analisar a estruturação das ações de vigilância no âmbito da Atenção Básica à Saúde em uma região de saúde. Para tanto, foram entrevistados gerentes de Unidades Básicas de Saúde, da Supervisão de Vigilância Epidemiológica e trabalhadores responsáveis pela Vigilância Epidemiológica de Unidades Básicas de Saúde da Supervisão Técnica de Saúde do Butantã, no Município de São Paulo, totalizando 14 sujeitos. As entrevistas, realizadas no período de fevereiro a abril de 2006, foram gravadas e transcritas na íntegra, sendo resguardadas as devidas precauções éticas. O material foi analisado segundo técnica apropriada de análise de discurso, no marco teórico materialista histórico e dialético dos conceitos de processos de trabalho e saúde-doença. A vigilância epidemiológica constituiu-se como a prática predominante, incluindo seus instrumentos de trabalho tradicionais. Os principais agentes desse trabalho são a enfermeira, que mais se detém no gerenciamento das ações; os auxiliares de enfermagem, voltados para a intervenção sobre os processos de adoecimento; e os agentes comunitários de saúde em ações no âmbito extra-muros. O trabalho se apresentou fragmentado, com ações pontuais, restritas ao evento (a doença ou o surto), sem alcançar a prevenção da saúde e com tendência à alienação do trabalhador. Por outro lado, verificou-se, principalmente, que os profissionais interpretavam a vigilância à saúde de duas formas: pela ampliação do objeto da vigilância epidemiológica e integrando-se a assistência à informação em saúde; e como prática que organiza o serviço, considerando-se a unidade dialética

indivíduo/coletivo que habita o território adscrito à Unidade Básica de Saúde. Esta última ainda contempla a participação da população na detecção de problemas e no planejamento das ações, assim como a intersetorialidade, para alcançar a promoção da saúde. A contradição entre o conteúdo dos depoimentos e a prática da vigilância à saúde foi evidente em todas as unidades investigadas. Foram identificados como limitantes para a implementação da vigilância à saúde, a precariedade de estrutura para o trabalho, incluindo a insuficiência quantitativa de recursos humanos, assim como em relação à qualificação profissional apropriada; a precariedade de recursos materiais e físicos; além da falta de incentivo político-gerencial e de participação da população para operar as ações de vigilância no sentido ampliado. Conclui-se que, no nível local, reside um potencial para transformar a organização do trabalho em saúde, atendendo-se às necessidades de saúde da população, através do Modelo da Vigilância à Saúde, a partir do trabalho em equipe e da integração da assistência à informação em saúde. Para tanto, é imprescindível a participação ativa e aliada dos trabalhadores e usuários de saúde, bem como a implantação da Educação Permanente em Saúde no âmbito das Supervisões Técnicas de Saúde para se alavancar e acompanhar esse processo.

Palavras-Chave: Vigilância da População; Vigilância em Saúde Pública; Vigilância Epidemiológica.

Faria LS. Surveillance Practices of Health Technical Supervision of Butantã. [dissertation]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2007.

ABSTRACT

The Health Surveillance is constituted as an Assistance Model with potential to reorganize work processes, from the analysis of health problems of social groups in a specific territory, using the intersectoriality and the population participation. In this sense, the present study aimed, in general, to identify and analyze the structure of surveillance actions in the scope of Basic Health Attention in a determined region for health care. For doing so, managers of Health Basic Units, Epidemiologic Surveillance Supervision and workers responsible for Epidemiologic of Health Care Units from the Health Technical Supervision of Butantã were interviewed in the city of Sao Paulo, making up 14 subjects. The interviews were made between February and April 2006, recorded and completely transcript, keeping the ethical precautions. The material was analyzed according to appropriate technique of discourse analysis, in the historic materialist theoretical mark and dialectic of concepts of health-disease and the processes of work. The epidemiological surveillance is seen as predominant practice, including its instruments of traditional work. The main agents in this work are the nurses, who mostly manage these acts; the nursing auxiliaries, turned to the intervention on the sickening process; and the health community agents in actions of outreach scope. Their work was found fragmented, with punctual actions restricted to the event (the illness or outbreak), without achieving health prevention and tended to alienate the worker. On the other hand, it was verified, mainly, that providers interpreted health surveillance in two ways: by the amplification of the object of epidemiologic surveillance and integrate it to assistance of health information, and a practice that organizes the service, considering itself as an individual/collective dialectics unit that resides the territory enlisted in the Basic health Unit. The latter still contemplates the participation of the population in detecting the problems and planning the actions, as well

as intersectoriality to attain health promotion. The contradiction between statement content and the practice of health surveillance was evident in all the units searched. The precariousness of work structure, including the quantitative insufficiency of human resources, as well as related to the appropriateness of professional qualification; the precariousness of physical and material resources were all identified as barriers to implement health surveillance; besides the lack of management-political funding and the participation of the population to develop surveillance actions in a broad sense. It can be concluded that, in a local level, there is a potential to change the organization of health work, meeting the health needs of the population through a Health Surveillance Model, by teamwork and the integration of assistance in health information. For doing that, it's imperative the active and allied participation of health workers and their users, as well as the implementation of Permanent Education in Health in the scope of Health Technical Supervisions to get it on and follow up this process.

Key words: Population Surveillance; Public Health Surveillance; Epidemiologic Surveillance.

Faria LS. Las prácticas de vigilancia en la Supervisión Técnica de Salud de Butantã – São Paulo (SP): perspectivas para el alcance de la Vigilancia en Salud. [tesis de maestría]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2007.

RESUMEN

La Vigilancia en Salud se constituye como Modelo Asistencial con potencial para la reorganización de los procesos de trabajo, a partir del análisis de los problemas de salud en los grupos sociales de determinado territorio, valiéndose de la intersectorialidad y de la participación popular. En este sentido, el presente estudio tuvo como objetivo, general, identificar y analizar la estructura de las acciones de vigilancia referentes a la Atención Básica de Salud en una región de salud. Para tal, fueron entrevistados gerentes de Unidades Básicas de Salud, de la Supervisión de Vigilancia Epidemiológica y trabajadores responsables por la Vigilancia Epidemiológica de Unidades Básicas de Salud de la Supervisión Técnica de Salud de Butantã, en el Municipio de São Paulo, con un total de 14 sujetos. Las entrevistas, realizadas en el periodo de febrero a abril del 2006, fueron gravadas y transcritas integralmente, siendo resguardadas las debidas precauciones éticas. El material fue analizado según la técnica apropiada de análisis de discurso, en el marco teórico materialista histórico y dialéctico de los conceptos de procesos de trabajo y salud-enfermedad. La vigilancia epidemiológica se constituyó como la práctica predominante, incluyendo sus instrumentos de trabajo tradicionales. Los principales agentes de ese trabajo son: la enfermera, con actividades principalmente de gerencia; los auxiliares de enfermería, con intervenciones en los procesos de enfermedad; y los agentes comunitarios de salud que actuaron en el ámbito extra-hospitalario. El trabajo se presentó fragmentado, con acciones puntuales, restrictas al evento (a la enfermedad o al brote), sin alcanzar la prevención de la salud y con tendencia a la alienación del trabajo. Por otro lado, se verificó, principalmente, que los profesionales interpretaban la vigilancia en salud de dos formas: por la ampliación del objeto de la vigilancia epidemiológica e integrándose la asistencia a la información en salud; y como práctica que

organiza el servicio considerándose la unidad dialéctica individuo/colectivo que habita el territorio adscrito a la Unidad Básica de Salud. Esta última aún contempla la participación de la población en la detección de problemas y en el planeamiento de las acciones, así como, la intersectorialidad, para alcanzar la promoción de la salud. La contradicción entre el contenido de las declaraciones y la práctica de la vigilancia en salud fue evidente en todas las unidades investigadas. Fueron identificados como limitantes para la implementación de la vigilancia en salud, la precariedad de la estructura para el trabajo, incluyendo la insuficiencia cuantitativa de recursos humanos, así como, en relación a la cualificación profesional apropiada; la precariedad de los recursos materiales y físicos; además de la falta de incentivo político-gerencial y de la participación poblacional para operar en las acciones de vigilancia en el sentido ampliado. Se concluye que, en nivel local, reside un potencial para transformar la organización del trabajo en el contexto de la salud, así, atendiendo las necesidades de salud poblacional, a través del Modelo de Vigilancia en Salud, a partir del trabajo en equipo y de la integración de la asistencia a la información en salud. Para tal, es imprescindible la participación activa y aliada de los trabajadores y usuarios de salud, bien como, la implantación de la Educación Permanente en Salud en el ámbito de las Supervisiones Técnicas de Salud para fortalecer y acompañar ese proceso.

Palabras Clave: Vigilancia de la Población; Vigilancia en Salud Pública; Vigilancia Epidemiológica.

LISTA DE QUADROS E MAPAS

Mapa 1 - Distritos Administrativos por Subprefeituras do Município de São Paulo, São Paulo - 2006	50
Mapa 2 - Região Administrativa da Subprefeitura do Butantã, São Paulo - 2006	51
Mapa 3 - Equipamentos de Saúde da Supervisão Técnica de Saúde do Butantã por Distritos Administrativos, São Paulo – 2006.....	52
Quadro 1 - Qualificação dos gerentes das Unidades de Saúde e da Vigilância Epidemiológica da Supervisão Técnica de Saúde do Butantã após a Graduação, Butantã-SP – 2006.....	63
Quadro 2 - Qualificação dos trabalhadores das Unidades Básicas de Saúde que atuavam na Vigilância, Butantã-SP – 2006.....	64
Quadro 3 - Relação entre os conceitos relatados pelos entrevistados e as ações realizadas nas UBS, Butantã-SP – 2006.....	110
Quadro 4 - Modelos e estratégias de atenção à saúde operantes nas Unidades Básicas de Saúde investigadas, Butantã-SP – 2006.....	113

APRESENTAÇÃO

O interesse pela Saúde Coletiva, que emergiu durante o curso de graduação, foi fortalecido a partir da primeira experiência profissional, em saúde indígena, quando me deparei com a prática de vigilância epidemiológica. Desde então, segui em tal campo com curiosidade investigativa, na medida em que os desafios práticos se colocavam presentes.

A partir da experiência de trabalho como enfermeira do setor de Vigilância e Informação em Saúde do Centro de Saúde Escola Samuel Barnsley Pessoa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, surgiu a motivação para desenvolver o presente estudo, pois desse cotidiano, emergiam questionamentos sobre os meios e as possibilidades para desenvolver, na atenção primária, práticas de vigilância que transcendessem às ações tradicionais de controle de doenças executadas pela Vigilância Epidemiológica. Tal posição alinha-se às novas perspectivas abertas pela Vigilância à Saúde, uma proposta que amplia o repertório de agravos sob vigilância, para além das doenças de notificação compulsória, maximizando o uso da informação em saúde para potencializar a avaliação de problemas e o planejamento em saúde.

Com o ingresso no Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da USP e ao apoiar o ensino prático de graduação em Enfermagem em Saúde Coletiva, a certeza da necessidade de aprofundar nesse tema foi firmada, bem como se tornaram mais consistentes os caminhos para a construção do projeto de pesquisa.

Sabe-se que há diferentes reflexões sendo produzidas sobre essa temática, ao mesmo tempo em que se identificam diversas práticas já instaladas nos serviços de saúde. Nesse sentido, opta-se por analisar como se realiza o trabalho de profissionais de saúde que atuam no setor de vigilância em Unidades Básicas de Saúde, assim como identificar como esses atores concebem as práticas de vigilância, verificando até que ponto estas se aproximam às novas propostas de vigilância à saúde.

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA

AGRADECIMENTOS

RESUMO

ABSTRACT

RESUMEN

LISTA DE MAPAS E QUADROS

APRESENTAÇÃO

1	INTRODUÇÃO	1
1.1	A EVOLUÇÃO DO CONCEITO DE VIGILÂNCIA NAS PRÁTICAS DE SAÚDE PÚBLICA	2
1.2	A INSTITUCIONALIZAÇÃO DAS PRÁTICAS DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA NO BRASIL	7
1.3	ORGANIZAÇÃO DAS PRÁTICAS DE VIGILÂNCIA NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO	11
1.4	A PROPOSIÇÃO DA VIGILÂNCIA À SAÚDE	14
2	OBJETIVOS	26
2.1	OBJETIVO GERAL	27
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	27

3	METODOLOGIA	28
3.1	MARCO TEÓRICO	29
3.1.1	<i>Concepção de Saúde-Doença.....</i>	<i>29</i>
3.1.2	<i>Processo de Trabalho em Saúde</i>	<i>40</i>
3.2	CENÁRIO DO ESTUDO	48
3.2.1	<i>Caracterização do Território</i>	<i>54</i>
3.3	SUJEITOS DO ESTUDO	56
3.4	TESTE PILOTO	57
3.5	COLETA DE DADOS	58
3.6	TRATAMENTO DOS DADOS	59
4	RESULTADOS	61
4.1	OS TRABALHADORES DAS UBS DA SUPERVISÃO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA SUPERVISÃO TÉCNICA DE SAÚDE DO BUTANTÃ.....	62
4.2	SIGNIFICADOS SOBRE A VIGILÂNCIA	65
4.2.1	<i>Significados que se referem à Vigilância Epidemiológica.....</i>	<i>66</i>
4.2.2	<i>Significados que se referem à “Vigilância Ampliada”.....</i>	<i>67</i>
4.2.3	<i>Significados que se referem à Vigilância à Saúde.....</i>	<i>68</i>
4.3	SIGNIFICADOS SOBRE O TRABALHO NA VIGILÂNCIA: AS AÇÕES DE VIGILÂNCIA DESENVOLVIDAS NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE	70
4.3.1	<i>As ações de Vigilância Epidemiológica que se realizam nas UBS.....</i>	<i>71</i>

4.3.2	<i>As ações de Vigilância Ampliada nas UBS</i>	73
4.3.3	<i>As ações de Vigilância à Saúde nas UBS</i>	75
4.3.4	<i>As ações de Vigilância Epidemiológica na SUVIS.....</i>	76
4.3.5	<i>Os Meios/Instrumentos de Trabalho da Vigilância</i>	77
4.3.6	<i>Os Agentes do Trabalho da Vigilância nas Unidades Básicas de Saúde</i>	79
4.3.6.1	<i>Os agentes do trabalho na Supervisão de Vigilância Epidemiológica</i>	83
4.3.7	<i>A organização do trabalho da Vigilância nas Unidades Básicas de Saúde</i>	84
4.3.7.1	<i>A organização do trabalho da Vigilância na Supervisão de Vigilância Epidemiológica</i>	90
4.3.8	<i>Limitações para o desenvolvimento da vigilância nas Unidades Básicas de Saúde.....</i>	92
4.3.9	<i>Potencialidades no desenvolvimento da vigilância nas Unidades Básicas de Saúde.....</i>	96
5	DISCUSSÃO.....	97
5.1	OS SIGNIFICADOS SOBRE A VIGILÂNCIA E AS AÇÕES DESENVOLVIDAS EM TORNO DA VIGILÂNCIA NO CONTEXTO DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE	98
5.2	A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO NA VIGILÂNCIA.....	104
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	126
7	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	130
	ANEXOS.....	141

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

1.1 A evolução do conceito de vigilância nas práticas de Saúde Pública

As ações que hoje podem ser correlacionadas à vigilância são muito antigas, conforme pode se constatar na extensa obra de muitos autores, tendo sido desenvolvidas em contextos distintos, em diversos modos de produção e assentadas sob diferentes concepções, situações de enfrentamento de doenças e para estabelecer mecanismos de controle social (Rosen 1994, Costa 1999).

No início, as principais práticas relacionadas à vigilância restringiam-se ao isolamento e à quarentena, que emergiram no final da Idade Média e se consolidaram nos séculos XVII e XVIII com a intensificação do comércio e o desenvolvimento dos centros urbanos. O isolamento foi desenvolvido como medida de controle da epidemia da hanseníase e consistia na separação dos indivíduos doentes de seus contatos, a fim de proteger os sadios. Essa experiência foi empregada na quarentena, no século XIV, para tentar diminuir a propagação da Peste Negra. Acreditando-se que a peste chegava com os navios que aportavam nas cidades, isolava-se toda embarcação suspeita, incluindo pessoas e mercadorias, que eram obrigadas a permanecer em locais determinados e sem comunicação com o ambiente terrestre, por quarenta dias, com o objetivo de conter os casos. O isolamento e a quarentena consistiam em medidas de caráter compulsório, restritivo e punitivo (Rosen 1994). Outros meios também eram adotados em relação à peste como o fumigamento, a utilização de substâncias odoríferas e máscaras, além da ventilação das casas, por acreditar-se que a causa estava posta no ar do ambiente e atingia as pessoas através do olfato (Czeresnia 1997).

Apesar de ainda não se conhecer as causas e os modos de transmissão das doenças, originaram-se, a partir dessas práticas, os hospitais de isolamento para pacientes com hanseníase, tuberculose, varíola, sífilis e outras enfermidades (Rosen 1994).

No século XVIII, com a emergência do poder político da burguesia, sucederam-se diversos tipos de intervenção estatal sobre a saúde das populações, na Inglaterra, França e Alemanha (Almeida Filho 1999). Destaca-se, na Alemanha, a sistematização da proposta de uma *Polícia Médica*, pelo médico Johann Peter Frank. Essa proposta baseava-se em medidas compulsórias de controle e vigilância das doenças, sob a responsabilidade do Estado, a partir da imposição de regras de higiene individual direcionadas à população (Rosen 1994). Na França, a preocupação com a circulação da água e do ar e com o objetivo de sanear o meio, desencadeou a construção de esgotos e fontes nas cidades, o que determinou o desenvolvimento dos modelos da Medicina Urbana e da Higiene Pública, baseados na concepção ‘miasmática’ (Foucault 1990 – microfísica poder).

O conceito de vigilância surgiu, inicialmente, como prática alternativa à quarentena, no final do século XIX, a partir do desenvolvimento da microbiologia. Com o advento desta, descobriram-se agentes etiológicos e modos de transmissão das doenças, possibilitando a detecção dos primeiros sintomas e rápido isolamento para evitar sua propagação, mantendo o alerta e a observação dos contatos. O conhecimento básico sobre as doenças transmissíveis cresceu rapidamente entre 1860 e 1900, monopolizando o avanço do conhecimento epidemiológico, principalmente através de seu direcionamento para os processos de transmissão e controle das epidemias de enfermidades infecto-contagiosas. Tornou-se possível implementar ações de controle menos restritivas, pois cada doença passou a ter uma medida própria de controle, incluindo medidas de vacinação, controle de vetores e o saneamento do meio ambiente. A depender de cada enfermidade, uma ou mais medidas poderiam ser indicadas ao mesmo tempo. A vigilância adquiriu, portanto, o caráter de acompanhamento sistemático de doenças na

comunidade para instituir a prevenção e o controle (Waldman 1993, Carvalho e Werneck 1998, Almeida Filho 1999).

Um período chave para o desenvolvimento do conceito de vigilância e que teve ressonância mundial, foi o da Guerra Fria. Diante da possibilidade de uma guerra biológica e/ou química, em 1951, foi criado o Centro de Controle de Doenças Transmissíveis (CDC), nos Estados Unidos da América (EUA), o Serviço de Inteligência para Epidemias, com o objetivo de detectá-las muito precocemente. Em 1955, o termo vigilância foi utilizado pela primeira vez na Saúde Pública, nesse mesmo País, durante uma epidemia de poliomielite em indivíduos que haviam recebido a vacina Salk. O sistema de vigilância, organizado pelo CDC, permitiu identificar a causa do alastramento da doença. O conceito de vigilância passou, então, a ter um significado mais amplo, ou seja, o de acompanhamento sistemático de doenças na comunidade, com o propósito de aprimorar as medidas de controle (Waldman, 1991).

A vigilância foi consagrada internacionalmente com o qualificativo de Epidemiológica, em 1965, com a criação da Unidade de Vigilância Epidemiológica da Divisão de Doenças Transmissíveis da Organização Mundial da Saúde (OMS). De acordo com Waldman (1991), na década de 60, essa Organização promoveu a ampliação e difusão de algumas ações de vigilância através dos programas de erradicação da malária e varíola, sendo que, em 1963, em publicação da OMS sobre o programa de erradicação da primeira enfermidade mencionada, a vigilância foi definida como:

“(....) operações efetuadas na fase de consolidação deste programa, destinadas a descobrir, investigar e suprimir a transmissão residual, prevenir e curar infecções e comprovar se alcançada a efetiva erradicação da doença” (p.21).

Ainda segundo o mesmo autor, em meados da década de 1960, o Programa de Erradicação da Varíola da OMS utilizou a vigilância pela primeira vez em larga escala, destacando-se como principais objetivos: a identificação de todos os casos e a aplicação de medidas de controle da doença. A experiência dos Programas de Erradicação da varíola e da malária resultou na ampliação do significado de vigilância em relação ao seu original, ao incluir a notificação de doenças específicas, mas não se limitou ao sistema de informação, passando a ser um sistema de “informação-decisão-controle”.

Segundo Souza e Kalichman (1992), aos poucos, foram incorporadas à vigilância, as ações de monitoramento, avaliação, planejamento, pesquisa e intervenção. Para eles, ao longo do tempo, as definições de vigilância têm se apresentado bastante variadas, mas, mantém a característica básica de controle de doenças sobre grandes contingentes populacionais e não mais sobre o indivíduo.

Em 1965 foi criada a Unidade de Vigilância Epidemiológica da OMS e, em 1970, a Organização Panamericana da Saúde (OPAS) recomendou, aos países membros, a instituição e manutenção de Sistemas de Vigilância Epidemiológica (SVE), estabelecendo como objetivos, conhecer a dinâmica da ocorrência dos problemas de saúde e seus condicionantes para a definição de medidas adequadas de controle (Carvalho e Werneck 1998).

Em 1968, foi discutida, na 21ª Assembléia Mundial da Saúde, a aplicação da Vigilância Epidemiológica para além das doenças transmissíveis, incorporando também as ações de acompanhamento de malformações congênitas, envenenamentos na infância, leucemia, abortos, acidentes por doenças profissionais, riscos ambientais, utilização de aditivos, dentre outros. No início da década de 1970, na América Latina, a Vigilância Epidemiológica começou a ser incorporada nos serviços de saúde com ênfase no controle das doenças transmissíveis, devido às prioridades epidemiológicas. Assumiu-se, assim, que o sistema de vigilância epidemiológica deveria responsabilizar-se por coletar e analisar os eventos adversos de saúde para propor, imediatamente, medidas de controle e

divulgar as informações para o amplo uso em saúde. Além disso, acoplar-se-ia um sistema de pesquisas para propor soluções de problemas emergentes ou prioritários, a partir da análise sistemática de informações de eventos adversos à saúde (Waldman 1991).

Voltada principalmente à vigilância dos processos de produção, distribuição e consumo de produtos, o campo da Vigilância Sanitária emergiu seguidamente à Vigilância Epidemiológica e tem se colocado como relacionado ao meio ambiente e intermediado pelos objetos e mercadorias de consumo (Souza e Kalichman 1992).

Na década de 1980, a denominação Vigilância em Saúde Pública passou a ser utilizada internacionalmente, em substituição ao termo Vigilância Epidemiológica, para evitar “*confusões*” entre vigilância – tida como instrumento de Saúde Pública e a Epidemiologia – uma disciplina. Waldman (1998) destaca que essa mudança terminológica não provocou alterações conceituais ou operacionais na vigilância.

Ainda segundo o mesmo autor, mas em publicação datada de 1993, o conceito de monitorização vem sendo incorporado enquanto instrumento de Saúde Pública, no sentido de constituir uma prática de vigilância mais ampla. Para ele, enquanto na vigilância epidemiológica a preocupação está centrada na evolução dos eventos adversos à saúde, com o objetivo de estabelecer normas técnicas para seu controle, a monitorização é proposta para acompanhar os indicadores, tanto de saúde, quanto sociais, econômicos, ambientais, ou de serviços, a fim de avaliar as condições de vida e saúde da comunidade, além do desempenho dos serviços e dos profissionais de saúde.

1.2 A institucionalização das práticas de vigilância epidemiológica no Brasil

Historicamente, as ações relacionadas à vigilância, no Brasil, estiveram voltadas para o controle e profilaxia das epidemias, bem como para o controle e saneamento do meio ambiente, a fim de preservar as atividades econômicas (São Paulo 1998).

No início do século XX, foram desenvolvidas as primeiras intervenções estatais, destinadas à prevenção e ao controle de doenças - as campanhas sanitárias, que se constituíam em ações verticais de inspiração militar. Outras ações eram medidas de higiene urbana caracterizadas pela utilização de intervenções jurídicas impositivas como: vacinação obrigatória, notificação de doenças e vigilância sanitária em geral (São Paulo 1998, Teixeira e Risi Junior 1999).

O desenvolvimento do processo de industrialização, que teve lugar marcadamente no início do século XX e intensificado na década de 50, acelerou a urbanização, o que contribuiu para a aglomeração das populações nas cidades e para a emergência da tuberculose, da hanseníase, assim como para o aumento da mortalidade infantil, entre outros problemas. A insuficiência de serviços de atenção à saúde, determinou a organização de instituições filantrópicas, no período entre 1901 a 1927, visando o controle dessas doenças (Lyda 1994). As ações de saúde pública, voltadas para o controle de agentes etiológicos, não eram capazes de promover a melhora das condições de saúde, já que a população trabalhadora estava submetida a precárias condições de higiene, saúde e habitação. Com isso, cresceu a pressão sobre o Estado pela efetivação e ampliação de políticas sociais. Em 1941, o Departamento Nacional de Saúde incorporou vários serviços de combate às endemias e assumiu o controle técnico da saúde pública (São Paulo 1998).

Em 1953 foi criado o Ministério da Saúde e, a partir daí, iniciou-se o acompanhamento dos eventos adversos à saúde na comunidade, com o propósito de aprimorar as medidas de controle das doenças (Waldman 1998). Essas ações, voltadas principalmente às enfermidades transmissíveis e ao meio ambiente, foram progressivamente constituindo um grande conjunto que configuraria o campo da vigilância epidemiológica. As ações de saneamento direcionaram-se para outros setores e as ações voltadas para o controle de bens de consumo organizaram-se em torno da vigilância sanitária (Souza e Kalichman 1992).

O marco da institucionalização das ações de vigilância epidemiológica, no Brasil, foi a Campanha de Erradicação da Varíola, entre 1966 a 1973. Seu modelo estimulou a organização de Unidades de Vigilância Epidemiológica nas Secretarias Estaduais de Saúde, inspirando, em 1969, a Fundação de Saúde Pública, a organizar um sistema semanal de notificação de doenças selecionadas e divulgar informações em um boletim epidemiológico quinzenal (Teixeira e Risi Junior 1999).

Com a grave crise sanitária no País, em meio à epidemia de meningite meningocócica, entre 1973 e 1974, a vigilância epidemiológica sofreu um avanço do ponto de vista conceitual e operacional, quando, no Seminário Regional dos Sistemas de Vigilância Epidemiológica de Enfermidades Transmissíveis e Zoonoses das Américas, foi publicado um documento que estabelecia uma definição mais abrangente e explicitava as funções, atividades, sistemas e formas de operacionalização da vigilância epidemiológica (Paim e Teixeira 1993 apud Fossanert, Llopis e Tigre).

Em 1975, o Ministério da Saúde instituiu o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE) e o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), que se organizaram por meio de ações fragmentadas e pontuais. Esses sistemas desenvolveram-se durante os governos militares, e as decorrências podem ser visualizadas através das decisões centralizadas que contribuíram para a conformação de sistemas verticalizados, já que as normas e decisões eram ditadas a partir da esfera central e executadas uniformemente em todo o território nacional. Como consequência da

verticalidade e do autoritarismo do sistema, tem-se, de um lado, a agilidade, mas, de outro, a burocratização e a desconsideração das diferenças regionais (Carvalho, Werneck 1998, Teixeira e Risi Junior 1999). Ainda assim, há autores que consideram que a formação de sistemas de vigilância epidemiológica permite a operacionalização de uma rede de informação para viabilizar a proposição e a execução de ações de investigação e de controle de agravos (Paim e Teixeira 1993). O SNVE, instituído por meio da Lei 6.259/75 e do Decreto 78.231/76, tornou obrigatória a notificação de doenças transmissíveis, estabelecidas pelo Ministério da Saúde (Teixeira e Risi Junior 1999).

A crescente desigualdade, ao lado da progressiva industrialização do País, fez justapor-se, no cenário epidemiológico, as doenças crônico-degenerativas às infecciosas. Ademais, com os avanços no desenvolvimento da Epidemiologia, marcados, dentre outros, pela incorporação da noção de risco, verifica-se uma tendência de ampliação do objeto da vigilância epidemiológica para além das doenças transmissíveis, estendendo-se às doenças crônico-degenerativas e aos grupos expostos a diferentes riscos de adoecer e morrer (Paim e Teixeira 1992, Teixeira 2001).

No início da década de 90, com a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), a vigilância epidemiológica inscreve-se na Lei Orgânica do SUS como:

“um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos” (Brasil 1990, p. 3).

Nesse caso, a vigilância epidemiológica é proposta de maneira ampla no que diz respeito ao seu campo de intervenção. Contudo, a menção aos condicionantes e determinantes de saúde da população requer contemplar os aspectos da vida em sua totalidade, isto é, acoplando questões que se processam nas dimensões da produção e da reprodução social, lacuna que

tem persistido no conceito tradicional de Vigilância Epidemiológica (Bertolozzi e Fracoli 2004).

Ainda assim, a operacionalização das ações de Vigilância Epidemiológica, no contexto do SUS, passou a ser caracterizada pela descentralização das responsabilidades e pela integralidade na prestação de serviços (Teixeira e Risi Junior 1999).

1.3 Organização das práticas de Vigilância no Município de São Paulo

A Secretaria de Saúde do Município de São Paulo (SMS-SP) foi estruturada em 1978, com a Lei 8764 de 18/08/1978. Até a década de 1980, os serviços de saúde eram, principalmente, voltados para a atenção clínica e individual. Em 1989, a rede de serviços de saúde da SMS-SP foi organizada a partir das Administrações Regionais de Saúde (ARS) e, subordinadas a estas, foram criados os Distritos de Saúde. Cada DS possuía uma rede de postos de atenção básica à saúde, com ações de cunho preventivo e curativo. As ações de vigilância epidemiológica eram assumidas pela SMS-SP através do Centro de Epidemiologia Pesquisa e Informação - CEPI - (Sousa, Mendes 2003).

Em 1995, foi implantado o Plano de Atendimento à Saúde (PAS), estabelecendo-se “parcerias” com cooperativas para a prestação de serviços de saúde. Isso gerou grandes modificações na estrutura da SMS-SP. As ARS e os DS foram mantidos e foram criadas coordenadorias, a Coordenadoria das Administrações Regionais, que integrou os Núcleos de Epidemiologia, Pesquisa e Informação (NEPI), além da Coordenadoria de Ações de Saúde que, por sua vez, integrou o CEPI. Nessa estrutura, as ações de vigilância encontravam-se separadas das de assistência, lógica em que operou o PAS, focalizando a assistência para o âmbito individual. As ações de caráter coletivo tornaram-se frágeis, através dos NEPI, no nível regional; e, no nível central, através dos CEPI; do Centro para a Organização da Atenção à Saúde (COAS) e do Centro de Controle de Zoonoses (CCZ) (Sousa, Mendes 2003).

A partir de 2001, o Município foi dividido em 39 Distritos de Saúde, cada um respondendo por aproximadamente 250 mil pessoas. Os serviços de vigilância foram reorganizados através da instalação de uma Unidade de Vigilância em Saúde em cada DS e da reestruturação progressiva do Centro

de Controle de Doenças - CCD - (Neves 2003).

Nesse processo de reorganização, o Distrito Sanitário representa um processo social de mudanças das práticas sanitárias que se organizam por uma lógica informada pela epidemiologia num determinado "*território-população*". O território passou, então, a ser um dos elementos-chave nesse processo, caracterizado por um amplo e dinâmico espaço que, além dos limites geográficos, é considerado por suas características sociais, demográficas, culturais, epidemiológicas e políticas (Unglert 1993).

O Sistema de Vigilância no Município de São Paulo segue os mesmos princípios que nortearam a construção dos Distritos Sanitários. Constitui-se como uma Unidade de Vigilância em Saúde (UVIS) em cada Distrito para supervisionar a vigilância no território de abrangência, em integração às demais UVIS e às estruturas de nível central da SMS. Além disso, tem como responsabilidade, executar ações de maior complexidade e abrangência, como o desenvolvimento de projetos de prevenção de doenças ou agravos, assim como qualificar de trabalhadores na rede municipal. Apesar das dificuldades relacionadas às instalações físicas, de equipamentos e recursos humanos, as UVIS foram desenvolvendo um amplo conjunto de ações relacionadas à vigilância epidemiológica, saúde ambiental e de vigilância sanitária nos seus territórios, além de coordenar, estimular e proporcionar condições para ampliar a atenção à saúde com vistas à prevenção de agravos, à proteção e promoção da saúde, superando as ações tradicionais da saúde (Neves 2003).

A partir de 2002 foi proposta, no Município de São Paulo, a Coordenação de Vigilância em Saúde – COVISA, com o objetivo de coordenar o conjunto de serviços e atividades concernentes à vigilância, fortalecer as atividades de normatização, pesquisa e organização da rede de laboratórios de saúde pública, além de controlar a qualidade dos serviços como hospitais, pronto-socorros, bancos de sangue, hemodiálise e outros. Essa estrutura foi planejada a fim de superar a fragmentação e a verticalização das atividades de vigilância, normalmente dispostas em diferentes áreas, por meio de organização por problemas e abordagem

matricial (Neves 2003).

As atividades de vigilância foram organizadas na COVISA a partir dos problemas prioritários e estruturadas sob os seguintes eixos departamentais: Vigilância Ambiental, que inclui o controle de doenças transmitidas por vetores, pelo solo, ar e água; Vigilância de Produtos, Serviços e Saúde do Trabalhador, integrada à área tradicionalmente chamada por vigilância sanitária; Centro de Controle de Doenças, que gerencia as ações de vigilância relacionadas às doenças infecciosas de notificação compulsória e as não transmissíveis, como: diabetes, hipertensão, câncer, acidentes e outras, incluindo o monitoramento da mortalidade infantil e materna; Informação e Epidemiologia que gerencia e aplica os instrumentos da epidemiologia e de sistemas de informação para potencializar a capacidade da rede municipal de serviços de saúde na identificação e priorização do controle das principais causas de adoecimento e morte; e Comunicação e Educação em Saúde Pública, para organizar e desenvolver recursos para a comunicação e educação em saúde, articulando-os aos recursos próprios da comunidade civil organizada, a fim de intervir nos condicionantes de saúde-doença (Neves 2003).

1.4 A proposição da Vigilância à Saúde

No processo de elaboração do presente projeto de pesquisa verificou-se que as diferentes propostas relacionadas à vigilância à saúde apresentam-se na literatura com diferentes terminologias: vigilância ‘à’ saúde; vigilância ‘em’ saúde; vigilância em saúde pública e vigilância ‘da’ saúde. De acordo com Houaiss (2001), vigilância significa “estado de quem permanece alerta, de quem age com precaução para não correr risco; cuidado”. Entendendo que houve uma evolução conceitual das propostas, e que cada uma foi importante para os sucessivos, ou paralelos aprimoramentos, decidiu-se adotar, para o presente projeto, a terminologia *vigilância à saúde*, ao acreditar-se na conotação de vigilância como alerta e cuidado contínuos para a saúde (Bertolozzi e Fracolli 2004).

A proposta da Vigilância à Saúde, no Brasil, foi primeiramente referida no início da década de 90, durante o processo de construção e implantação do Sistema Único de Saúde. A construção dessa proposta foi motivada pela necessidade de ampliação das ações de vigilância epidemiológica, no sentido de contemplar os problemas de saúde e condições de vida em sua amplitude, uma vez que essas ações sempre estiveram voltadas para o controle do hospedeiro, agente etiológico e meio ambiente (IESUS 1993). Estas, sem dúvida, são de grande importância para romper/descontinuar a cadeia de transmissão das enfermidades, mas são restritas, pois são focais e de baixa efetividade, por não alcançarem os reais determinantes das doenças (Bertolozzi e Fracolli 2004).

Além disso, paralelamente, discutia-se a necessidade de reorganizar e reorientar os serviços do SUS. No campo da Epidemiologia, diversos profissionais de saúde e acadêmicos alcançaram importantes avanços conceituais sobre as práticas de vigilância epidemiológica, fazendo emergir a construção da Vigilância à Saúde (Barata 1993).

Nesse movimento, durante o Seminário Nacional de Vigilância Epidemiológica, em 1993, colocou-se a necessidade de reorganização do

sistema de vigilância epidemiológica, ocasião em que se destacou a construção da vigilância à saúde (Carvalho, Mota, Teixeira, 1993). A partir desse marco, vários autores têm contribuído nesse processo, conforme será verificado a seguir.

Antes de tudo, é necessário enfatizar que procedeu-se ao levantamento da produção científica sobre o tema Vigilância à Saúde, no período de 1990 a 2005. Utilizou-se a base de dados LILACS, a partir do descritor vigilância da população e citações de artigos e livros. Ressalta-se que na base de dados MEDLINE não foram encontradas referências que tratassem do tema Vigilância à Saúde. Foram encontrados trabalhos em que se discutem diferentes conceitos de vigilância e, outros, que relatam e discutem experiências de vigilância pautadas na vigilância, como se apresentam a seguir.

Em Cuba, desenvolveu-se um sistema de vigilância à saúde em atenção primária com um fluxo estruturado de informação nos serviços de saúde. Tal proposição foi favorecida pelo fortalecimento das estruturas políticas e administrativas no nível local, pela descentralização dos serviços higiênico-epidemiológicos e pela integração com a atenção primária que teve incremento marcado em número e atividades dos médicos e enfermeiros de família. A implementação desse sistema partiu da caracterização dos fatores determinantes de saúde (fatores biogenéticos, ambientais, os estilos de vida e trabalho, características sócio-demográficas, econômicas e epidemiológicas, bem como o acesso aos serviços de saúde), elaborando-se um diagnóstico da situação de saúde, que permitiu conhecer os principais problemas de saúde e orientar as medidas para sua transformação. A partir desse processo determinaram-se os aspectos que devem submeter-se à vigilância, estabelecendo-se quem, como e quando se deve vigiar e, ao mesmo tempo, definidos os componentes táticos e estratégicos. Foram definidos dois níveis do sistema de vigilância, no âmbito local, em que se estabeleceram os fluxos de informações e a responsabilidade para o desenvolvimento das ações. No primeiro nível, os Grupos Básicos de Trabalho - GBT (serviços similares às Unidades Básicas do Brasil), contam

com a participação do médico e da enfermeira de família, para proceder ao diagnóstico de saúde, semestral e anualmente. Por meio destes, avaliam-se os problemas identificados e determinam-se as ações para solucioná-los. No segundo nível, a Policlínica (que compreende vários GBTs) analisa diariamente as informações, detectando qualquer evento adverso agudo, além de resumir suas características e recomendar ações a serem tomadas pelo GBT. Este último nível avalia, ainda, anualmente, o diagnóstico da situação de saúde e estabelece novas ações; semestralmente, realiza nova avaliação da situação de saúde, que possibilita modificar ou eliminar os problemas detectados, o cumprimento e a efetividade das ações estabelecidas para reorientar, se necessário, o trabalho da vigilância (Batista, Gandul e Dias 1996).

Por outro lado, Fariñas e Bousa (1999), em estudo voltado para o levantamento das necessidades de conhecimento sobre vigilância em saúde entre os médicos de saúde da família, no mesmo País anteriormente mencionado, verificaram que a maioria desses profissionais desconhecia seu papel na vigilância, não tendo sido capacitados com a profundidade necessária para desenvolver a proposta e apresentarem-se desestimulados para realizar a assistência devido à sobrecarga de trabalho administrativo, que incluía o registro sistemático de grande quantidade de informações. Os autores destacam, ainda, a insuficiência de recursos humanos qualificados para gerenciar os programas, apesar da vigilância à saúde ser priorizada pelo Ministério da Saúde.

Numa outra perspectiva, e ainda no mesmo País, em estudo elaborado por Batista et al. (2001), foram definidos quatro estratos territoriais, com base na densidade demográfica e atividade econômica predominante em cada região, com o objetivo de implantar locais que seriam considerados como sentinelas para as atividades de vigilância e de intervenção. Segundo os autores, esse método permite analisar o comportamento de doenças e agravos à saúde e facilitar o planejamento de recursos e ações de saúde.

Os trabalhos citados relacionam a vigilância à saúde, principalmente ao sistema de informação e à organização dos serviços de saúde, sendo que no último, ressalta-se a defesa da apreensão e ação dos problemas que ocorrem na base mais local, o território.

Na Bolívia, Argentina e Brasil, o termo vigilância em saúde tem sido relacionado principalmente a um sistema de vigilância que conta com a participação da comunidade, constituindo-se um sistema de informação em saúde composto pela identificação, planejamento e intervenção sobre os principais problemas locais de saúde (Segura et al., 1999 e Llanque 2002, Bautista 2002). Ainda nessa perspectiva de modelo, a educação popular é referida como instrumento potente para a articulação da comunidade local, tendo promovido a autogestão comunitária com intervenções sustentáveis em algumas experiências. (Segura et al 1999).

Ainda que posta nas bases conceituais e operacionais pelo referencial da vigilância epidemiológica, na Bolívia, a participação da comunidade é enfatizada no processo de vigilância, transcendendo o seu formato tradicional (Espinoza 2002). Nesse país, Aguilar et al. (2001) discutem uma proposta de construção de redes de vigilância de mortalidade infantil, contando com a participação da comunidade no processo de identificação e análise das informações. Hilari (2002) discute como a vigilância epidemiológica pode, através da ação local, desenvolver consciência sanitária e processos de autogestão.

No início da década de 90, no Brasil, Carvalho e Marzacchi (1992), Paim e Teixeira (1993) e Barata (1993) já apontavam a necessidade da informação epidemiológica integrar programas e serviços de saúde, bem como apontavam a ampliação do objeto da Vigilância Epidemiológica. Além disso, discutiam a reorganização e atualização do Sistema de Vigilância Epidemiológica (SVE) em diferentes níveis e instâncias, acabando por propor a construção de um modelo de Vigilância Epidemiológica de transição para o Sistema Único de Saúde.

Apesar de diversos autores apontarem rumos para a ampliação do objeto da vigilância no Brasil, desde a década de 90, em estudo bibliográfico sobre a vigilância de doenças e agravos não transmissíveis, Bastos (2005) concluiu que uma pequena parte dessa produção científica se dedica ao estudo desses agravos e doenças, com poucos avanços nesse tipo de prática. O autor aponta que a construção de um sistema de vigilância de doenças e agravos não-transmissíveis, além de produzir e divulgar informações epidemiológicas sobre tais eventos e as formas de prevenção, relacionadas à rede de promoção da saúde, deve articular-se com a assistência, compondo sistemas de avaliação de serviços.

Como pode verificar-se, progressivamente, amplia-se e redefine-se o objeto da Vigilância Epidemiológica, com repercussão na evolução do conceito de vigilância, que ainda que com diferentes nomenclaturas, mantém o eixo comum pautado na Epidemiologia (Paim 2003).

Waldman (1993) propõe a Vigilância à Saúde como instrumento de saúde pública, partindo-se da análise de situações de saúde de grupos populacionais e considerando-se suas condições de vida. O autor aponta que, nessa perspectiva, a vigilância à saúde possibilita a investigação, monitorização e montagem de bancos de dados sobre outros agravos à saúde, além das doenças transmissíveis.

O projeto de Cooperação Técnica da Organização Panamericana da Saúde (Itália, Brasil, OPS 1992), coordenado por profissionais oriundos da Itália e implementado no Brasil, no início da década de 90, propunha a Vigilância à Saúde em distritos sanitários de saúde como intervenção passível de ser desenvolvida a partir da sua caracterização política-sócio-sanitária. Essa proposta toma a Vigilância à Saúde com o objetivo de favorecer a tomada de decisão e a operacionalização das ações por problemas prioritários, almejando a transformação das práticas de saúde.

Mendes (1993) define distrito sanitário como espaço geográfico, populacional e administrativo, coordenado por uma instância administrativa local, e entendido como um processo social e não burocrático. Nesse âmbito, propõe a Vigilância à Saúde como instrumento de intervenção sobre

os determinantes do processo saúde-doença que incidem nos grupos populacionais, no território adstrito ao distrito sanitário, para a reorganização das práticas de saúde. Nesse modelo, 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.

Paralelamente a esse movimento, Barata (1993) propõe a Vigilância à Saúde como forma de integração institucional entre a vigilância epidemiológica e a vigilância sanitária. Para a autora, essa proposta tem se concretizado através de reformas administrativas de diversas secretarias estaduais de saúde e as práticas de Vigilância à Saúde têm fortalecido, em particular, as ações de vigilância sanitária, viabilizando a articulação com centros de saúde do trabalhador, constituindo-se em espaço privilegiado para a implementação de campanhas de vacinação e controle de epidemias. Mais recentemente, essa proposição parece transcender o âmbito da vigilância epidemiológica e sanitária, organizando-se a partir da integração coordenada das 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 (Tambellini e Câmara 2002; Neves e Magalhães 2005).

Com referência à última menção, a Vigilância à Saúde incorpora a vigilância ambiental como uma nova área que não permanece necessariamente institucionalizada, apresentando-se como um campo de atuação multidisciplinar. Caracteriza-se pela sistematização de dados informatizados e incorporação da interdisciplinaridade para lidar com situações de vulnerabilidade sócio-ambiental. Seu objetivo é conhecer problemas sócio-ambientais, em determinadas regiões, para que se organizem ações de promoção e prevenção à saúde, além de subsidiar a construção de políticas de desenvolvimento sustentável (Augusto, Freitas e Torres 2002, Augusto 2003). O geoprocessamento, utilizado pela sobreposição de informações sociambientais, é o instrumento que permite focalizar as áreas e populações de risco e subsidiar o planejamento em relação ao saneamento e a vigilância à saúde (Martins 2003).

De forma semelhante, constrói-se a proposta de vigilância em saúde do trabalhador, para identificar agravos e riscos implicados na atividade laboral, a partir da relação trabalho e saúde. Machado e Porto (2003) defendem o uso desse modelo na organização de ações transformadoras dos processos e dos ambientes laborais através do trabalho em redes institucionais; enquanto Alves (2003), defende a consolidação desse campo específico na área de saúde pública, objetivando a promoção da saúde do trabalhador.

Entre os estudos dedicados à estruturação de instrumentos para a Vigilância à Saúde, apresentam-se investigações que valem-se da defesa do uso da Epidemiologia, por meio da análise de indicadores demográficos, sociais, econômicos e de saúde nos serviços (Waldman 1998). Nessa linha, Ximenes et al. (1999), no Brasil, implantaram, em dois municípios brasileiros, um modelo de vigilância de endemias em áreas urbanas, orientado pelo referencial da vigilância à saúde, que possibilita conhecer a desigualdade nas cidades, planejar intervenções e realizar o monitoramento. Esse processo é orientado por análises de situações de risco e indicadores epidemiológicos. Os autores construíram, para tanto, uma base territorial digitalizada, para ambos os municípios, utilizando-se o Censo do IBGE e mapas digitais de morbidade SINAN com relação à tuberculose e hanseníase. De acordo com os pesquisadores:

“(....) o modelo de vigilância proposto privilegia a compreensão do processo de produção das doenças em razão da ocupação do espaço urbano, com perspectiva de integração e compatibilização de banco de dados existentes e análise interativa de dados de saúde e sócio-demográficos” (p. 58).

Contribuindo para o avanço conceitual da Vigilância à Saúde, Teixeira, Paim e Vilasbôas (1998), referindo-se também a Mendes (1995), a definem como um modelo de atenção à saúde que organiza os processos de trabalho em saúde em um determinado território. Para os autores, essa vertente conceitual privilegia a dimensão técnica, partindo de um conjunto de

combinações tecnológicas, dirigidas ao controle de riscos e danos, além da dimensão gerencial da noção de vigilância 'da' saúde. Por isso, abordam de maneira diferenciada o sujeito, o objeto, os meios e a organização do trabalho. Para os pesquisadores, a Vigilância à Saúde constitui-se em modelo assistencial com as seguintes características básicas: intervenção sobre problemas de saúde em seus diferentes períodos do processo saúde-doença; ênfase em problemas que requerem atenção e acompanhamento contínuos; operacionalização do conceito de risco; articulação entre as ações promocionais, preventivas e curativas; atuação intersetorial e ações sobre o território.

Em consonância ao modelo anteriormente proposto, Freitas (2003) reforça o potencial da Vigilância à Saúde para desenvolver o controle social da informação sobre os determinantes de saúde pela população, para supervisionar as políticas e ações nas esferas econômica, social, política e cultural, além de mobilizar, no sentido da promoção da saúde. Para tanto, o autor considera que:

“(...) A promoção da saúde deve significar também o reconhecimento da complexidade dos problemas de saúde, exigindo-se simultaneamente abordagens mais qualitativas, bem como associações a estratégias participativas e territorializadas de saúde” (Freitas 2003, p.155).

Além disso, conclui que a Vigilância à Saúde deve contribuir para a reorientação dos serviços de saúde na superação das desigualdades de cobertura, acesso e qualidade.

Martins e Fontes (2004) incorporam o conceito de redes sociais à área de vigilância à saúde com base na necessidade de ampliar a vigilância epidemiológica, a qual compreenderia o processo saúde-doença na coletividade e transcenderia as ações burocráticas para alcançar um processo que envolve a participação da população, do governo, de organizações civis e científicas. De acordo com os autores, a rede de vigilância à saúde pode ser entendida como um:

"(...) sistema complexo formado pela articulação institucional de ações envolvendo ao mesmo tempo governo, comunidade, organizações civis e instituições científicas" (p. 109).

Os autores defendem que a construção de Redes de Vigilância 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, destaca-se o potencial para a mobilização de diversos atores em diferentes instâncias, o que permitiria maior eficácia e transparência aos programas epidemiológicos do SUS. Para tanto, destacam que é essencial disponibilizar amplamente as informações e utilizar a educação em saúde nos microambientes sociais (Martins e Fontes 2004).

Nessa linha, Paim (2003) aponta que a Vigilância à Saúde reforça a autonomia e o protagonismo dos sujeitos e possibilita intervenções para além dos fatores de risco, incorporando ações orientadas a modificar as condições de saúde.

Segundo Aerts et al. (2004), a Vigilância à Saúde é também considerada como uma resposta social organizada, pois parte da distribuição desigual de agravos e trabalha com grupos prioritários. Para tanto, apontam a necessidade de se conhecer os determinantes de saúde-doença desses grupos, a fim de promover a saúde através da intersetorialidade, da inclusão social, da educação e do fortalecimento da ação comunitária. Aerts et al. (2004) apresentam uma experiência no Rio Grande do Sul, na década de 90, que combinou propostas da Vigilância à Saúde e da Escola Cidadã:

“(...) A escola cidadã ou democrática toma como eixos norteadores a integração entre educação e cultura, escola e comunidade; a democratização das relações de poder dentro da escola; o enfrentamento da repetência e da avaliação; a visão interdisciplinar; e a formação permanente dos educadores” (p. 1024).

A convergência conceitual dessas propostas ocorre em quatro campos de ação da promoção da saúde, que a seguir serão detalhados. O desenvolvimento de habilidades pessoais constitui-se no campo em que a vigilância à saúde cria a oportunidade de identificação dos problemas de saúde e das situações que os determinam, incentivando a procura de soluções coletivas. A escola e o serviço de saúde ao estarem, ainda que em tese, mais próximos à vida cotidiana, possibilitariam a discussão sobre valores, crenças, mitos e estilos de vida quando os indivíduos estão mais suscetíveis à reflexão sobre esses aspectos. O segundo campo, que diz respeito ao fortalecimento da ação comunitária, parte do reconhecimento do território, buscando-se compreender a cultura local. Nesse espaço, pactuar-se-iam necessidades e problemas identificados pela população e por técnicos, buscando-se viabilizar a participação popular. No campo da criação de ambientes favoráveis à saúde, postula-se trabalhar com temas transversais, após o reconhecimento do território. Neste, a educação e a saúde lidam com problemas e necessidades dos grupos populacionais, além de possibilitarem trabalhar informações que instrumentalizariam os usuários na busca de condições de vida e trabalho saudáveis. Tanto na saúde como na educação, é necessário incluir a participação da população em conselhos locais e municipais de saúde, além de outras instâncias de participação da sociedade na gestão dos problemas públicos. Nos serviços de saúde, a transversalidade pode ocorrer entre a VE, a vigilância sanitária e a ambiental, na atenção e educação à saúde, no âmbito do indivíduo e do coletivo. A construção de políticas públicas saudáveis requer a atuação intersetorial como principal estratégia no enfrentamento das iniquidades. A escola cidadã busca proporcionar vivências problematizadoras para identificar e implementar as ações intersetoriais nos processos educativos,

enquanto a vigilância à saúde prevê a intersetorialidade em praticamente todas as intervenções junto ao coletivo.

Partindo do conceito de Vigilância à Saúde, entendida como um modelo de assistência para a atenção básica à saúde, de caráter intersetorial, que requer a participação da comunidade e o trabalho no território, Bertolozzi e Fracolli (2004) contribuem para a instrumentalização dessa proposta. Para tanto, propõem o uso de indicadores sociais e de necessidades de saúde, operacionalizados por meio das categorias: autonomia, qualidade de vida, desenvolvimento humano e equidade, além das redes de apoio familiar e do grau de informação/articulação para a participação social e desenvolvimento da cidadania. As autoras afirmam que esses indicadores favoreceriam o conhecimento sobre a realidade de vida e saúde dos indivíduos e grupos sociais para orientar as ações de promoção, prevenção e tratamento.

No que diz respeito aos estudos que investigam ou investigaram o desenvolvimento da Vigilância à Saúde em serviços são raros. Em estudo sobre o trabalho da enfermeira na vigilância epidemiológica em uma unidade de saúde, Rodrigues, Fracolli e Oliveira (2001) verificaram a predominância das ações de controle de doenças transmissíveis, cabendo à enfermeira um trabalho parcelar, centrado no modelo clínico, não integrado ao trabalho da equipe e, tampouco, à análise da situação de saúde da população local. As autoras concluem sobre a necessária abertura de novos canais de diálogo e de tecnologias de saúde para a redefinição da assistência, atendendo à demanda real e a discussão, em serviço, sobre as concepções de trabalho em saúde e sobre o processo saúde-doença, para caminhar em direção à vigilância à saúde.

Ao investigar as práticas de vigilância epidemiológica na Secretaria Municipal de Ribeirão Preto, Villa (2002) constata que a potencialidade dessa área está no trabalho territorial, a partir de um projeto de trabalho comum às diferentes categorias profissionais, no sentido de construção da Vigilância à Saúde.

Tendo em vista a potencialidade da Vigilância à Saúde para contribuir com a redefinição das práticas de saúde, no sentido de promover o controle social da informação sobre os reais determinantes de saúde e, principalmente, cuidar e promover a saúde das populações que habitam os territórios adstritos aos serviços de saúde, considera-se importante levar a cabo a preocupação de investigar a situação como se encontram as práticas de vigilância na atenção básica à saúde, na realidade de um Distrito de Saúde do Município de São Paulo: mais propriamente, junto ao Butantã. Para tanto, a partir da apreensão dessas práticas, por meio da análise de depoimentos de sujeitos que realizavam ações de Vigilância em diferentes instâncias da estruturação da saúde, procede-se ao diálogo com as propostas de Vigilância à Saúde já conhecidas na literatura, oriundas da própria realidade sócio-sanitária brasileira.

Partiu-se, portanto, das seguintes indagações:

- ✚ Como os gestores e trabalhadores de saúde entendem a Vigilância à Saúde?
- ✚ Como se realizam as práticas de Vigilância à Saúde nas Unidades Básicas de Saúde e na Supervisão de Vigilância Epidemiológica?
- ✚ Quais as potencialidades e os limites do desenvolvimento dessas práticas segundo a percepção de trabalhadores da saúde?

Desse modo, este estudo tem como finalidade, identificar os avanços, limites e desafios das práticas de vigilância à saúde em um determinado sistema local de saúde.

OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Identificar e analisar a estruturação das ações de vigilância na Supervisão Técnica de Saúde do Butantã da Secretaria de Saúde do Município de São Paulo (SP).

2.2 Objetivos Específicos

Verificar as concepções dos trabalhadores a respeito da vigilância à saúde.

Identificar as práticas de vigilância à saúde existentes nos serviços de saúde, discriminando as ações, os instrumentos utilizados, os sujeitos que operam e a forma como se desenvolve a organização do trabalho.

Relacionar as concepções e práticas locais de vigilância ao horizonte teórico-conceitual da vigilância à saúde.

METODOLOGIA

3 METODOLOGIA

Trata-se de estudo exploratório-descritivo e qualitativo que buscou conhecer a realidade da vigilância à saúde na Atenção Básica à Saúde.

3.1 Marco Teórico

Tendo em vista que as intervenções em saúde se realizam conforme a visão de mundo, o presente estudo está pautado nas bases analíticas das teorias interpretativas do processo saúde-doença e no conceito marxiano de processo de trabalho em saúde, os quais são discutidos a seguir.

3.1.1 Concepção de Saúde-Doença

As interpretações sobre o processo saúde-doença humano, historicamente, expressam diferentes formas de pensar o mundo, traduzem também, diversos ou até antagônicos projetos filosóficos. As concepções de doença dependem do objeto sobre o qual se atua, portanto, são historicamente determinadas (Oliveira, Egry 2000, Mendes-Gonçalves 1990).

De acordo com Canguilhem (1982), até o século XIX, as representações de doença colocavam-se no formato de pólos, revelando-se sob a concepção ontológica e dinâmica, que conformam a Teoria Unicausal da doença.

Na concepção ontológica, a enfermidade tem estatuto de entidade, causa única, externa ao ser humano, mas proveniente do ar, de outros indivíduos ou de objetos. Relaciona-se a “coisas” que adentram o corpo, como espíritos, possessões demoníacas ou flechas lançadas pelos deuses, dentre outras representações. Constitui-se como entidade maléfica que se agrega ao corpo sem que o ser humano tenha controle ou participação no processo de causação. A cura estaria baseada num esforço de expulsão da doença por meio de tratamentos mágicos (Canguilhem 1982).

Essa concepção era vigente na Antigüidade, principalmente entre os assírios, egípcios e hebreus e baseia-se na idéia de dominação do homem pela natureza por falta de meios para controlá-la. A visão de mundo desses povos era mítico-religiosa, por isso, esse mesmo caráter permeava a concepção de doença e o modo de tratamento se concentrava na função curativa de plantas e por outros elementos naturais (Canguilhem 1982).

A concepção dinâmica se opõe à ontológica na medida em que se baseia na crença de que a natureza, externa ou interna ao Homem, revela o equilíbrio de forças, sendo a saúde seu resultante. A partir dessa vertente, o Homem desempenha um papel ativo no processo e nas causas, que perdem o caráter mítico-religioso, observado na vertente ontológica (Canguilhem 1982, Mendes-Gonçalves 1990).

Inicialmente, a concepção dinâmica corresponde à vigente na medicina hindu e chinesa em que a doença era tida como produto do desequilíbrio entre os elementos do corpo humano. A enfermidade, enquanto perturbação do equilíbrio e busca da retomada da harmonia, está em todo o ser humano. Assim, a doença não é unicamente desequilíbrio ou desarmonia, mas também e, principalmente, o esforço que a natureza exerce sobre o homem para obter um novo equilíbrio, a obtenção da cura. Nesta “*concepção dinâmica naturalista*” também se evidencia uma noção “*ontológica vitalista*” – da vida. A doença não seria uma “entidade mórbida”, mas expressão sintomática do desequilíbrio da vida. O restabelecimento do equilíbrio interior, a saúde, era buscado através de diferentes práticas de estímulo a essas forças primárias. Então, nessa concepção, o Homem já

não é um ser passivo, mas desempenha papel ativo, ainda que as causas das doenças sejam naturalizadas (Canguilhem 1982).

Esta visão de saúde e de doença refere-se ao processo de transformação de visão de mundo, um processo de passagem do pensamento sobrenatural para o pensamento racional e filosófico (Andery 1988).

Já no século V a.C. parte-se para o pensamento baseado na concepção de que a matéria é inerte e só se move por força exterior. Isso marcou a corrente “atomista”, ou seja, todos os fenômenos do Universo eram explicados pelo encontro de átomos. A noção de “lei natural” marca o início da concepção mecânica de mundo, que renuncia a síntese enquanto unidade de uma pluralidade, destrói a especificidade dos fenômenos e instaura o convencionalismo no processo de solução de problemas (Andery 1988).

No período Clássico, os filósofos gregos Platão, Sócrates e Aristóteles (séc. V a IV a.C.) contribuíram para a transição entre o pensamento cosmológico e o filosófico centrado no Homem. Esses filósofos acreditavam que os cidadãos só deveriam ter uma formação via conhecimento da verdade, para alcançar uma vida mais justa. A Filosofia nasce, inicialmente, a partir da natureza que envolvia todos os conhecimentos sobre o mundo na época (a natureza em torno dos corpos celestes, sobre o Homem). A natureza era considerada um todo único, portanto, um produto de contemplação direta. Nessa concepção, a doença não se localizava em alguma parte do Homem, estava em sua totalidade, conseqüente de uma desarmonia provocada internamente. Era também um esforço da natureza para re-estabelecer o equilíbrio, por isso, aceitava-se a doença terapeuticamente para retornar ao equilíbrio (Andery 1988). Uma grande contribuição a essas concepções foi dada por Hipócrates (séc. V a IV a.C.), médico grego considerado o pai de medicina moderna, que entendia a doença como parte da natureza. Em seu livro *“Água, Ares e Lugares”*, classifica e explica uma diversidade de doenças a partir da Clínica e da observação da natureza, considerando o ambiente físico na causalidade das

doenças, o local onde os indivíduos moravam e trabalhavam (Barata 1985).

Ao final do período Clássico, expande-se o Império Macedônico sobre a Grécia e, com isso, ocorre a fusão da cultura grega com a oriental, dando origem à cultura helenística (séc. IV-II a.C.), quando ocorre pela primeira vez, a separação entre a ciência e a filosofia, com grande produção do conhecimento científico. Nessa época, as escolas filosóficas abandonaram a preocupação com o social e concentraram-se na investigação da natureza e no Homem-indivíduo (Andery 1988)

Muito depois, no período de consolidação do feudalismo ocidental (séc.V a X) o desenvolvimento técnico e científico quase inexistiu, mas na área da medicina iniciavam-se alterações na concepção de causalidade, ainda sem consolidação. Os princípios hipocráticos se mantinham, a clínica foi abandonada e verifica-se impregnação da religiosidade na prática médica por influência do Cristianismo (Andery 1988).

A partir do séc. XIV, fim da Idade Média, as doenças infecto-contagiosas preocupavam intensamente, devido ao grande número de epidemias como, por exemplo, a Peste Negra. Toda a Europa encontrava-se assolada por conflitos internos. Nesse cenário, a noção de contágio ganha conotação cósmica, de encantamentos (Andery 1988).

Segundo Czeresnia (1997), a partir do século XVI, formulou-se uma teoria ontológica de contágio, sem pretensão científica, em que a representação teocêntrica do mundo foi sendo substituída por uma representação antropocêntrica fundada na razão. Paracelso, Versálio e Fracastoro tentavam transformar a medicina de contemplativa em operativa. Paracelso buscou especificar o 'ente' da doença, o que se traduzia na busca da operacionalidade de uma terapêutica fundada na intervenção. Essa especificidade da doença concebida como um ser, ou uma entidade, é que fazia diferir a teoria dinâmica de Fracastoro da hipocrática, em que a doença se origina do desequilíbrio entre o homem (corpo) e a constituição atmosférica (Czeresnia 1997).

No período do Renascimento, transição entre a época feudal e moderna, ressaltava-se a ruptura de relações sociais e emergia um

antropocentrismo humanista presente nas atividades sociais, nas quais se tematizava o Homem como proprietário da natureza e, portanto, livre do domínio dos deuses. O ser humano era representado como sujeito de mudanças, com força criativa autônoma, ser pessoal e social. Nessa época, retomaram-se as observações empíricas, os estudos atômicos e de outras ordens, que resultaram na constituição das ciências básicas. Constrói-se, então, o experimentalismo, o pragmatismo e o método (Luz 1988).

No séc. XVII, foi constituída a “*Ciência Moderna*”, por Galileu e Newton, com base na visão de mundo aristotélica e mecanicista, alimentada nos estudos de leis e movimentos conseqüentes aos tratamentos matemático e geométrico de todos os fenômenos. O modelo mecanicista foi aplicado à natureza em geral, ao próprio corpo do ser humano e estendido à elaboração do conhecimento. Isso exigia que o conhecimento fosse repensado em relação ao seu processo como fé x empirismo (Bacon) e racionalismo (Descartes). Nesse contexto, foi formulada a Teoria do Contágio por Fracastoro, em que a doença era tida como um ente. Partículas imperceptíveis denominadas “*seminaria*”, passavam de uma coisa a outra direta ou indiretamente. A concepção de contágio estimulou práticas de controle e cerceamento dos indivíduos. Ao contrário, os anticontagionistas, relacionando a doença à constituição atmosférica, enfatizaram as práticas centradas fundamentalmente no controle ambiental. Essa “*teoria miasmática*” é uma das elaborações teóricas que se originou das concepções iniciais de contágio, as quais se mantiveram até a emergência da “*Era Bacteriológica*” (segunda metade do séc. XIX). A origem dos miasmas era tida como ambiental, não muito clara, pelos eflúvios ou partículas da atmosfera, que entram nos “sucos” do corpo, já predisposto, misturam-se ao sangue e contaminam todo o organismo. Essa corrente retoma a corrente ontológica da causalidade, em detrimento da concepção dinâmica, representada pela medicina hipocrática, por sua vez, mais ampla (Czeresnia 1997).

Em fins do século XVIII, após a Revolução Francesa, e início do XIX, com o crescente processo de urbanização e industrialização, a deterioração

das condições de vida e trabalho acarretou o aumento da ocorrência de epidemias. Surge, nesse período, um intenso movimento social denominado “*Medicina Social*”, liderado pelo médico Virchow. Neste, as doenças relacionavam-se ao ambiente de vida e trabalho e às relações sociais, determinadas, portanto, por desestruturações na sociedade (Rosen 1994). Torna-se necessário, dessa forma, que a sociedade transforme sua estrutura de organização para estabelecer ou recuperar a saúde deteriorada ou espoliada. Apesar de constituírem-se movimentos de cunho revolucionário, estes não lograram enquanto projeto de intervenção, principalmente em decorrência de insucessos políticos (Barata 1985).

Entre as explicações sobre a causa das doenças, de origem interna ou externa, a concepção de causa externa evolui para uma explicação biológica. Nesse processo, o desenvolvimento da microbiologia e de técnicas de “*visualização da causa*” tiveram um papel importante para a clínica (Luz 1988).

Nesse modelo biológico da teoria unicausal, o homem é visto como ser cujas ações são limitadas ao funcionamento mecânico dos órgãos, sobre os quais se intervêm, isolando o ser humano de seu contexto social. A doença será progressivamente encarada como disfunção de origem orgânica. As descobertas da microbiologia impulsionaram a reconceituação da causalidade das doenças, em que o parasita, a bactéria e, posteriormente, o vírus, tornam-se as causas últimas e únicas das doenças. Com isso, estabelecem-se as causas para as doenças infecciosas, o que tornou possível o combate dessas enfermidades, principalmente através da imunização e de tratamentos medicamentosos. No entanto, no início do século XX, a explicação unicausal das doenças mostra-se insuficiente, o que determinou a elaboração de outras teorias (Barata 1985).

A Teoria Multicausal da doença é a vertente constituída durante o século XX e ainda hegemônica em nossa época. Caracteriza-se, principalmente, por elaborações teóricas de cunho biologicista e ahistórico, mas revela-se mais complexa do que a Teoria Unicausal. Sua origem está nas concepções ontológica e dinâmica da doença e predominou no mundo

ocidental nos dois últimos séculos. Nela, o normal e o patológico não diferem, a não ser enquanto quantidades diversas de mesma qualidade – a vida centrada no sentido mais biológico possível. Foram postulados três modelos coerentes com essa teoria como: o de Macmahon e Pugh, que derivou do modelo Multicausal de Gordon e o da História Natural da Doença de Leavell e Clark que serão explicados a seguir (Fonseca e Bertolozzi 1997).

O Modelo Multicausal de Gordon, na década de 20, constitui-se numa recuperação da concepção dinâmica da doença em que a saúde é entendida como um estado de equilíbrio e a doença como um estado de desequilíbrio entre três fatores: o agente, o hospedeiro e o meio-ambiente. O autor considera a doença representada por uma balança, tendo em cada prato, os fatores agente e hospedeiro e, no centro, o meio-ambiente (Fonseca e Bertolozzi 1997).

O Modelo Multicausal de Macmahon e Pugh explica-se através de uma rede de causalidade, com interações recíprocas entre diversos fatores. Os autores desse modelo assumem a abordagem positivista Comtiana, o que limita a possibilidade de descobrir a “verdadeira” causa, já que valoriza apenas a descoberta das leis invariáveis que regem essa trama. Afirmavam, de acordo com as necessidades da época, que bastava identificar o elemento mais frágil para intervenção na rede de causalidade, sem precisar modificar a totalidade dos fatores (Fonseca e Bertolozzi 1997).

O Modelo da História Natural da Doença de Leavell e Clark é considerado a abordagem da multicausalidade melhor elaborada. Construído em 1965, este paradigma expressa os princípios básicos do “*Movimento Preventivista*”, considerando a doença um processo natural, fenômeno com evolução livre de intervenção técnica da área de saúde, mas aquilo que se desenvolve segundo a interação de forças e elementos definidores de sua estrutura, caminhando para a cura espontânea, cronificação, ou para a morte. Neste Modelo, entende-se que a saúde e/ou a doença relacionam-se ao agente, ao hospedeiro e ao meio ambiente. Esses fatores encontram-se em estado de equilíbrio e a doença se origina quando o comportamento de

algum deles se torna anormal, podendo alterar os outros (Fonseca e Bertolozzi 1997).

O período que antecede a interação desses fatores é chamado por pré-patogênese. O período em que ocorre um distúrbio no homem, antes que se alcance o equilíbrio, ou que siga alguma invalidez ou a morte, é denominado curso natural da doença ou patogênese. A combinação dos processos ocorridos nesses dois períodos é conhecida como *“História Natural da Doença”*. Esse Modelo alicerçou a criação da maioria das Escolas de Medicina Preventiva no Brasil (Fonseca e Bertolozzi 1997).

Nele, a abordagem do ser humano é universalizante, tomando o Homem apenas por atributos naturais biológicos, a partir da noção de hospedeiro, que se constitui numa concepção de Homem passivo, que pode ser invadido ou tomado (Fonseca e Bertolozzi 1997).

A principal crítica a esse Modelo atribui-se à redução da realidade social a um conjunto de *“fatores causais”*. Assim, os fatores sociais, fisiopatológicos e econômicos são colocados em um mesmo plano e reduzidos a *“fatores de risco”* que atuam com igual peso e hierarquia. Verifica-se então, a naturalização do social, já que as relações sociais que o ser humano estabelece entre seus pares e a natureza, são observadas numa perspectiva ahistórica e a produção social é reduzida a um dos *“fatores”* do meio ambiente (Fonseca e Bertolozzi 1997).

Barata (1985) faz a seguinte interpretação sobre os três fatores: agente, hospedeiro e ambiente, que são apresentados numa distribuição apenas espacial: essa Teoria deixa transparecer a racionalidade do modo de produção capitalista, ou seja, os agentes e hospedeiros apresentam variações exclusivamente naturais como a população de um ecossistema. Isto porque se reduz o elemento Homem à sua condição animal, transpondo para o meio ambiente sua condição de produtor. Assim, o Homem, reduzido a um ser de categoria natural, pode ser classificado segundo os critérios naturais/biológicos, como: idade, raça e sexo. Com isso, rompem-se as relações existentes entre o sujeito social e seus produtos, ocultando-se a origem social da produção. Dessa maneira, também os fatores do meio

ambiente aparecem como naturais. A mesma autora considera que essa naturalização é útil ao sistema capitalista em dois aspectos: ao obscurecer as diferenças de classe e por direcionar projetos de intervenção bem limitados na medida em que as alterações são compreendidas apenas como biológicas e as relações entre os fatores ocorrem restritamente no plano ecológico. Sendo assim, as ações podem se restringir às “*medidas ecológicas*” sem requerer alteração na estrutura social.

Segundo Breilh e Granda (1995), as vertentes que lastreiam a Teoria Multicausal da doença não favorecem e não objetivam a busca das “*verdadeiras causas*” dos agravos, aquelas que transcendem a aparência. Isto porque apenas oferecem uma resposta prática que rompe a “cadeia causal”, através da supressão ou modificação de uma das variáveis no aparecimento do problema, com a intenção de diminuí-lo a níveis toleráveis, mas sem trabalhar as causas estruturais, as quais poderiam desequilibrar o sistema social.

A partir da década de 60, reuniram-se críticas cada vez mais intensas enfocando as limitações dos modelos Unicausal e Multicausal. Esse movimento impulsionou, na década de 70, a reformulação da concepção da saúde e da doença como um processo socialmente determinado, buscando alcançar práticas mais articuladas aos interesses e necessidades populares.

A Teoria da Determinação Social do Processo Saúde-Doença se origina a partir da articulação da interpretação dos fatores causais, com base teórica nas Ciências Humanas e Sociais, como Sociologia, Filosofia, Ciências Políticas, Geografia, e a explicação epidemiológica, sobre a causa das doenças (Breilh e Granda 1991).

Apesar da relativa heterogeneidade na produção científica, relacionada a essa teoria interpretativa, destaca-se a evidência da determinação social voltada para as características do modo de produção capitalista dos países periféricos. Nesse sentido, esse conhecimento tem sido produzido, principalmente, na América Latina. A finalidade dessa Teoria é possibilitar maior poder explicativo dos fenômenos sociais saúde e doença, além de ser dotada de uma potencialidade transformadora na prática. Essa

corrente é fundada com base na visão de mundo materialista e histórica, em que o modo de produção da sociedade se constitui na base sobre a qual é construído o cotidiano e o modo de vida.

Nesta perspectiva, o processo saúde-doença é determinado pelas relações que os homens estabelecem entre si na sociedade em que vivem, em específicos espaços políticos, econômicos e culturais, em determinado tempo histórico e submetidos a diferentes condições de vida e trabalho (Almeida et al. 1999). Dessa forma, concebe-se a vida humana não como estática, mas em constante transformação, em um processo essencialmente coletivo. Tem-se, portanto, a realidade conformada por processos gerais, particulares e singulares, que incluem a estrutura da sociedade; a constituição de grupos sociais dotados de perfis epidemiológicos específicos e a vivência específica da saúde-doença pelos indivíduos. A saúde e a doença são tomadas dialeticamente, como pólos de um mesmo processo, que se constitui como parte da totalidade maior que é a vida (Breilh 1986).

A forma de inserção na sociedade determina, portanto, a cada sujeito, diferentes vulnerabilidades, as quais se evidenciam através de processos construtores ou destrutores que atuam em seu corpo. Considerando que há especificidade nos modos de produção e de reprodução social, entende-se que a coletividade não é homogênea, mas constituída em grupos com distintas condições de vida e de trabalho. Estas condições é que produzirão distintos perfis típicos de saúde-doença que são denominados perfis epidemiológicos (Breilh 1986, Laurell e Noriega 1989).

Conforme aponta (Bertolozzi 2005):

“Para todos os grupos sociais Resguardando-se as particularidades biológicas e genóticas dos diferentes grupos sociais, a saúde-doença se constitui como complexa interação entre processos físicos, afetivos, sociais, políticos, econômicos e territoriais, dentre outros, que estruturam a condição humana. Isto determina a forma como esses grupos experimentam e simbolizam a saúde-doença, atribuindo significados que refletem valores, atitudes e crenças” (p.32).

A Saúde Coletiva, no Brasil, constitui-se a partir da década de 70, como campo de saberes e práticas estruturado na base histórico-social que, diferentemente da Saúde Pública (cujo entendimento sobre a saúde e a doença volta-se para uma perspectiva biológica e multicausal), compreende a saúde-doença como processo determinado socialmente (Almeida et al. 1999).

A Saúde Coletiva, por tomar o homem como ser social, que se constrói mantendo relações com outros homens e com o meio, propõe que o coletivo é constituído, não pela somatória de indivíduos, mas por sujeitos sociais, grupos e classes sociais demarcados por relações de poder (Almeida et al. 1999). Nessa perspectiva, a saúde é entendida como campo de práticas sociais, o que coloca a categoria trabalho como fundamental para esta área, já que tais práticas estruturam-se como trabalho (Mendes-Gonçalves1992).

3.1.2 Processo de Trabalho em Saúde

A categoria analítica trabalho vem sendo incorporada ao campo da saúde desde a década de 60, na América Latina, com Juan César Garcia e, na década de 70, no Brasil, principalmente por Ricardo Bruno Mendes Gonçalves, Lilia Blima Schraiber, Emerson E. Merhy, seguindo-se Gastão Wagner de Souza Campos e, na área de enfermagem, por Brigitta Elza P. Castellanos, Maria Cecília Puntel de Almeida, entre outras. Esses autores fundamentaram-se na vertente marxista, contribuindo para a concepção da organização tecnológica do trabalho (Almeida et al 1999, Peduzzi 2001, Castellanos 1989).

A análise das práticas de saúde, através da dimensão do trabalho, permite compreender que são práticas sociais, sendo determinadas pela finalidade social do trabalho (Almeida et al 1999). Antes de adentrar no tema processo de trabalho em saúde, vale resgatar o conceito de *trabalho* e de *processo de trabalho*.

O trabalho se constitui num processo em que o homem despende energia física ou mental para a transformação da natureza, a fim de satisfazer necessidades humanas. (Marx 1968). As transformações mediadas no processo de trabalho não são naturais e considerando que o homem faz parte da natureza e potencializa as características a ela imanentes, o que o diferencia deste todo é a capacidade de fazer sua própria história. A principal característica do trabalho humano é o seu caráter teleológico, ou seja, contém uma intencionalidade. O homem não apenas transforma o material sobre o qual opera, mas nele imprime seu projeto e este se constitui como determinante do modo de operar e ao qual deve subordinar a sua vontade. A tensão decorrente desse processo é entendida como finalidade, presente antes e durante essa dinâmica. O processo de trabalho é, então, composto pelos elementos: o objeto, os instrumentos e a finalidade (Mendes-Gonçalves 1992).

O objeto do trabalho é o aspecto específico, recortado da realidade,

sobre o qual incide o trabalho. Só se torna um objeto quando o sujeito o delimita: (...) “guiado pelo olhar que antevê em um certo fragmento da natureza um certo resultado potencial”. Portanto, um objeto está na natureza, mas não é natural porque é delimitado por um olhar que contém um projeto, uma finalidade. Destaca-se que toda objetualidade da natureza envolve a presença de um sujeito do qual é inerente a subjetividade e a objetividade de modo inseparável. Isto significa que, ao transformar a natureza, o sujeito transforma a si próprio, enquanto se reproduz na historicidade. A apreensão do objeto de trabalho permite a visualização dos instrumentos, tanto materiais quanto não-materiais, do processo de trabalho e o produto final que se quer alcançar (Mendes-Gonçalves 1992, p. 6-7, Mendes-Gonçalves 1994).

Os instrumentos correspondem à forma com que a energia se incorpora no processo, e devem ser capazes de sintetizar as qualidades do objeto e o projeto que se antevê em uma ação transformadora. Não são naturais, só se tornam instrumentos de trabalho quando um sujeito dotado de um projeto os utiliza, valendo-se de suas qualidades, e são construídos historicamente pelos sujeitos. Os instrumentos são armazenados pelo homem para serem reutilizados, ou seja, são pensados também em função de seu uso, fora do espaço e do tempo em que estão sendo utilizados:

“(....) são produzidos porque são resultados de processos de trabalho cujo sentido teleológico está orientado para outros processos de trabalho, e não para a satisfação imediata de carecimentos” (Mendes-Gonçalves 1992, p.13) .

A finalidade do trabalho significa a interiorização produtiva de um carecimento humano, conduzindo e transcorrendo todo o processo. Ela aparece no processo de trabalho de três modos: pelo fato do homem que possui um carecimento; na constituição do homem em atividade por consequência da finalidade nele posta e; na persistência produtiva da atividade. Entretanto, não se constitui como soma dessas presenças, todas ao mesmo tempo, mas se coloca como uma síntese de relações (Mendes-Gonçalves 1992).

A capacidade do homem construir idealmente os processos de trabalho possibilita a divisão nos momentos do pensar e do fazer. O homem divide as funções de elaborar e executar o trabalho. Portanto, enquanto separa o trabalho em dois momentos, amplia o seu domínio sobre as forças naturais, apropriando-se diferenciadamente das condições do processo de trabalho e, por conseqüência, dos resultados que serão alcançados (Mendes-Gonçalves 1992). A divisão do trabalho é compreendida sob os conceitos de divisão técnica e divisão social. A divisão técnica ocorre através do fracionamento de um primeiro trabalho em outros parcelares. Há uma relação de complementaridade e interdependência entre os trabalhos parcelares e especializados em uma mesma área de produção. A divisão social é simultânea à divisão técnica e expressa as desiguais inserções sociais dos sujeitos, além da desigual valorização social dos trabalhos. Portanto, a divisão técnica se reproduz nas relações sociais e ideológicas socialmente estabelecidas (Marx 1968, Peduzzi 2001).

Ressaltam-se duas questões importantes quando se debate a respeito da divisão do trabalho: a primeira é que o trabalho também pode ser realizado sem que o homem que o executa conheça o resultado, o que acarreta a alienação do trabalho. A segunda refere-se à repetição do ciclo do processo de trabalho, que implica na reprodução de todos os seus aspectos parciais. Ao repetir o processo de trabalho, o homem já não será mais o mesmo, mas um homem pelo menos uma vez satisfeito, modificado pelo ato do consumo, com sua destreza aumentada, que pode potencializar as possibilidades de aplicação do trabalho e atender a outros carecimentos, que não mais os primordiais (Mendes-Gonçalves 1992).

O homem, como ser social, expressa carecimentos, não individuais, mas que emergem de seu grupo social de pertencimento. Esses carecimentos, transformados em finalidades, guiam todos os processos de trabalho e, estes, construídos histórica e socialmente, são chamados de necessidades (Mendes-Gonçalves 1992). Merhy (1997) chama a atenção para a compreensão de carecimentos pautada na transcendência da falta de algo que precisamos consumir, mas para a dimensão de necessidade

voltada para a expressão de um ser que potencialmente deseja ser, existir, fazer parte do mundo.

Sendo assim, Mendes-Gonçalves (1992) afirma que os processos de trabalho e as necessidades compõem estruturas reciprocamente relacionadas, que recobrem o conjunto da vida social.

“O homem precisa necessariamente ter necessidades, referir-se ativamente à natureza, para ser. A objetivação dessa condição dando-se através do trabalho, como forma naturalmente humana de vir a ser, acarreta a consubstancialidade das características do trabalho e das necessidades” (Mendes-Gonçalves 1992, p. 19).

É importante considerar que as necessidades humanas são desiguais, assim como os modos de produzir e distribuir os produtos do trabalho (Mendes-Gonçalves 1992).

O processo de trabalho é, então, um ciclo que detém a dialética carecimento/processo de trabalho, efetivado através do consumo produtivo da força de trabalho e da intermediação de instrumentos que o sujeito insere entre si e o objeto, direcionando sua atividade a uma determinada finalidade. Constitui-se, ainda, num processo de re-produção, porque parte de resultados anteriores, acumulados historicamente e, ao mesmo tempo, em processo de produção e re-produção dos próprios indivíduos (Mendes-Gonçalves 1992). Os processos de trabalho não ocorrem de maneira isolada, constituem uma rede de processos de trabalho, em que seus elementos são sempre articulados (Mendes-Gonçalves 1992).

Ao tomar qualquer processo de trabalho é imprescindível considerar o modo de produção no qual este opera. Sempre há conexões entre os processos de trabalho/re-produção das necessidades e sua constituição é subordinada a modos históricos de produção (Mendes-Gonçalves 1992).

O processo de trabalho em saúde não pode ser pensado como trabalho em saúde em geral, mas, enquanto processos específicos que têm necessidades específicas configuradas como objeto de trabalho. Existem como processos de trabalho individualizados, social e historicamente

determinados, realizados por agentes sociais (trabalhadores em saúde), nos quais há uma divisão social do trabalho (Mendes-Gonçalves 1992, 1994).

Da prática médica derivam outros trabalhos especializados e complementares como as especialidades médicas, a enfermagem, e outros, realizados pelos fisioterapeutas, assistentes sociais, etc. Entretanto, no trabalho parcelar, cada trabalhador com suas especificidades, estrutura-se no conjunto de uma equipe multiprofissional sob a normatividade médica, que é tradicionalmente hegemônica. Esse processo de individualização de cada trabalho ocorre através de uma necessidade histórica de atuações especializadas, configurando saberes e ações próprios. Como resultado da divisão do trabalho, nas ações de saúde também ocorre a justaposição alienada, em que cada parcela é exercida autônoma e independentemente, decorrendo a fragmentação. A heterogeneidade dos agentes de trabalho em saúde aumenta a complexidade da organização dos serviços, e também implica na existência de diferentes processos de trabalho (Mendes-Gonçalves 1992, Peduzzi e Palma 2000).

Segundo Mendes-Gonçalves (1992), o trabalho em saúde baseia-se numa concepção positiva de saúde, proposta por Canguilhem, como normatividade vital, entendida como capacidade humana de instituir normas. As noções de normal e patológico se constituem como “*modos de andar a vida*”, enquanto campos de normatividade que ultrapassam os limites do corpo anátomo-fisiológico (Mendes-Gonçalves 1994). Outra especificidade desse processo de trabalho é a não produção de bens materiais mas, ainda assim, é mantida a similaridade com outros processos de trabalho no capitalismo, tais como, a dimensão da produção de resultados que correspondem às necessidades, através da interação do homem com objetividades que discriminam e transformam com vistas à re-produção de suas necessidades (Mendes-Gonçalves 1992).

De acordo com Malta et al., (2004) a dinâmica do processo de trabalho em saúde é marcada pela incerteza sobre o produto final, e a especificidade desse trabalho está no fato de seu desenvolvimento implicar num espaço relacional que envolve o usuário e o trabalhador/produtor do

trabalho em ato. Assim, em cada encontro cria-se algo imprevisto, pleno de subjetividade.

O objeto de trabalho em saúde “homem” deve ser apreendido em sua objetividade, e esta inclui a subjetividade, compreendida como as relações mediadas por afetos, desejos, normatividades e trabalho que cada homem estabelece com o todo e consigo fazendo-se sujeito. Essa característica, propriamente humana, desdobra-se em suas capacidades de ser normativo em relação à natureza e a si mesmo. A subjetividade humana, apreendida como objeto de trabalho, permite discriminar os processos de trabalho em saúde, bem como perceber sua redução a processos relativos à doença (Mendes-Gonçalves 1992).

Mendes-Gonçalves explica a apreensão do objeto de trabalho em saúde através do conceito “saber operante”, em que o saber consiste em generalizações conscientes e estruturadas a partir da prática e que expressam sua materialidade nos instrumentos e nos discursos sob diversas formas. Os saberes utilizados no trabalho médico são: a clínica - “(...) saber organizador da prática médica individual e enquanto conhecimento original da doença” e a epidemiologia - “(...) saber que se estrutura sobre a saúde e a doença na dimensão coletiva”, sendo ambas originadas do método científico positivista (Mendes-Gonçalves 1994, p. 76-78). Destaca-se que o saber, na dimensão do coletivo, deve responder às necessidades expressas no plano coletivo, ser objeto de intervenção nesse plano e, como objeto, deve ter a correspondência em relação à adequação dos instrumentos (Mendes-Gonçalves 1994, p74).

A respeito do mecanismo e do sentido do trabalho em saúde, Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves desenvolve o principal arcabouço teórico para o conhecimento sobre a mecânica e os sentidos do trabalho em saúde e, a partir dele, Emerson E. Merhy amplia a concepção de tecnologia na produção em saúde com base nas dimensões: trabalho vivo, trabalho morto, produção, consumo e necessidades.

Assim, Merhy (1997, 2000) constrói novos conceitos de tecnologia em saúde, classificadas como: leves, leves-duras e duras. As tecnologias duras

constituem o conjunto de materiais e instrumentos de trabalho como máquinas, imagens, exames laboratoriais, dentre outros. As leve-duras são os saberes que operam o trabalho como: o raciocínio clínico, o epidemiológico e outros, que o instrumentalizam, sob o olhar do trabalhador, singularizando-se no ato. As leves são as que se dão no trabalho vivo em ato, que permitem produzir as relações, interações, expressando, com seus produtos, a construção ou não de vínculos, de responsabilizações, de acolhimento.

Segundo Merhy (1997), o trabalho morto é todo o “*produto/meio*” que resultou de um trabalho vivo anterior, assim como o saber utilizado pelos trabalhadores da saúde para produzir o trabalho vivo em ato: como a intervenção em saúde. O trabalho vivo é o trabalho criador que se dá em ato e pode ser capturado, já que a saúde é consumida pelo usuário no momento imediato da produção da ação.

Sendo assim, o objeto de trabalho em saúde pode ser caracterizado como o foco de atenção ou de cuidado das práticas de saúde nas dimensões individual e coletiva. Na Saúde Coletiva, pode ser representado pelos perfis epidemiológicos de grupos sociais. Os instrumentos utilizados para a operacionalização desse cuidado podem ser os materiais, saberes e a força de trabalho, aplicados aos objetos recortados, com a subjetividade dos agentes do trabalho que impregna o uso desses instrumentos (Almeida et al. 1999, Peduzzi 2001).

Segundo Almeida et al. (1999), a finalidade do trabalho em saúde refere-se a um projeto de ação que corresponde a uma determinada concepção de processo saúde-doença e cuidado.

A Vigilância à Saúde, proposta por Teixeira, Paim e Vilasbôas (1998) como um modelo assistencial, traz em pauta a reordenação dos processos de trabalho. Destacamos o que os autores concebem como objeto desta proposta, ou seja, as relações entre os modos de vida dos diferentes grupos populacionais que expressam diferentes processos saúde-doença e, como instrumentos, ou meios de trabalho, os métodos gerenciais para a operacionalização da Vigilância à Saúde. Além disso, é importante lembrar

que essa proposta incorpora outros sujeitos do trabalho, como os gerentes de serviços, técnicos e representantes da população, diferindo das tradicionais práticas de vigilância epidemiológica e sanitária.

Este é o marco referencial que constitui base para a interpretação dos dados do presente estudo. Veja-se a seguir, a caracterização do local onde foi desenvolvido.

3.2 Cenário do Estudo

A região da Supervisão Técnica de Saúde do Butantã foi eleita como cenário do presente estudo por corresponder à área do antigo Distrito de Saúde Escola do Butantã, criado em 2001, integrado a um projeto acadêmico entre a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo e a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (São Paulo 2004).

Essa Supervisão Técnica de Saúde está localizada no extremo Oeste do Município de São Paulo, na área da Subprefeitura do Butantã, e contava, na época em que se realizou a coleta de dados, com os seguintes equipamentos de saúde: 14 Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo uma delas um Centro de Saúde Escola da Universidade de São Paulo (USP); 3 hospitais, sendo um hospital universitário; um Ambulatório de Especialidades; um Serviço de Assistência Especializada em DST/AIDS, uma Supervisão de Saúde e uma Supervisão de Vigilância Epidemiológica.

A coordenação dessa Supervisão Técnica de Saúde remetia-se administrativamente à Coordenadoria Regional de Saúde Centro-Oeste do Município de São Paulo. Essa Supervisão de Saúde coordena a atenção à saúde de 5 Distritos Administrativos, localizados nos limites geográficos da Subprefeitura do Butantã: Butantã, Morumbi, Vila Sônia, Raposo Tavares e Rio Pequeno.

A Supervisão Técnica de Saúde do Butantã, com seus distritos administrativos localizados em uma área de 56,1 Km², compreende um total de 337 mil habitantes, com predomínio de população adulta (São Paulo 2006 a).

A Supervisão de Vigilância Epidemiológica do Butantã foi instituída em 2001, sob a lógica da Vigilância em Saúde, abrangendo também a responsabilidade pelas ações de vigilância sanitária e de controle de zoonoses. Com a mudança da gestão política em 2004, ficou organizada a partir da estrutura tradicional do sistema de vigilância epidemiológica, com ações nas principais áreas: tuberculose, dengue, meningite, sífilis congênita,

mortalidade materna, vacina, além de responsabilizar-se no cotidiano pelas demais doenças de notificação compulsória, pela supervisão e capacitação dos trabalhadores dos equipamentos de saúde do Butantã, na temática da vigilância epidemiológica, além de articular-se com a vigilância sanitária e o setor de Zoonoses.

Seguem-se os mapas que mostram as regiões administrativas do Município de São Paulo e, especificamente, a região do Butantã, local onde foi desenvolvido o presente estudo.

Mapa 1 - Distritos Administrativos por Subprefeituras do Município de São Paulo, São Paulo - 2006.

Mapa 2 - Região Administrativa da Subprefeitura do Butantã, São Paulo -2006.

Fonte: <http://portal.prefeitura.sp.gov.br/subprefeituras/spbt/mapas/0001>, 2007

Os equipamentos de saúde investigados na região da Supervisão Técnica de Saúde do Butantã foram: a Supervisão de Vigilância Epidemiológica, o Centro de Saúde Escola do Butantã e 4 Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Ressalta-se que se priorizou para serem incluídas no estudo: uma unidade PSF e uma regida pelo *Modelo Médico-Assistencial Privatista*² em cada distrito administrativo. Não foi incorporada a totalidade das unidades de saúde tendo em vista a metodologia que norteou o presente estudo, que partiu do princípio da saturação na exposição dos depoimentos.

No DA do Butantã foi incluído o Centro de Saúde Escola ressaltando-se sua característica de ensino, assistência e pesquisa, além de operar dois modelos assistenciais articuladamente, sendo eles, o PSF e a Ação Programática em Saúde. Essa unidade recebe alunos de graduação em enfermagem, medicina e de aprimoramento e residência em enfermagem, medicina, fisioterapia, serviço social, terapia ocupacional e psicologia, além de outros, em nível de pós-graduação *senso estrito*. Além disso, é uma instituição que tem tradição na organização das ações de vigilância epidemiológica e de informação em saúde, e esses foram os motivos pelos quais optou-se por integrar esta Unidade de Saúde ao cenário de estudo, dado que essas características imprimem uma peculiaridade em termos do desenvolvimento do trabalho realizado.

Tanto no DA Raposo Tavares e quanto no DA Rio Pequeno sorteou-se uma UBS que operacionaliza o PSF e uma trabalha sob o *Modelo Médico-Assistencial Privatista*.

No DA Vila Sônia inclui-se apenas uma UBS, cujo modelo assistencial é *Médico-Assistencial Privatista*, pois, a outra UBS existente nesse DA segue o mesmo modelo.

Já o DA Morumbi, possui apenas uma UBS, tradicional, porém não foi necessário incluí-la devido à saturação dos discursos dos entrevistados.

² O *Médico-Assistencial Privatista* é essencialmente curativo, centrado no atendimento da “demanda espontânea” e não se restringe ao serviço privado (Paim 1999).

3.2.1 Caracterização do Território

Desde 2001, até a época de finalização do presente estudo, o Município de São Paulo possuía 31 subprefeituras e cada uma tinha como objetivo, a realização de ações para a população local, nas áreas de educação, saúde e cultura, além de buscar solucionar os problemas apontados pela população e cuidar da manutenção do sistema viário, da rede de drenagem, limpeza urbana, vigilância sanitária e epidemiológica, entre outros (São Paulo 2006 a). A Subprefeitura do Butantã abrange o mesmo território que a Supervisão de Saúde do Butantã.

A região do Butantã possui uma interessante história, datada de 1607, quando era conhecida como Ubutatã, palavra Tupi para ‘terra firme’ ou ‘terra dura’, tendo sido o local onde surgiu o primeiro trapiche de açúcar em São Paulo, mais especificamente, na margem do Rio Pinheiros (São Paulo 2006 a).

Essa região conta com o Instituto Butantan, criado em 1901; com a Cidade Universitária Armando Salles de Oliveira da Universidade de São Paulo, que começou a ser construída, em 1941; e com o Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, que foi inaugurado em 1981 (EEUSP 2003).

De acordo com o último Censo do IBGE (2001), a população total da região corresponde a 377.576 habitantes, sendo 265.313 pessoas em idade economicamente ativa (São Paulo 2006 a).

Em relação ao perfil epidemiológico, a localidade apresentava, em 2003, Taxa de Mortalidade Infantil de 11,9/1.000 nascido vivos, inferior à Taxa do Município: 15,9/1.000 nascidos vivos. As principais causas de óbito eram as doenças isquêmicas do coração (257 óbitos), as doenças cerebrovasculares (170 óbitos), as pneumonias (119 óbitos), e bronquite/enfisema e diabetes mellitus (76 óbitos). Em 2002, a mortalidade por causas externas apresentava índice de 49,7/100.000 hab e a Taxa de Mortalidade por AIDS era de 7,4 (por 100.000 habitantes). Já a incidência de

leptospirose era de 3,1 casos (por 100.000 habitantes); a de tuberculose, de 12,9 (por 100.000 habitantes); a de AIDS era de 69,3 (por 100.000 habitantes) e o coeficiente de incidência de dengue era de 0,23 (São Paulo 2006 b).

A taxa de analfabetismo, na região da Supervisão de Saúde do Butantã era de cerca de 4,4%, enquanto no Município de São Paulo, essa Taxa encontra-se em torno de 4,9%. O índice de evasão escolar era de, aproximadamente, 1,2%, também próximo ao índice do Município, que correspondia a 1,1% (São Paulo 2006 a).

A região possuía 81 favelas onde residia 13% da população local e 3.649 domicílios em áreas de risco, representando 10% de todas as residências existentes nos cinco distritos referidos (São Paulo 2006 a).

Os contrastes sociais podem ser evidenciados através dos seguintes dados: 60,6% dos moradores do Morumbi ganhavam mais do que 25 salários mínimos. Já no Distrito de Raposo Tavares, apenas 7,2% apresentavam a mesma situação. Por outro lado, mais de 40% dos habitantes do DA Raposo Tavares e 34% dos de Rio Pequeno recebiam até 5 salários mínimos, enquanto nos distritos Butantã e Morumbi apenas 14% dos moradores tinham essa renda (São Paulo 2006 b).

A atividade econômica também difere de um território para o outro, concentrando a área de serviços nos Distritos do Butantã e Morumbi. Já o setor industrial concentra-se na área do Distrito de Raposo Tavares, que é cortada pela Rodovia de mesmo nome, um dos eixos rodoviários que fazem a ligação norte-sul do País, e que apresenta média de 70 mil carros/(dia) (São Paulo 2006 a).

3.3 Sujeitos do Estudo

Integraram o presente estudo 14 sujeitos, incluindo gerentes de unidades básicas de saúde e da SUVIS-Butantã, e trabalhadores das mesmas unidades de saúde, que atuavam junto à vigilância epidemiológica.

Foram entrevistados 7 gerentes sendo: 6 de Unidades Básicas de Saúde e 1 da Supervisão de Vigilância em Saúde do Butantã. Os gerentes dos referidos equipamentos de saúde foram eleitos para este estudo por assumirem uma posição administrativa central, o que os coloca como sujeitos-chave na tomada de decisões em saúde.

Além dos gerentes, participaram 7 trabalhadores, indicados pelos gerentes, responsáveis ou co-responsáveis pelo planejamento e execução de ações de vigilância nas Unidades Básicas de Saúde, por conhecerem o cotidiano das ações de vigilância.

3.4 Teste Piloto

O instrumento de coleta de dados foi submetido a um teste piloto, em janeiro de 2006, através de entrevista com o gerente e com o trabalhador responsável pela vigilância epidemiológica de uma UBS da Supervisão Técnica de Saúde do Butantã. Tais entrevistas apenas contribuíram para o aprimoramento do instrumento e não compuseram o material analisado no presente estudo.

3.5 Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada pela própria pesquisadora, no período de fevereiro a abril de 2006, no local e horário de trabalho disponibilizado pelos sujeitos do estudo. Desenvolveu-se, através de entrevistas orientadas por roteiro semi-estruturado (Anexo 1), previamente testado. Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra.

Foram tomadas as devidas precauções éticas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, realizando-se e gravando-se as entrevistas mediante o Consentimento Informado (Anexo 2).

Ressalta-se que o projeto foi submetido à avaliação da Comissão de Ética e Pesquisa em Saúde da Secretaria de Saúde do Município de São Paulo e, em seguida, foi obtida autorização do Coordenador da Supervisão de Saúde do Butantã e da Supervisão de Vigilância Epidemiológica, tendo sido realizada reunião com gerentes das Unidades Básicas de Saúde e com a direção da Supervisão de Saúde do Butantã para apresentação e discussão do projeto. Em seguida, foi feito contato com o gerente de cada equipamento de saúde com o intuito de agendar as entrevistas. Solicitou-se aos gerentes que indicassem, em cada Unidade de Saúde sob sua responsabilidade, o trabalhador mais envolvido nas ações de Vigilância.

3.6 Tratamento dos Dados

Os dados foram submetidos à análise de caráter qualitativo.

A opção pela realização de entrevistas está baseada na premissa de que a linguagem expressa a consciência (Marx e Engels apud Bertolozzi 2005 p. 34). A palavra é o símbolo de comunicação por excelência, uma vez que representa o pensamento. Portanto, a fala revela condições estruturais, sistemas de valores, normas e símbolos e tem o dom de transmitir as representações das pessoas, em condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas (Bordieu apud Bertolozzi 2005 p. 34).

Os dados foram analisados segundo técnica de análise de discurso orientada pela Teoria Gerativa de Sentido de Greimás (Fiorin, 1989), que possibilita a depreensão de frases temáticas. Segundo Fiorin e Savioli (1991), a análise é realizada através da busca de temas (elementos abstratos) e figuras (elementos concretos) encontrados nas falas. As figuras referem-se a palavras ou expressões correspondentes a algo existente no mundo natural: os substantivos concretos, os verbos que indicam atividades físicas, os adjetivos que expressam qualidades físicas. Os temas correspondem a palavras ou expressões que não existem no mundo natural, mas a elementos que organizam e categorizam a realidade percebida pelos sentidos. Conforme os autores, no texto, todos os elementos se relacionam e os temas é que dão sentido às figuras, portanto, encontrar o sentido das figuras encadeadas é localizar o tema a elas subjacente. São os temas que denotam os sentidos e significados de cada ação contida no discurso.

Através dos discursos dos sujeitos que integraram o presente estudo foram captadas as suas concepções a respeito da forma como percebiam o trabalho cotidiano e, especificamente, o trabalho relacionado à vigilância.

Foram privilegiadas a profundidade e a literalidade dos depoimentos dos sujeitos. Isso foi feito através de várias leituras, o que fez emergir frases temáticas. Destaca-se, portanto, que estas, uma vez que submetidas ao

processo de análise, constituem as representações dos depoentes e não o seu discurso.

Conforme metodologia adotada por Bertolozzi (2005), as frases temáticas foram agrupadas segundo as categorias analíticas e constituíram um corpo temático (Anexo 3). Cada sujeito da pesquisa recebeu uma letra de identificação e cada frase temática, um número, de forma a possibilitar a sua visualização no conjunto de frases. Os gerentes são identificados como “Ger” e os demais trabalhadores conforme sua categoria profissional, ou seja, enfermeiras como “Enf” e médico como “Méd”.

RESULTADOS

4 RESULTADOS

Os resultados serão apresentados conforme a especificidade dos trabalhadores entrevistados e os temas relacionados às categorias analíticas: Significados sobre a Vigilância e Significados sobre o Trabalho na Vigilância. Inicialmente, serão apresentados dados referentes à trajetória profissional e à qualificação profissional dos trabalhadores.

4.1 Os trabalhadores das UBS da Supervisão de Vigilância Epidemiológica da Supervisão Técnica de Saúde do Butantã

A Trajetória Profissional dos Gerentes

Os gerentes entrevistados pertenciam a diversas categorias profissionais como: medicina (2), serviço social (2), fonoaudiologia (1) e enfermagem (2).

A qualificação após a graduação dos gerentes é apresentada em Quadro 1 a seguir.

Quadro 1 - Qualificação dos gerentes das Unidades de Saúde e da Vigilância Epidemiológica da Supervisão Técnica de Saúde do Butantã após a Graduação, Butantã-SP - 2006.

GerA	Residência Médica em Pediatria, Mestrado em Epidemiologia e Doutorado em curso
GerB	Especialização em Enfermagem em Saúde Coletiva
GerC	Residência em Medicina Preventiva e Especialização em Informação em Saúde
GerD	Especialização em Administração em Saúde e Especialização em Vigilância Sanitária
GerE	Especialização em Saúde Pública e Aprimoramento em Serviço Social com enfoque em Pediatria
GerF	Especialização em Linguagem e Especialização em Saúde Pública
GerG	Especialização em Saúde Pública, Especialização em Enfermagem do Trabalho e Mestrado em Saúde Pública

Destaca-se que todos os gerentes possuíam qualificação do tipo *Sensu Lato* ou *Sensu Stricto* no campo da Saúde Pública como: residência em Medicina Preventiva, especialização em Saúde Pública, em Vigilância Sanitária e/ou Mestrado em Saúde Pública/Medicina Preventiva.

O tempo de gerência no serviço, dos sujeitos investigados, variou entre 6 meses e 6 anos, destacando-se que 6 dos já gerentes entraram no serviço atual assumindo esse cargo .

Quanto à experiência na área de vigilância, 2 gerentes revelaram não ter tido contato anterior. No entanto, todos afirmaram mediar situações relacionadas à vigilância no cotidiano de gerenciamento do serviço.

Já entre os trabalhadores responsáveis pela vigilância, que foram entrevistados no presente estudo, prevaleceu o profissional enfermeiro (6), integrando-se a esse grupo, apenas um profissional médico.

A qualificação profissional dos trabalhadores da vigilância encontra-se no quadro 2 a seguir.

Quadro 2 - Qualificação dos trabalhadores das Unidades Básicas de Saúde que atuavam na Vigilância, Butantã-SP - 2006.

EnfAB1	Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica
EnfAB2	Especialização em Pronto Socorro e Enfermagem Gerontológica
EnfB	Nenhuma
EnfC	Aprimoramento em Saúde Coletiva e Especialização em Administração de Serviços de Saúde
EnfD	Especialização em Unidade de Terapia Intensiva e Especialização em Administração Hospitalar
MedE	Residência médica em Pediatria e Especialização em Saúde Pública
EnfF	Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

O tempo de atuação desses profissionais em atividades de vigilância no serviço de saúde onde atuavam, variou entre 2 meses a 4 anos. Entretanto, a maioria (4) dos profissionais já desenvolvia ações na UBS há cerca de 4 anos.

Em relação à experiência anterior em ações de vigilância, 3 trabalhadores revelaram não ter tido experiência anterior. Para os demais, variou entre 6 e 13 anos, ressaltando-se o fato de um profissional ter gerenciado um Núcleo de Epidemiologia e Informação (NEPI) durante 8 anos antes de atuar em UBS.

Quanto aos resultados relativos à decomposição dos depoimentos dos trabalhadores, são apresentados segundo as categorias analíticas: Significados sobre a vigilância; e Significados sobre o Processo de Trabalho na Vigilância. Apresentam-se, ainda, aspectos que dizem respeito às limitações e potencialidades do desenvolvimento do trabalho na Vigilância, dado que emergiram da do processo de análise dos depoimentos e se relacionam à finalidade deste estudo.

4.2 Significados sobre a Vigilância

Cabe ressaltar, inicialmente, que quando os sujeitos foram indagados a respeito do termo vigilância, na grande maioria das vezes, expressavam o entendimento sobre *vigilância epidemiológica*. A pergunta sobre o significado da vigilância fez suscitar, ainda, impressões que, por um lado, remetem a ações opressoras, à coerção, ao controle, ao ato de vigiar, “*policar, prevenir, tomar conta, estar atento, cuidar, conseguir encerrar casos novos*”. Houve referência de que o termo é ultrapassado, porém sem maior detalhamento (EnfB21, GerE71, GerG27).

Um outro conjunto de significados aponta para o acompanhamento e controle de situações no território (GerF28).

Da análise dos depoimentos, verificou-se a emergência de três grupos de significados sobre vigilância que foram classificados para fins deste estudo, como: “vigilância epidemiológica clássica”, “vigilância ampliada” e “Vigilância à Saúde”, sendo esta última baseada na proposição de Teixeira, Paim e Vilasbôas (1998), cujos resultados são apresentados dessa forma para facilitar a compreensão do objeto de estudo. É importante lembrar que, quando questionados sobre “vigilância à saúde”, os entrevistados associaram o termo, em seus depoimentos, à “vigilância ampliada” e à “vigilância à saúde”.

4.2.1 Significados que se referem à Vigilância Epidemiológica

Essa vertente inclui o recebimento de notificações de doenças de notificação compulsória, realizar visita domiciliária, entrar em contato com o serviço de saúde, estabelecer medidas terapêuticas, sanitárias, até a possibilidade de se estender o cuidado a outras medidas relacionadas à melhoria das condições de saúde (GerC2, EnfD15, EnfF25).

É a vigilância que tem início na UBS, a partir do atendimento de pacientes com doenças de notificação compulsória e está orientada a conter a disseminação de tais doenças. Implica em estar vigilante e diminuir o número de casos (EnfD13; MedE1, 11).

“(....) o cuidar do ambiente, o cuidar para que ela não venha a ter nenhum problema de saúde, ou se ela já tiver, você precisa impedir o mais rápido possível” (EnfB22).

Destaca-se a menção de entrevistados de que, ao se tentar operacionalizar ações de vigilância que tivessem orientação para uma perspectiva mais ampla, isto poderia conduzir à perda da especificidade das ações e ao não alcance de ações concretas no atendimento às necessidades dos pacientes (MedE26, 34).

4.2.2 Significados que se referem à “Vigilância Ampliada”

As ações de vigilância que se referem a esse termo estão associadas à assistência, integrando a informação em saúde, com coleta sistemática de dados, registro no prontuário, atenção e monitoramento de determinadas situações. São exemplos: o preenchimento do Sistema de Informação Ambulatorial (SIAB); a discussão sobre os dados de fichas de notificação compulsória e do SIAB, *em equipe*; o monitoramento da amamentação, da vacinação, do SIS-Prénatal e de situações em que ocorre internação (GerA21,22; GerC23; GerE16,27; EnfAB28; GerE70).

Essa vertente se relaciona à captação e controle precoce de doenças e situações de vulnerabilidade, priorizando a saúde, no sentido do cuidado e da prevenção (GerC23; GerE16, 27; EnfAB28; GerE70).

“(....) vigilância tem essa idéia, de, é um olho, alguma coisa, à distância, acompanhando, (....) o que acontece, então a minha idéia de vigilância é essa, esse estado de estar preparado pras coisas antes de acontecerem, claro, especificamente com algumas situações pra você poder intervir em questões, vamos dizer, de saúde... e vigilância tem tudo a ver com preparar pra intervir em situações especiais, controlar situações especiais, pra modificar a situação de saúde, de vigilância à saúde de uma população” (GerA45).

“(....) tem um olhar pelo patrimônio (...) avisando (....) esses comportamentos podem gerar isso eu penso antes da doença (....)” (GerE69).

Vigilância é um “cuidar do outro” (GerE70).

“Ser vigilante o tempo todo, não pode escapar nada... a saúde, né, é tudo, né, a vigilância” (EnfAB28).

4.2.3 Significados que se referem à Vigilância à Saúde

De modo geral, quando os gerentes e trabalhadores da saúde referem-se a ações de vigilância à saúde, parece verificar-se que esta inclui questões relativas à vigilância epidemiológica e sanitária, ampliando-se para ações de cunho individual e *coletivo*, além de utilizar-se de dados de saúde, que apóiam o planejamento em saúde, visando o cuidado (EnfC9,6; GerC8; GerC48).

“(....) uma forma de pensar a organização do cuidado (....) noção mais ampliada de vigilância, não restrita a epidemiológico e sanitária, mas à preocupação com o acompanhamento continuado dos problemas de saúde de uma dada população(....)” (GerC8).

“(....) é uma definição bastante genérica, por isso que eu digo que ela pode se traduzir em medidas (....) mais tradicionais da Saúde Pública, né, envolvidas na vigilância epidemiológica, em outros tipos de ações e atividades, mas também que há uma certa idéia condutora, ... de uma forma de organizar o trabalho, em que o encontro individual deve ser uma oportunidade de se pensar a saúde no coletivo e as coisas devem estar ligadas. Quer dizer, a ação sobre o indivíduo deve remeter a uma ação sobre a coletividade... a ação sobre a coletividade deve entrar nesse talvez “teja” genérico demais, mas eu acho que é, que é um pouco nesse nível que deveria ser” (GerC48).

“(....) eu acho que uma certa idéia de vigilância à saúde é, ... ela norteia toda a organização do serviço, né” (GerC13).

Outro aspecto destacado é a importância de se transcender a doença, de conhecer o território e identificar os principais problemas que nele incidem, para a prevenção e o planejamento das ações de saúde (GerF29, EnfC18). Ao considerar, entre as ações de vigilância, o monitoramento, levando em conta o modo e a qualidade de vida da população para promover a saúde, remete-se à idéia da intersetorialidade (GerG26). Além

disso, a operacionalização da vigilância à saúde deve ser baseada em projetos de trabalho, a partir de informações levantadas sobre riscos e problemas da região (GerG28).

“(....) trabalhar com o conceito de vigilância, seria trabalhar a vigilância na região do Butantã, junto com a Subprefeitura, junto com a Secretaria de Obras e Educação não é?” (GerG29).

Considera-se ainda, a necessidade de interlocução entre os profissionais de saúde e a comunidade, a fim de se conhecer a dinâmica de vida e de saúde-doença da população, criando estratégias para a melhoria das condições de vida e saúde, com a participação dos sujeitos e não a partir do “desejo” da instituição. Para tanto, o trabalho requer a conformação em equipe, abarcando as necessidades culturais, políticas, educacionais e de acesso (EnfC20, EnfC21).

“(....) você tem que tá muito bem sintonizado com a população pra poder traçar esse trabalho” (EnfC21).

4.3 Significados sobre o Trabalho na Vigilância: as ações de Vigilância desenvolvidas nas Unidades Básicas de Saúde

Destaca-se entre os depoimentos, a presença das ações de vigilância no cotidiano das UBSs:

“(....) faz parte do dia-a-dia, (....) da hora que a gente entra pro trabalho, até na hora que vai embora, né... um contato, tá sempre em contato” (GerB2).

Os depoimentos dos entrevistados revelaram que são realizadas atividades de vigilância, caracterizadas pelas ações preconizadas pelo programa de vigilância epidemiológica, assim como ações que se aproximam da vigilância à saúde. Entretanto, enquanto as ações de vigilância epidemiológica são realizadas em todas as unidades de saúde estudadas, as ações que se ampliam para a perspectiva da vigilância à saúde se fizeram evidentes apenas em três Unidades. Nestes serviços, os gerentes, além de serem qualificados na área da Saúde Pública, atuavam em unidades de saúde dotadas da estratégia do Programa de Saúde da Família. Ademais, nestas unidades, a Universidade de São Paulo, através da Escola de Enfermagem e da Faculdade de Medicina, realiza parte do ensino de campo, o que pode contribuir para adensar a concepção e as práticas voltadas à vigilância à saúde.

As ações de vigilância são relacionadas a seguir, conforme os locais de procedência (UBS, Supervisão de Vigilância Epidemiológica) e, seguindo a lógica anteriormente adotada, segundo referência à: vigilância epidemiológica; vigilância ampliada e vigilância à saúde.

4.3.1 As ações de Vigilância Epidemiológica que se realizam nas UBS

- Notificação e investigação de doenças de notificação compulsória, surtos, acidentes de trabalho, cobertura de foco de meningite e responder às demandas da SUVIS (GerB23, GerC20, GerA14; GerA3, EnfAB1, EnfB6, EnfD3, MedE16, EnfF4).
- Busca ativa de casos de tuberculose (EnfAB8, EnfC7), tratamento supervisionado em tuberculose, coleta de escarro, monitoramento da retirada mensal de medicamentos e do tratamento, composição e envio de relatório mensal à UVIS, consulta de enfermagem, consulta médica (GerB1, GerB1, MedE15, EnfF4, EnfB7).
- Convocação e captação de pessoas com doenças de pele (hanseníase) nas consultas médicas (GerE33)
- Detecção de pessoas com suspeita de DST (EnfAB8).
- Preenchimento de formulários (EnfAB1).
- Investigação *epidemiológica* de condições de moradia, transcendendo para a observação de aspectos ambientais, sociais e políticos da região (GerC24, EnfC3,4).
- Treinamento de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para atuarem em surtos, em creches, escolas, no contato junto aos comunicantes; atuação em DST (EnfAB1).
- Vacinação (EnfB3, MedE16), bloqueios com vacinação (EnfAB1); campanhas de vacinação contra a raiva (GerA12).

- Contato com serviços de saúde para estabelecer medidas de quebra da cadeia epidemiológica, como quimioprofilaxia, por exemplo (GerC24).
- Vigilância de exames alterados (VDRL) (GerB16).
- Visitas domiciliares (GerC24, GerE11, EnfAB1, EnfF4, MedE16).

4.3.2 As ações de Vigilância Ampliada nas UBS

- Intervenções pontuais na comunidade, no ambiente e nos equipamentos sociais da região (escola, creches, escolas municipais de ensino infantil, igrejas e junto à Subprefeitura) para a prevenção de doenças (como dengue e outras), por meio de atividades grupais e comunitárias, mutirão para a cata de lixo (EnfAB3); ações de educação em saúde relacionadas à vigilância (sobre DST, novas vacinas introduzidas no calendário – rotavírus, dentre outras) (GerF37; GerD7).
- Acompanhamento do desenvolvimento de crianças que nascem com ÁPGAR baixo ou prematuras; acompanhamento de mães adolescentes e junto ao SIS Pré-natal (GerE11); investigação da mortalidade materna (GerB41).
- Convocação de mães para consulta com outros profissionais que não o médico, incluindo a assistente social (GerE33).
- Detecção de pessoas com úlceras de pele em diversos espaços da UBS (recepção e enfermagem) e acolhimento (EnfF4).
- Vigilância e convocação de faltosos: gestantes, crianças desnutridas, diabéticos descompensados (GerB16,17; EnfAB1).
- Vigilância de exames alterados: colesterol, glicemia, Papanicolaou, câncer de mama (GerB16).
- Vigilância da vacinação em atraso (crianças menores de 5 anos) (GerB25e 28, EnfB3, EnfC3).

- Vigilância de situações de violência doméstica (EnfC3, GerC20).
- Coleta de dados em geral, preenchimento do SIAB, discussão sobre dados de fichas do SIAB, em equipe, monitoramento da amamentação, da vacinação, do SIS-Prénatal e de pacientes internados em unidades hospitalares da região de abrangência (GerA21, GerA22).
- Acolhimento e monitoramento de mulheres, oferecendo-se teste para detecção de gravidez, pré-natal e Papanicolaou (GerE52, GerB16).
- Registro no prontuário, informatização, sistematização de dados oriundos da assistência, para subsidiar a avaliação da qualidade do atendimento (GerC23, EnfC14).
- Vigilância de faltosos integrando o Sistema de Vigilância de Câncer Ginecológico “VIGICA” (vigilância do exame ginecológico - suspeita de câncer ginecológico, câncer de mama, câncer de colo de útero, câncer de ovário) (GerC15).
- Discussão de casos junto à equipe da assistência programática, para planejar em conjunto, as intervenções e encaminhamentos dos casos (EnfC6).

4.3.3 As ações de Vigilância à Saúde nas UBS

- Acolher, conversar, ouvir, construir alternativas junto com os pacientes, implementar ações na comunidade, buscar rede de suporte social (GerC21).
- Seleção de indicadores de saúde (como, por exemplo: cobertura vacinal, cobertura do pré-natal, diminuição da gravidez na adolescência) e estabelecimento de metas a serem cumpridas em prazo determinado (GerA25, GerA26).
- Monitoramento, construção de indicadores de processo a fim de acompanhar as ações realizadas e seus respectivos resultados (GerA28).
- Diagnóstico de situação para estabelecer metas (GerB57).
- Cuidado da saúde no território (GerC2).

4.3.4 As ações de Vigilância Epidemiológica na SUVIS

- Investigação e intervenção em surtos e casos individuais de doenças de notificação compulsória que requerem a atuação multiprofissional (como, por exemplo, no caso de surtos de diarreia em creche que necessitam de intervenção da vigilância sanitária, surto na área da UBS com necessidade de intervenção em campo da SUVIS em conjunto com a UBS) (GerG11).
- Articulação com hospitais (privados e, principalmente, públicos) e unidades de saúde, quando se trata de verificação e complementação das informações epidemiológicas, em doenças de notificação compulsória; e repasse de informações para apoiar as ações de investigação no âmbito das unidades de saúde (GerG6).
- Monitoramento das unidades de saúde, supervisão, reuniões com chefias de unidades para avaliar problemas, capacitação de trabalhadores (profissionais médicos que atuam em hospitais e nas UBS, além dos demais trabalhadores das UBS, professores de escolas e líderes comunitários), preparo de materiais técnicos (de acordo com a sazonalidade das doenças) (GerG6).
- Planejamento de ações, incluindo o objetivo de reduzir casos prevalentes na região (GerG7); divulgação de relatórios semestrais ou anuais (a partir de coleta e análise de informações de saúde da região); avaliação de dados, nas UBSs, para melhoria de determinadas ações (GerG6).
- Intervenção nos locais de notificação de surtos, quando necessário (GerG6).

4.3.5 Os Meios/Instrumentos de Trabalho da Vigilância

Os instrumentos de trabalho mencionados pelos profissionais entrevistados (MedE6,19; EnfF3,8; GeB29; EnfB3,6 GerE12,14,41; GerA21) foram:

- fichas de notificação compulsória, informes técnicos, boletins epidemiológicos e manuais técnicos para a atualização dos trabalhadores, principalmente na vigência de doenças e surtos, relatórios de investigações epidemiológicas, as fichas espelho de vacinação, resultados de exames alterados, informação gerada pelo boletim de produção; SIS Pré-natal; Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)
- telefone, fax, aerograma
- visitas domiciliares

É importante esclarecer que um gerente considerou o SIS-Pré-Natal como um programa que se integra à vigilância, permitindo conhecer e acompanhar as gestantes (em termos de número de pessoas atendidas, quantidade de consultas, histórico do atendimento, retornos, etc) (Ger34).

Destaca-se que outro gerente apontou o uso de instrumento não convencional de vigilância como o prontuário “(...) *é um elemento de comunicação da equipe* (...)”, além de instrumentos de registro manual ou informatizado, como carimbo para identificar o prontuário com VIGICA (prontuário de paciente sob vigilância) e registros sobre a tuberculose, sob a forma de cartão (GerC18,26,27).

Os gerentes de duas unidades básicas de saúde mencionaram propor, nos serviços em que atuavam, a criação de indicadores e metas para acompanhar as ações realizadas e seus respectivos resultados, no sentido

de avaliar o trabalho e monitorar a situação de saúde (GerA27, 28; GerB6).

Ressalta-se, ainda, a sugestão de uma gerente, no sentido de que o sistema de informação seja disponibilizado no formato *on line*, a fim de “desburocratizar”, organizar e agilizar o trabalho da enfermeira, dotando de informação em tempo real e com alto poder de resposta às situações acompanhadas (doenças de notificação compulsória, SINAN/fichas de notificação, boletins informativos). A gerente acredita que isso estimularia a vigilância à saúde (GerE59, 61,63).

“(....) pudesse ser rápido (...) tá aqui, ... preenchi e já mandei, na hora”, ao invés do papel, e com comunicação via e-mail para os trabalhadores das unidades, de forma que estes pudessem se manter mais atualizados” (GerE59).

4.3.6 Os Agentes do Trabalho da Vigilância nas Unidades Básicas de Saúde

Os agentes que realizam a vigilância, de acordo com os depoimentos, são principalmente as enfermeiras (são 6 entre os 7 sujeitos entrevistados) as quais se responsabilizam, estruturam e constituem a referência para as ações de vigilância. Estas centralizam a organização de ações, levantando e conferindo informações e desencadeando o processo de investigação epidemiológica para responder à SUVIS (GerA5; GerB13,46; EnfF2).

Houve menção também, de que as enfermeiras atuam em atividades de vigilância em conjunto com outros trabalhadores e, principalmente, implementam o tratamento supervisionado, no caso da tuberculose, sem se desresponsabilizar das outras demandas da UBS (GerB12,13; GerE39; EnfAB15; MedE16). É interessante verificar que, nessas atividades, apontou-se a participação de enfermeira que não integra o quadro de pessoal da unidade de saúde, mas que nela atua em virtude das ações que envolvem o Projeto de Integração Docente-Assistencial entre a Escola de Enfermagem da USP e a região de saúde (GerB7).

Na avaliação de uma gerente, os trabalhadores, em geral, realizam poucas ações de vigilância na unidade, mas considera que a participação da enfermagem é muito importante, já que ações desenvolvidas pela enfermagem, por si só, são resolutivas ou acarretam algum encaminhamento sem terem que ser legitimadas na consulta médica (GerE37,54). Também são as enfermeiras que, primeiramente, respondem pela vigilância à Supervisão de Vigilância Epidemiológica. Em segundo lugar, são os gerentes das unidades e, em último caso, é qualquer outro trabalhador (GerG14).

A enfermeira, mesmo no papel de gerente, na atenção básica à saúde, desenvolve ações de vigilância, de modo geral, a partir das demandas da assistência. Entretanto, quando essa profissional está alocada no âmbito central, a exemplo da atuação junto à Secretaria de Saúde (nível

Estadual ou Municipal) o mesmo não ocorre (GerB4, EnfF2).

Mencionou-se que as ações de vigilância são realizadas mediante divisão interna do trabalho entre as enfermeiras, no caso das unidades de Saúde da Família (GerA5, 14; GerB14; GerD3). A supervisão desse trabalho fica a cargo do médico, gerente da unidade de saúde (GerA15), que também se colocou como *“fazendo junto”* com os trabalhadores (ao procurar impresso próprio para notificar casos, ao confirmar a necessidade de vacinação para bloqueio, etc) (GerA17). É esse trabalhador, também, que estimula a elaboração de indicadores e de metas a serem perseguidas no processo de vigilância (GerA27).

Participam ainda, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde, médicos, gerentes, auxiliares técnico-administrativos (ATAs), assistente social (fazendo visitas domiciliares), a equipe de saúde mental (psicólogos, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, psiquiatras, terapeuta ocupacional) (GerE11) e o segurança da UBS (GerD4; GerE11; GerE53; GerC33; EnfC1; EnfF2).

Os auxiliares de enfermagem compõem, freqüentemente, as ações de vigilância, e realizam, principalmente, ações no domicílio e na comunidade como, por exemplo: vigilância da imunização em escolas (GerD4; GerB27, 33; GerC33).

De maneira geral, pelo fato do auxiliar de enfermagem rodizar em todos os setores da UBS, considera-se que está sintonizado com o trabalho realizado junto à vigilância. Assim, o auxiliar teria uma facilidade intrínseca na atuação nessa área, dada a fluidez com que transita na unidade de saúde. No âmbito extra-muros, esse profissional tem atuado na vigilância de imunização dos menores de 5 anos nas áreas de Saúde da Família, na vacinação em escolas, assim como na investigação de situações de saúde envolvendo o território de abrangência da unidade de saúde (GerB9, 27, 32; GerC33; GerE50).

A participação dos médicos na vigilância, segundo um gerente, é mais restrita, devido ao fato de que seu trabalho está estruturado na lógica de agendamento de consultas. Em outra unidade, a enfermeira afirma que os

médicos não participam sequer da notificação compulsória, encaminhando os impressos para a enfermeira fazê-lo (GerB47; MedE12; EnfD5). Mas, também houve referência de que os médicos e as enfermeiras participam na captação das doenças de notificação compulsória. Uma das profissionais médicas defendeu que todos os profissionais de saúde deveriam realizar notificação compulsória (MedE14).

Ao médico sanitarista cabe a coordenação e a atuação na vigilância no sentido de pensar o território mais amplamente. Mencionou-se que isso não ocorre quando o sanitarista ocupa o cargo de diretor da UBS pois, nesse caso, o trabalho concentra-se em questões de ordem administrativa (GerC12, 19; GerE2). Por outro lado, afirmou-se que o fato do sanitarista conhecer as questões relativas à vigilância faz com que outros trabalhadores não se envolvam no processo (GerE2).

Em relação à participação dos agentes comunitários de saúde nas ações de vigilância, de acordo com os entrevistados de uma UBS, ocorre a partir das visitas domiciliárias, das atividades comunitárias e da captação de informações na comunidade, as quais são transmitidas e discutidas com a enfermeira, em supervisão de casos que fogem da “*normalidade*” e que reabastecem o banco de dados (GerA24; EnfAB2).

Já aos auxiliares administrativos cabe “o grande peso do trabalho”, que diz respeito à informação. As principais atividades desenvolvidas por essa categoria profissional, junto à vigilância são a manutenção e alimentação de bancos de dados. Mencionou-se que os auxiliares administrativos, no cotidiano de trabalho, atentam para certas situações como quando o usuário procura o serviço de saúde apresentando tosse crônica, por exemplo, e oferecem o atendimento adequado à necessidade que foi expressa (GerC18, GerE53).

A participação do gerente na supervisão, na discussão de casos e na realização de ações (notificação de casos, visita domiciliária, investigação de surtos) de vigilância junto com as enfermeiras e outros profissionais fez-se presente em todas as UBS (GerA14; GerB4; GerD6,14).

“(....) enfim, a gente se prepara, a gente vai junto, puxa o manual juntos, procura fazer da melhor forma possível, desencadear, até cutucar, a vigilância com algumas questões (....)”(GerA17).

É importante destacar que houve referência de que toda a equipe participa da vigilância nas unidades básicas de saúde. Entretanto, em uma das unidades que se caracteriza pela especificidade de integrar o ensino, pesquisa e assistência, mencionou-se a articulação entre o atendimento individual, com vistas ao coletivo, e a vigilância. Essa articulação permeia as discussões sobre os casos, os treinamentos e reciclagens, estando presente no cotidiano do trabalho no serviço.

“Então não existe vigilância sem a participação de todos da unidade, de jeito nenhum” (MedE14).

4.3.6.1 Os agentes do trabalho na Supervisão de Vigilância Epidemiológica

Segundo depoimento de um dos sujeitos entrevistados que atuava na Supervisão da Vigilância os agentes de trabalho nesse âmbito são: a enfermeira, o médico (sanitarista, pediatra, clínico, infectologista e veterinário), o auxiliar de enfermagem, a assistente social, o auxiliar técnico administrativo e o educador em saúde (GerG2).

4.3.7 A organização do trabalho da Vigilância nas Unidades Básicas de Saúde

Em uma unidade em que há Programa de Saúde da Família (PSF), as discussões sobre vigilância ocorrem nas reuniões em equipe integrando médicos, enfermeiros, dentistas e outros profissionais (GerA4,6). Além disso, um dos gerentes considera que o PSF favorece a articulação das ações específicas da vigilância com outras atividades assistenciais pois, em decorrência do seu modelo, no qual se trabalha em equipe, ocorre articulação com o agente comunitário e se conhece o território de atuação e os pacientes (GerA19, 24, 41, 42).

“(....) num outro modelo que uma profissional, que uma enfermeira, numa área de 20 mil pessoas que não sabe nem chegar num lugar onde ela tem que, sei lá, descobrir (....)” (GerA42).

“(....) o desenho do PSF favorece um pouco isso, né, porque, tudo cai um pouco na equipe de volta” (GerA19).

Quando a vigilância está organizada por uma equipe de referência, em geral, esta é composta por: enfermeira, médico, auxiliar de enfermagem e auxiliar técnico-administrativo (GerB9, GerC17, EnfB5).

Ressalta-se que a unidade que integrava o ensino, a assistência e a pesquisa, conforme os depoimentos, sempre teve um setor responsável pela execução e coordenação das ações mais específicas de vigilância (reunindo dados de saúde produzidos pela unidade de saúde), em conjunto com o setor de informática e de vacinação. O setor era, na época em que foram realizadas as entrevistas, coordenado por médico sanitário, apesar de outros profissionais médicos, que atuavam na assistência, apoiarem o esclarecimento de eventuais dúvidas na prática do dia-a-dia. Entretanto, tais ações eram todas organizadas por duas enfermeiras, uma auxiliar de enfermagem, dois auxiliares administrativos (que realizavam a alimentação

do banco de dados), além da equipe que realizava as visitas domiciliárias, composta por 6 auxiliares de enfermagem (GerC16; EnfC1).

“(...) mais recentemente foi batizado de, ... Comunicação, Informação e Vigilância à Saúde, (...) reúne as pessoas que têm esse contato mais imediato e direto com, ... no cotidiano com as ações de vigilância, especialmente as ações, ... mais imediatamente de vigilância epidemiológica” (GerC16).

Nas demais UBS, o profissional que assumia as ações de vigilância era a enfermeira e/ou médico-sanitarista, conforme anteriormente descrito (GerB9; GerC16,17C; GerE39).

Alguns gerentes apontaram que ter um trabalhador responsável e disponível integralmente para a vigilância facilita e qualifica o trabalho, assim como a comunicação com o usuário, proporcionando o acompanhamento dos pacientes em tratamento de doenças de notificação compulsória (GerB38; GerE41; GerD20). Além disso, foi apontada a riqueza conferida ao trabalho, quando a equipe se reúne e avalia informações (por meio da leitura completa do prontuário, ou quando dispõe apenas de informações parcelares) não detectadas anteriormente por outros profissionais. Considerou-se que isto norteia o trabalho, possibilita elaborar estratégias para a intervenção e realizar a vigilância à saúde de forma articulada, envolvendo a totalidade dos trabalhadores do serviço buscando a integralidade da assistência (EnfC11).

Por outro lado, a médica de uma UBS considerou não ser “*muito bom*” e, tampouco necessário, ter um médico responsável pelas ações de vigilância na UBS, porque quando isso ocorre, os trabalhadores “*perdem a mão*”, não participam da realização das ações e acabam “*deixando o serviço*” para o profissional de referência (MedE7).

Verificou-se, em uma UBS, que nenhum profissional é referência para a vigilância (EnfD4). Entretanto, os gerentes de três unidades consideraram que quando o trabalho da vigilância não tem uma estrutura e organização, com fluxos específicos na UBS, as ações ocorrem apenas em torno do

evento, na perspectiva de se “*apagar incêndio*” (GerF36), o que dificulta a participação dos trabalhadores e, muitas vezes, implica na necessidade da própria gerente realizar, além da gerência da UBS, as ações de vigilância (GerD5; GerE47). A esse respeito, houve menção ao fato de que as ações externas de vigilância acabam sendo demandadas com maior frequência pela comunidade do que pela própria UBS (GerF18).

Conforme ponderou uma gerente, é necessário dispor de uma equipe de referência e, ao mesmo tempo, contar com o envolvimento de todos. No entanto, isto se constitui um desafio, pois é preciso que os profissionais tenham interesse em realizar o trabalho ainda que não o apreciem (GerB64,65).

“(...) É você ter uma equipe de apoio, mas não que ela fosse a ‘dona-do-pedaço’, mas que ela ajudasse a regular o ‘pedaço’... mas que todos tivessem também um pouco envolvidos” (GerB64).

Uma das gerentes avalia que todas as unidades de saúde encontram-se na mesma situação, em termos da realização das ações de vigilância, com exceção da unidade de saúde-escola (GerB77):

“(...) quando você tem alguém que, que leva aquilo à frente e faz conversa com os funcionários, enfim, né, que, que vai divulgando, vai dinamizando isso na unidade... a unidade fica mais incentivada, né... mas eu não, não percebo isso” (GerB78).

Sobre as formas de trabalho em vigilância, uma gerente afirmou conhecer poucas unidades básicas de saúde que conseguem implementar a vigilância de maneira a prevenir as doenças. Exemplifica com o caso do diabetes, situação em que, de modo geral, se conhece a população portadora, mas não são realizadas ações voltadas à prevenção da doença, buscando reduzir o número de casos (GerE20). Numa perspectiva de transcender as práticas tradicionais de vigilância, a mesma gerente considera necessário realizar a vigilância em diferentes espaços da unidade

além da consulta médica, como: a recepção, a enfermagem, as atividades com os grupos de terapia ocupacional, por exemplo, junto aos grupos de planejamento familiar e de nutrição (GerE25).

“(....) eles são oportunidades de você fazer vigilância à saúde, né, de você falar de alimentação, de prevenir diabetes e hipertensão, obesidade e outras complicações...” (GerE25).

Apontou-se, ainda, que a vigilância requer tempo para o desenvolvimento de um trabalho de qualidade, assim como a necessidade de priorizar os problemas predominantes no território (GerF36).

Quanto à articulação das ações de vigilância com outras atividades realizadas na unidade de saúde, um gerente considerou que, a depender da concepção de vigilância, quando é abrangente e inclusiva, o trabalho do gerente quase se confunde com o trabalho da vigilância à saúde (GerC1).

As enfermeiras de uma UBS consideram que há articulação entre as ações específicas de vigilância e as ações de assistência realizadas na UBS (EnfAB19):

“(....) não dá pra separar mais a vigilância de... do resto da unidade”. “(....) tá todo mundo envolvido, né, desde a recepção até, todos”. “(....) tem que tá envolvido” (EnfAB19).

Em uma UBS, em que o trabalho da vigilância começa a se estruturar mais amplamente, a enfermeira apontou ainda não haver organização entre as ações de vigilância e as outras atividades da UBS, mesmo que se almeje articulação entre todas as equipes e funcionários da Unidade de Saúde, e entre a direção da UBS e a própria SUVIS: *“(....) está se traçando um caminho (....)”*. (EnfB9). A gerente dessa UBS avalia que, apesar de conceber a vigilância num sentido mais amplo, como trabalhar outras estratégias de detecção precoce e propostas de intervenção para a recuperação da saúde dos usuários com doenças crônicas (hipertensão e diabetes), o serviço dificilmente consegue se organizar para fazê-lo

(GerB58,70).

Um aspecto importante levantado por um gerente, diz respeito ao fato de que a organização do trabalho em vigilância se modifica de acordo com a gestão da prefeitura, tendo sido norteadas, anteriormente, pela informação em saúde e definição de metas de trabalho, focalizando ações de cunho educativo e comunitárias, por meio de ampla sensibilização, assim como de lotação de profissionais destinados à área e capacitação dos trabalhadores de saúde (GerD2).

“(....) a gente teve um trabalho muito, ... bem feito de vigilância naquela época, (....) mas na gestão seguinte o trabalho foi perdido” (GerD2).

Quanto ao trabalho extra-muros à UBS apontou-se que, em geral, ocorre em torno das ações de vigilância nas escolas, Escolas Municipais de Ensino Infantil ou creches, com a SUVIS, com o serviço de Zoonoses, com a Coordenadoria de Educação, SAE DST/AIDS, Centro de Referência em Tuberculose; e, através das equipes de saúde mental em atividades grupais, principalmente para conter surtos, atualizar a vacinação infantil e na prevenção da dengue (GerA33; GerB32; GerD13; GerE57; GerF15; EnfAB16; EnfD9).

Um gerente lembra, entretanto, que não há experiência, na UBS, de planejamento conjunto com outra instituição (GerA33).

“(....) a gente pode ter um problema comum de uma unidade aqui do lado, a gente ter um planejamento comum pra enfrentar todas essas situações, mas eu não tenho essa experiência aqui” (GerA33,34PT).

Por outro lado, a gerente de uma UBS avalia que a articulação do trabalho da vigilância com outras atividades internas (como a assistência) requer maior organização, monitoramento e avaliação, exemplificando com o fato de que o pessoal ali alocado não tem realizado treinamento específico (GerB48). Nessa perspectiva, considera-se necessário qualificar os profissionais para uma compreensão de trabalho mais integral (GerB48, 73,

75; GerF34).

“(....) Eles também não tem uma visão, é... sólida, do que é esse trabalho que eles tão fazendo, eles tão fazendo” (GerB48).

4.3.7.1 A organização do trabalho da Vigilância na Supervisão de Vigilância Epidemiológica

A gerente aponta que o trabalho da vigilância está organizado segundo áreas técnicas definidas por doenças, ainda que todos os trabalhadores tenham conhecimento para responder sobre as principais questões de vigilância e, sempre que necessário, transcendam sua área técnica. Além disso, houve referência de que há articulação entre os trabalhadores da vigilância sanitária e da ambiental, incluindo com a Zoonoses (GerG3).

O meio usual de trabalho e de atualização dos trabalhadores é a Internet, já que permite o acesso a informações técnicas sobre doenças emergentes. Além disso, apontou-se: fax, telefone, visita domiciliária e as fichas de notificação epidemiológica (GerG9).

A gerente afirmou ser ponto positivo, no trabalho em equipe na SUVIS, a disposição e prontidão dos profissionais ali alocados, os quais se atualizam freqüentemente sobre doenças e surtos, principalmente no que se refere às doenças emergentes (SARS, Febre do Nilo, Febre Maculosa), antes que se disseminem na região, com a finalidade de orientar as equipes e intervir adequadamente (GerG8). Com isso, o suporte técnico dos profissionais da Supervisão de Vigilância Epidemiológica foi destacado por diversos trabalhadores das unidades para resolução conjunta de situações como: investigação de doenças e surtos notificados, esclarecimento de dúvidas, disponibilidade de viatura para a realização da visita domiciliária e intercâmbio com hospital particular. Destaca-se que, além do suporte técnico, foi mencionado o estímulo na realização do trabalho, e que a equipe da SUVIS tem importante papel na facilitação do trabalho desenvolvido nas UBSs (EnfAB26,27; EnfB13; EnfD11; EnfF22; GerA43,44):

“(....) nossa Supervisão de Vigilância é muito boa... eles são sempre atentos... são bons profissionais conhecem o que tão fazendo... dão uma retaguarda boa pras situações, tal, também ajuda bastante” (GerA44).

4.3.8 Limitações para o desenvolvimento da vigilância nas Unidades Básicas de Saúde

A insuficiente qualificação profissional foi apontada por diversos trabalhadores como uma das maiores dificuldades para o desenvolvimento e ampliação das ações de vigilância, o que se agrava com a complexidade deste campo em que os profissionais dificilmente têm domínio de todas as suas esferas (GerA36; GerB66; GerF10; MedE8).

De modo geral, os pontos de estrangulamento citados foram: a falta de capacitação em serviço para integrar a vigilância e a assistência, viabilizando o monitoramento e a avaliação das ações; além da falta de domínio de conhecimento sobre o território de atuação da UBS.

“(....) Eles também não tem uma visão, é... sólida, do que é esse trabalho que eles tão fazendo, eles tão fazendo” (GerB48).

A gerente avalia, em sua unidade de atuação, que os profissionais ainda encontram-se no momento de compreender os seus papéis perante a estratégia de Saúde da Família. Por isso, pensa em discutir inicialmente, questões de vigilância epidemiológica e, posteriormente, a sistematização da vigilância ampliada permeando todo o serviço através da informação (GerB52).

Problematiza-se ainda, o perfil, de parte dos profissionais que, em geral, é distanciado do campo da Saúde Pública, dado o enfoque da formação, “hospitalocêntrica”. Tal situação ocorre principalmente, em relação aos auxiliares de enfermagem. Destaca-se, também, a alta rotatividade do quadro de trabalhadores alocados em UBS (GerB36; GerF8).

A falta de transporte na UBS, para a realização de visitas domiciliares, e de outros elementos que configurariam uma estrutura apropriada à vigilância como, também foram identificados com situações que prejudicam o objetivo final das ações (GerF23; EnfD12; Enf20).

“(....) ainda muito artesanal (....) não ter uma vigilância montada, né, (....) tinha que ter um corpo maior na unidade (....)” (GerF23).

O reduzido espaço físico e quadro profissional, nas unidades, de igual forma limitam a ampliação e informatização das ações, conduzindo à fragmentação da informação e ao desencontro da comunicação entre os profissionais. Além disso, a falta de tempo para se utilizar os dados produzidos através do SIAB (mortalidade, internação, violência contra a mulher, tempo de amamentação, etc), bem como a insuficiência de estratégias e tecnologias em vigilância para se otimizar o uso dos espaços na UBS e na comunidade, além da forma como se utilizam os dados de forma fragmentada, foram percebidos como lacunas importantes para a ampliação da vigilância (GerB49,50; GerE26,31; MedE9; EnfF20).

Outra queixa freqüente entre os trabalhadores foi a “burocracia”, materializada pela necessidade de preenchimento de grande quantidade de impressos e de informações nas fichas de notificação compulsória. Em decorrência, foram citados os seguintes problemas: resistência por parte dos trabalhadores, para o preenchimento das fichas de investigação epidemiológica; a subnotificação de casos e a perda de informações epidemiológicas (GerB49,50; GerE31; MedE9; EnfF20).

A fragmentação das ações é apontada, mesmo em relação aos programas que, tradicionalmente, possuem ligação com a área da vigilância, como o SIS Pré-Natal, uma vez que este é realizado em espaços físicos separados e por pessoas diferentes que não dialogam. Houve referência, também, de que o SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica, produz muitos dados (mortalidade, internação, violência contra a mulher, tempo de amamentação, etc), mas a UBS ainda não consegue utilizá-los devido à divisão de tarefas entre os trabalhadores (GerB51,51).

A falta de sistematização de informações sobre algumas modalidades de práticas que fogem às ações tradicionais, como terapêuticas alternativas e práticas corporais, foi mencionada por um gerente como limitante para a avaliação e o planejamento das intervenções sobre as doenças crônicas não

transmissíveis (GerB61).

Outra dificuldade apontada foi a grande demanda de trabalho na UBS, cuja pressão gerada sobre a equipe, faz com que a mesma não tenha disposição e tranquilidade desejadas para associar as questões individuais às coletivas (GerC39).

A necessidade de um profissional responsável pela integração da comunicação com as ações de vigilância na unidade, aliada à carência de gerenciamento específico e de eleição de prioridades, foram identificadas como outros limitantes que, no entanto, se estivessem presentes fariam diferença positiva na vigilância (GerG18; EnfF6).

Avaliou-se que a vigilância na UBS não alcança a prevenção à saúde, pois se detém ao tratamento dos danos individuais, em detrimento das ações coletivas. De acordo com os entrevistados, tal fato decorre da falta de definição do papel de cada trabalhador, de seu número insuficiente, bem como à falta de integração entre a equipe, além da infra-estrutura precária, especialmente em termos de equipamentos de informática e, à não participação da comunidade (GerD8,18; GerE58).

Apontou-se ainda, a dificuldade para se incorporar e se adaptar às novas rotinas dos serviços de referência em vigilância epidemiológica, bem como referir pacientes com doenças infecto-contagiosas (GerE26).

A falta de conhecimento, de maneira geral, entre os usuários dos serviços de saúde, a respeito da função e relevância das ações de vigilância, culmina na não participação da comunidade para a reivindicação da realização de ações nesse âmbito, com a devida qualidade (GerG19).

“(...) nunca ninguém reclamou de nada da vigilância, porque ninguém nem sabe que deve ser feita né, ninguém nem cobra” (GerG19).

Destaca-se que uma gerente apontou que, no caso de usuários que eram representantes da população junto ao Conselho Gestor, buscavam se identificar como representantes governamentais e que a atuação dos Conselheiros reflete interesses pessoais, o que se constitui como problema

para a participação dos usuários nas questões de vigilância (GerG31). A dificuldade na participação crítica da população, junto ao Conselho Gestor, também está relacionada à falta de preparo e conhecimento, por parte dos conselheiros de saúde e usuários dos serviços, sobre o histórico e os princípios do SUS (GerG32).

“(....) E o pessoal tem que entender o que é o SUS, da onde surgiu isso? Da onde que vem? A Constituição, a Lei do SUS, a população tem que entender no mínimo isso né” (GerG32).

4.3.9 Potencialidades no desenvolvimento da vigilância nas Unidades Básicas de Saúde

Dentre as potencialidades da realização da vigilância foi apontada por uma gerente, a possibilidade de se fazer um “bom” diagnóstico da situação epidemiológica de cada área, em conjunto com a população, para verificar as necessidades dos usuários (GerB62).

Foi levantado, ainda, o potencial das UBSs para desenvolver, em sua região, ações relacionadas à vigilância sanitária, como prevenção da transmissão de hepatite b entre profissionais que atuam como manicures, entre outras possibilidades (GerB71).

DISCUSSÃO

5 DISCUSSÃO

Antes de dar início à discussão dos resultados, é necessário mencionar que as categorias analíticas serão discutidas separadamente, apenas como forma de organizar este capítulo, uma vez que os significados que emergiram da análise dos depoimentos devem ser interpretados considerando-se a totalidade do objeto de estudo.

5.1 Os significados sobre a Vigilância e as ações desenvolvidas em torno da Vigilância no contexto da Atenção Básica à Saúde

À análise do material empírico sobressaíram contradições entre as concepções e a organização do trabalho de vigilância, no nível local e no distrital, já que a forma como estão postas as práticas de saúde cria uma grande lacuna para a implementação da vigilância à saúde como compreendida pelos entrevistados.

O termo vigilância foi fortemente relacionado à prática mais presente nesse campo, que se refere às ações de vigilância epidemiológica. Este fato pode ser atribuído às raízes históricas da vigilância epidemiológica no Brasil, como retratado no capítulo introdutório, em que esta se centra na prevenção e no controle das doenças transmissíveis, além do controle e saneamento do meio ambiente (São Paulo 1998).

Por outro lado, a proposta de vigilância à saúde vem sendo discutida mais recentemente (desde a década de 90), permeando, principalmente, o campo teórico. Considera-se, como ponto importante, a dificuldade de se distinguir as proposições dentre os diferentes termos inscritos na literatura, a

exemplo da fala de uma gerente de UBS:

“É, até esse termo me incomoda, porque assim, pra você ver... vigilância à saúde, vigilância em saúde, vigilância da saúde... Por quê que não usam o mesmo... Ah, por quê? né. Tem diferença? Não tem diferença? Aí eu já tentei (....) entender” (GerB69).

A dificuldade em ultrapassar o horizonte teórico e alcançar o prático é expressa no depoimento:

“(...) eu, particularmente, eu entendo que a vigilância, no sentido amplo, como a gente gostaria de trabalhar... dificilmente, às vezes, o serviço consegue se organizar pra fazer isso” (GerB70).

De modo geral, o entendimento sobre o termo vigilância relacionou-se à instituição de medidas sobre o indivíduo e o meio ambiente, para o controle de doenças transmissíveis, conforme se colocam as bases da “vigilância epidemiológica clássica”. Esse tipo de prática está assentada na concepção de Vigilância Epidemiológica, inscrita na Lei nº 6.259, de 1975, que é definida como “conjunto de atividades que permite reunir a informação indispensável para conhecer em todo momento o comportamento ou história natural da doença, detectar ou prever qualquer mudança que possa ocorrer por alterações dos fatores condicionantes com o fim de recomendar oportunamente, sobre bases firmes, as medidas indicadas, eficientes, que levem à prevenção e ao controle da doença” (Barata 1992, p.63). É importante destacar que ainda que se coloque uma possibilidade de vislumbrar práticas que podem conduzir à noção “ampliada” de vigilância, a referência aos fatores condicionantes, assim como a idéia de ações pontuais, que levem ao controle específico do efeito “doença”, corrobora a concepção de vigilância epidemiológica.

Conforme lembra a autora, a referida Lei não se restringe ao controle de doenças transmissíveis, mesmo que o sistema de vigilância privilegie esse grupo de enfermidades. Entretanto, remete à concepção multicausal de

saúde-doença, tomando a História Natural da Doença, em que se considera a tríade: agente, hospedeiro e ambiente, em detrimento da determinação social do processo saúde-doença.

Os depoimentos denotam, portanto, compreensão que evidencia a prática proposta pelo próprio Sistema de Vigilância Epidemiológica, restringindo seu objeto ao evento como um resultado que se materializa na doença.

A denominada “Vigilância Ampliada” já incorpora outras dimensões do objeto, para além das doenças transmissíveis e agravos, como doenças não transmissíveis e situações específicas de saúde (gestação, amamentação, vacinação, controle de faltosos portadores de doenças crônicas transmissíveis ou não, exames alterados, dentre outros), sempre voltadas à esfera do indivíduo, ou da somatória de pessoas, ou conjuntos populacionais que não constituem um coletivo.

Vale destacar que essa interpretação parece integrar as ações de assistência e informação em saúde gerada nos serviços. Tal concepção, que representa o horizonte prático, vai de encontro à proposição teórica de Waldman (1993) sobre a Vigilância em Saúde Pública, termo utilizado pelo mesmo autor. Nessa perspectiva, o pesquisador defende que a Vigilância se caracteriza como instrumento de Saúde Pública, e que procede à análise de situações de saúde e de condições de vida de grupos populacionais. Defende, ainda que, dessa maneira, amplia-se a investigação, assim como a elaboração de bancos de dados e a monitorização de agravos à saúde, para além das doenças transmissíveis.

Em relação à vigilância de doenças crônicas não-transmissíveis, Bastos (2005) aponta poucos avanços nessa área, ressaltando a importância de se articular a assistência com o sistema de informação. Nesse sentido, caminha-se para a arquitetura de uma nova especialidade em vigilância, na medida em que se ampliam e aprimoram as possibilidades de utilização de bases de dados secundários, de dados que incluem as doenças de notificação compulsória, ademais de registros de base populacional e hospitalar, além de inquéritos epidemiológicos.

A ampliação do elenco de agravos a serem monitorados pressupõe a reorganização dos processos de trabalho em saúde, o que foi evidenciado, no presente estudo, através da modificação do objeto que parece ampliar-se do indivíduo para grupos populacionais e pela incorporação de novos instrumentos, tais como fichas do SIAB, do SIS Pré-Natal, além de fichas de controle da vacinação, de controle de faltosos, entre outros; e pela inserção de sujeitos que, antes, não integravam essa área de práticas, como o agente comunitário de saúde, os trabalhadores de equipes de saúde mental, as assistentes sociais e os gerentes. Destaca-se que, nessa concepção de Vigilância Ampliada, estende-se o uso de instrumentos antigos como a visita domiciliária, que passa a ser realizada, por exemplo, pelo agente comunitário de saúde para monitorar a vacinação, o desmame precoce, além de sua aplicação em outras situações. É importante também apontar que essas práticas requerem a integração dos sujeitos no trabalho através de reuniões de equipe que debatem temas e problemas em comum.

Ressalta-se, dentre os depoimentos, que a tradição em vigilância epidemiológica clássica, desenvolvida em um dos serviços, estimulou a organização de ações e informações em torno de práticas de vigilância mais amplas, enfatizando-se este ponto de partida para a vigilância à saúde (EnfC9). Ou seja, há uma idéia que subjaz à Vigilância Epidemiológica, de insuficiência que conduz à proposição de novas práticas de trabalho. Já não se coloca, portanto, como estática no serviço, mas como uma possibilidade de integrar ações que ampliem para além do efeito/resultado: doença/problema de saúde.

No que diz respeito às práticas de vigilância que se orientam para uma versão ampliada, foi identificada nos depoimentos dos entrevistados dos serviços que têm como característica a interlocução com a Universidade, através do ensino de campo de escola de enfermagem junto ao Programa de Saúde da Família, ou por ser serviço vinculado à USP, no caso de instituição de saúde-escola, ou no depoimento oriundo de trabalhador que atuava no nível municipal da vigilância.

Ademais, todos os gerentes entrevistados mostram, em sua trajetória profissional, cursos de pós-graduação *sensu lato* e/ou *sensu stricto* e apresentam experiência anterior em vigilância epidemiológica, o que pode condicionar os depoimentos, apontando-se que estes refletem situações do cotidiano, ou seja, assentadas na realidade. Essas pessoas entrevistadas mencionaram haver distinção entre a vigilância epidemiológica ampliada e a vigilância à saúde, marcada pela capacidade desta última em orientar a organização do serviço assentada nos pilares: caracterização das condições de vida e saúde da população residente no território adstrito a UBS; relacionar as questões individuais e coletivas; contemplar 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; assim como incorporar a intersetorialidade e o trabalho em equipe considerando as características culturais, políticas, educacionais e de acesso da população aos serviços de saúde (GerF29, EnfC18, GerA46; EnfC9,6; GerC8; GerC48, EnfC21).

Evidencia-se, portanto, que esses pilares apresentados pelos trabalhadores aproximam-se à concepção de Vigilância à Saúde proposta por Mendes (1995) e Teixeira, Paim e Vilasbôas (1998), que parecem incorporar a interpretação dos determinantes do processo saúde-doença, com base na denominada Epidemiologia Crítica (Breilh 1995), 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 de doentes.

Para Mendes (1995), a Vigilância à Saúde deve operar com base em sistemas geográficos de informação, a partir da microlocalização de problemas, e subsidiar o planejamento local em saúde. O território constitui-se em elemento-chave, tratando-se de um cenário onde se dão, processualmente, as relações de vida e trabalho de uma população. Para tanto, no sentido de apreender um recorte desses aspectos, num dado território, é necessário que se reúnam informações demográficas, socioeconômicas, político-culturais, epidemiológicas e sanitárias. A partir

daí, torna-se possível identificar e analisar os problemas, os perfis epidemiológicos e as necessidades de saúde das pessoas, para definir prioridades de atenção à saúde, com base na intersectorialidade, na integralidade e na equidade.

Conforme Teixeira, Paim e Vilasbôas (1998), a vigilância à saúde coloca-se como 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. Tal concepção propõe a incorporação de novos sujeitos como a população organizada, assim como outras áreas de conhecimento que vem apoiar o entendimento da saúde a partir de uma perspectiva mais ampla, dentre as quais, a geografia, o planejamento urbano, a epidemiologia social, o planejamento estratégico situacional e as ciências sociais em saúde. Integra, ainda, novas tecnologias, como a comunicação social, para estimular a mobilização e a organização de diferentes grupos na “promoção e na defesa das condições de vida e saúde”, de forma a transcender os espaços institucionalizados dos serviços de saúde e envolver ações de órgãos governamentais e não governamentais.

5.2 A organização do trabalho na Vigilância

De maneira geral, as práticas nas unidades de saúde se aproximam mais à vigilância epidemiológica, tendo a doença como recorte do objeto de trabalho, na dimensão individual e na perspectiva de grupos populacionais como somatória de indivíduos, tendo como finalidade, controlar e prevenir as doenças e/ou agravos à saúde.

Por outro lado, evidenciaram-se, na menor parte das unidades, práticas de vigilância, cujo objeto são situações específicas de saúde e doenças crônicas não-transmissíveis (como no caso da vacinação, gestação amamentação e doenças crônico-degenerativas), orientadas para a finalidade de prevenção de riscos e agravos e manutenção da saúde, minimizando as condições adversas, de modo geral, focalizadamente, por meio de intervenções pontuais e ainda de caráter descontínuo.

Os instrumentos de trabalho são caracterizados por normas, fichas técnicas, programas assistenciais, visitas domiciliárias e, ainda, por ações que integram a investigação epidemiológica tradicional, além do uso de sistemas de informação em saúde, de práticas de planejamento, gerenciamento e, em alguns casos, de acolhimento.

Os agentes do trabalho são diversos mas, a enfermeira é quem prioritariamente assume a condução das ações de vigilância (nas visitas domiciliárias e cobertura de foco, por exemplo), gerencia as ações de cunho administrativo e “burocrático” (como no caso de preenchimento das Fichas de Investigação Epidemiológica, na elaboração de relatórios, na solicitação de vacinas para prover a sala de vacinação), supervisiona o trabalho e capacita outros trabalhadores de saúde (os agentes comunitários de saúde e as auxiliares de enfermagem).

Em estudo histórico do trabalho da enfermeira em serviços de Saúde Pública em São Paulo, Villa, Mishima e Rocha (1997) discutem que, a partir da década de 70, o trabalho da enfermeira, de maneira geral, centrou-se na organização das atividades constituintes do trabalho coletivo; na

coordenação, controle e supervisão de todas as áreas de atendimento, articulando as relações entre os vários agentes de saúde (médicos, atendentes, visitantes e auxiliares de enfermagem) e os diversos setores (como no caso da distribuição de medicamentos, do serviço social, além de outros). Tal categoria de trabalhadores voltou-se, ainda, para a organização de procedimentos técnicos para viabilizar e complementar a assistência médica individual. Dessa forma, a especificidade do trabalho da enfermeira acabou por constituir-se no domínio técnico de todas as funções de enfermagem, sem atuar diretamente na sua execução.

O gerenciamento constitui, de maneira geral, o trabalho mais presente no cotidiano do enfermeiro, no entanto, segundo Castellanos (1989), a realização das atividades administrativas não se deve a uma opção desse profissional, mas a uma determinação social.

Villa, Mishima e Rocha (1997) chamam a atenção para a necessidade da enfermeira refletir sobre a articulação de suas funções no trabalho, envolvendo-se mais com as necessidades dos usuários, processo esse orientado à finalidade do trabalho em saúde.

Quanto aos auxiliares de enfermagem, evidenciou-se principalmente, no presente estudo, a execução de ações no exterior da UBS: no domicílio e nos equipamentos sociais da área (creches, escolas).

Acerca da divisão do trabalho de enfermagem, Peduzzi (2001) aponta que as diferenças técnicas e desigualdades de valoração do trabalho e de seus agentes são reproduzidas no interior do próprio campo, referindo que:

“O desdobramento do trabalho de enfermagem em diferentes categorias profissionais não nos permite definir um único e equivalente processo de trabalho para os diversos trabalhadores da área, pois a cada um destes cabe uma parcela diferente do trabalho, com peculiaridades de desempenho e desigualdades sociais” (p.5).

Os agentes comunitários de saúde, no entanto, pareceram apresentar atuação mais intensa no campo das ações educativas e na articulação das informações entre as equipes e entre a equipe e os usuários dos serviços de

saúde.

De modo geral, os profissionais médicos têm uma participação esporádica na vigilância e mais indireta ainda, nos locais onde se pratica a vigilância ampliada, quando se realizam práticas que parecem integrar a assistência e o monitoramento de faltosos em consultas.

Já os auxiliares administrativos foram incluídos em uma dimensão importante da vigilância, que se refere à alimentação de bancos de dados, à sistematização de informações que, em última instância, constituem o material empírico através do qual se constitui a racionalidade epidemiológica.

Em relação ao desenvolvimento do trabalho, em geral, apresentou-se como parcelar, o que determina conseqüências nos resultados que também se apresentam como pontuais e restritos aos eventos. A respeito da divisão do trabalho, advoga-se que este pode ser realizado sem que o homem que o executa conheça o resultado, o que acarreta em processos de alienação, ou seja, no desconhecimento da finalidade do trabalho e em seu não reconhecimento quando se refere à mudança da realidade de saúde-doença. Além disso, pode ocorrer a repetição do ciclo do processo de trabalho, que implica na reprodução de todos os seus aspectos parciais (Mendes-Gonçalves 1992), reiterando o processo de alienação.

Essa divisão do trabalho, socialmente determinada, expressa ainda, diferentes valorizações sociais do trabalho. A fragmentação das ações, principalmente a separação entre o momento de sua concepção e o momento de sua execução, promove rupturas na unidade dialética processo saúde-doença no coletivo. Isto deveria ocorrer na interconexão entre as ações executadas por um elenco diversificado de profissionais e não pelas intervenções isoladas de cada trabalhador (Peduzzi 2001).

Ademais, Merhy (1997) aponta que, no momento da produção/consumo em saúde, existe a produção do espaço *interseçor*, de encontro entre o usuário e o trabalhador, em que ambos instituem necessidades, modos capturados de agir, É nesse espaço onde acontecem trocas, seja pelo fato do profissional disponibilizar saberes e atos

cuidadores, ou pela busca do usuário em restabelecer sua autonomia.

Quando as tecnologias leves são utilizadas no momento do *trabalho vivo*, pode-se desenvolver o compromisso de responsabilizar, resolver e acolher, a partir da autonomização das relações entre o usuário e o trabalhador, impossibilitando que a finalidade e os objetos sejam uma única ordem, mas que o espaço *interseção* constitua-se em produtor de cuidado (Merhy 1997, Malta et al. 2004).

Numa outra perspectiva de discussão, considerando que a vigilância epidemiológica foi apontada como a prática predominante pelos entrevistados, chama-se a atenção para seus três âmbitos: o clínico, o epidemiológico e o administrativo, no interior dos quais cabe um enorme rol de atividades, consideradas por Villa (1999):

*“(....) é inserida nos programas que envolvem um conjunto de orientações de caráter **clínico** (vacinação, bloqueio, quimioprofilaxia, orientação, treinamento e educação, fundamentada na racionalidade clínica); **epidemiológico** (conjunto de saberes e técnicas que compõem a V.E., tais como indicadores de prevalência, de incidência e distribuição do risco social e de grupo, indicadores de qualidade de vida e de desigualdade social e diagnóstico de saúde) e **administrativo** (coordenação e supervisão de recursos humanos e educação contínua dos profissionais de saúde, distribuição e articulação das atividades entre a equipe de V.E. e desta com a equipe de saúde, gerenciamento de programas, controle e supervisão de ações padronizadas, preenchimento, recebimento, análise de fichas, gerenciamento do fluxo de informações e registro de dados)”* (p.9 – grifos do autor) .

Por outro lado, verificou-se que a demanda por ações de vigilância é importante nas unidades de saúde, em contraposição ao quadro de recursos humanos e à estrutura material, que se apresentam como insuficientes para que o trabalho seja realizado com a qualidade desejada pelos profissionais. A “*burocracia*”, materializada no excesso de impressos a serem preenchidos e encaminhados, resulta na resistência ao envolvimento dos trabalhadores e prejudica o objetivo final desse trabalho, que tem o sentido de veicular e de sistematizar informações. Diferentemente do que ocorre com os gerentes,

que apresentam qualificação específica na área de Saúde Pública, após a graduação, os trabalhadores de saúde apresentam qualificação precária, que acaba por concretizar-se no cotidiano, mas que impossibilitam compreender a finalidade do trabalho, assim como propor e atuar em estruturas de trabalho que conduzam à modificação da situação de saúde-doença, conforme preconiza a Vigilância à Saúde. Dentre outras conseqüências, tal situação determina que um importante arsenal de informações sobre saúde, que são produzidas na rotina do trabalho, acabem por ser subutilizadas, o que acarreta em dificuldade para se ampliar o campo de ação da vigilância, no sentido da vigilância à saúde.

Mas as condições em que se opera o trabalho também determinam a limitação de práticas que transcendam às tradicionalmente realizadas no âmbito da vigilância epidemiológica. Isto porque, a inadequação da planta física; a carência de material e de equipamentos, de informática, por exemplo; assim como de transporte disponível continuamente para a realização de visitas domiciliárias; ademais do débil incentivo político-gerencial, em termos de falta de diretrizes para operar as ações de vigilância no sentido ampliado, ainda que tenha sido explicitado o estímulo e a escuta por parte dos profissionais que atuam no âmbito distrital de saúde, foram fortemente expressas como limitantes para aperfeiçoar as ações de vigilância tradicional e ampliar o campo de ação da vigilância.

A informatização do sistema de vigilância epidemiológica foi reivindicada pelos gerentes das unidades de saúde, para agilizar a operacionalização das ações, para favorecer a análise de situações, para apoiar o gerenciamento das intervenções, como também para possibilitar a atualização permanente dos trabalhadores. Villa (1999), em estudo sobre a vigilância epidemiológica no Município de Ribeirão Preto-SP, apresenta o impacto positivo na assistência e vigilância em saúde, a partir da instalação de computadores em sala de vacinação de unidades de saúde e na Vigilância Epidemiológica das Unidades Básicas e Distritais de Saúde.

Sobre o gerenciamento das ações de vigilância foram evidenciadas, de modo geral, no presente estudo, três formas: por meio de uma equipe multiprofissional, que se responsabiliza pela administração, execução das ações de vigilância na UBS e no território e pela integração das informações dessa área com as de assistência, situando-se como referência no tema para a atualização dos demais trabalhadores da UBS; por meio da centralização do gerenciamento e da execução das ações de VE, na figura de um ou dois trabalhadores de referência (enfermeira ou médico sanitaria); ou, por meio da realização das ações conforme o evento, em geral executadas pela enfermagem, o que se configuraria como um gatilho que dispara ações no interior da unidade de saúde, sem que se conte com uma organização específica para tal.

Por outro lado, evidenciou-se que, quanto maior a apropriação de noções e conceitos, e do desenvolvimento de ações de vigilância ampliada, assim como a existência de liderança ou de participação ativa do gerente da Unidade nesse processo, maior a organização e envolvimento de diferentes sujeitos no trabalho. Ou seja, demarca-se a importante participação do gerente para o desencadeamento de ações, muito possivelmente porque o trabalho nesse âmbito possibilita visão mais ampliada da totalidade.

No que diz respeito à articulação entre os planos prático e teórico da vigilância construiu-se um quadro, a fim de tornar mais visível tal relação posta no âmbito da Atenção Básica à Saúde, como segue.

Quadro 3 - Relação entre os conceitos relatados pelos entrevistados e as ações realizadas nas UBS, Butantã-SP - 2006.

Conceitos				Ações desenvolvidas		
UBS	VE	Vigilância Ampliada	Vigilância à Saúde	VE	Vigilância Ampliada	Vigilância à Saúde
UBSA	X	X	X	X	X	X*
UBSB	X	X	X	X	X	X*
UBSC	X	X	X	X	X	X*
UBSD	X		X	X		
UBSE	X	X		X		
UBSF	X	X	X	X		

Evidencia-se, a partir do quadro, a realização da vigilância epidemiológica em todas as unidades de saúde. Já em relação às demais práticas: “Vigilância Ampliada” e “Vigilância à Saúde”, observou-se a sua distribuição homogênea nos serviços, considerando-se que 50% das unidades onde se desenvolveu o estudo, as desenvolviam.

No que diz respeito à própria vigilância epidemiológica, cuja especificidade é historicamente consolidada observa-se coerência entre a concepção teórica e as práticas vigentes. Mais do que isso, conforme apontado anteriormente, evidenciaram-se posicionamentos que apontam para questões a serem aprimoradas na VE, como a necessidade de sistematização e divulgação do trabalho de vigilância realizado (GerA39).

No que diz respeito às demais práticas, de Vigilância Ampliada e de Vigilância à Saúde, faz-se a cuidadosa ressalva, constante no quadro como: (*), de que a indicação de ações desta última não operacionaliza esse modelo concretamente naquelas unidades, mas apenas revela um intento de se construir um caminho a partir de algumas ações, dentre as quais, o diagnóstico situacional ou o monitoramento de situações de saúde para subsidiar o planejamento, lembrando que estas são realizadas no interior da equipe multiprofissional e contém a potencialidade de reorientar o processo de trabalho em saúde.

Além disso, pode-se verificar a contradição entre a proposição e as práticas de Vigilância à Saúde, na medida em que em algumas unidades (UBSD e F), os sujeitos do trabalho concebem teoricamente a Vigilância à Saúde, mas, no serviço, as ações se limitam à VE tradicional.

Articula-se a essas questões a discussão sobre modelos assistenciais em saúde. Mendes-Gonçalves destaca dois modelos de trabalho em saúde vigentes na contemporaneidade. É importante esclarecer, inicialmente, que o autor elabora a seguinte definição de modelo tecnológico em saúde:

“Conceitualmente, ‘modelo’ aponta para a necessidade ineludível de **consistência prática** (grifo do autor) entre objetos do trabalho, instrumentos e a ação do agente do trabalho, para que o processo possa objetivar-se em um produto” (Mendes-Gonçalves 1992, p.45).

Os dois modelos de trabalho em saúde são o modelo epidemiológico e o clínico que, apesar de complementares, são utilizados em paralelo para atender às necessidades das sociedades capitalistas (Mendes-Gonçalves 1992).

O modelo epidemiológico tem como objeto, os fenômenos relacionados a doenças que acometem o coletivo e os instrumentos tradicionalmente aplicados incluem: o saneamento ambiental, a educação em saúde, entre outros. Esse modelo tecnológico do trabalho em saúde contém uma contradição complexa marcada por duas vertentes de pensamento, que expressam diferenças tecnológicas e consequências políticas também diferentes. A primeira, vertente conservadora, considera a doença como algo natural e a espécie humana como conjunto de indivíduos, submetidos a ações ambientais. A segunda toma o homem como ser social e, portanto, a estrutura da sociedade como determinante dos processos mórbidos.

O modelo clínico, por sua vez, recorta a doença como alteração morfológica/funcional do corpo humano, direcionado à recuperação da força de trabalho (Mendes-Gonçalves 1992).

Campos (2003) advoga que os “modelos são arranjos variáveis de

recursos (humanos, financeiros, de conhecimento, etc.) objetivando incrementar a produção de saúde” e que não há modelo ideal para o SUS. Entretanto, ressalta que o modelo “adequado” é fruto de construção a partir da realidade, considerando-se a tradição e os problemas específicos de cada região, para então, se viabilizar a alteração dos arranjos em cada situação (p.109).

Considerando que há diferentes formas de se organizar a assistência em saúde se discorrerá brevemente sobre a definição das diferentes estratégias e modelos de assistência à saúde vigentes no cenário de estudo e, posteriormente, será apresentado o quadro em que se mostram tais modelos/estratégias implementados nas unidades investigadas.

Conforme consta do Quadro 4 o modelo *Médico-Assistencial Privatista* é predominantemente curativo, centra-se no atendimento da “demanda espontânea”, portanto, só acessam o serviço de saúde aqueles sujeitos que percebem seus problemas de saúde ou sentem alguma necessidade de prevenção, sendo que os demais sujeitos não são alcançados. Esse modelo não se restringe aos serviços privados e é muito comum na rede pública (Paim 1999).

Já o *Programa de Saúde da Família* (PSF) foi oficialmente implantado no País, em 1994, como uma estratégia de reorganização do SUS e da municipalização. Visa cumprir, no âmbito da Atenção Básica à Saúde, ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos, das famílias e da comunidade de forma contínua e integral, através de equipes multiprofissionais de saúde. As equipes são compostas, geralmente, por um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e 6 agentes comunitários de saúde, os quais devem residir na área de abrangência da unidade de saúde e conhecer a comunidade local. Tais equipes podem ser ampliadas, em alguns casos, contando com: um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental. Cada equipe se responsabiliza pelo acompanhamento de cerca de 3.000 a 4.500 pessoas ou de 1.000 famílias de uma determinada área, e estas passam a ter corresponsabilidade no cuidado à saúde (Brasil 2007).

Quadro 4 - Modelos e estratégias de atenção à saúde operantes nas Unidades Básicas de Saúde investigadas, Butantã-SP - 2006.

Modelos e estratégias de atenção à saúde	Unidades Básicas de Saúde
Modelo Médico-assistencial Privatista	UBSD / UBSE / UBSF
Estratégia do PSF	UBSA / UBSB
Atenção Programática em Saúde e PSF	UBSC

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* (Teixeira, Paim e Vilasbôas 1998), em que podem estar presentes alguns elementos que orientam para ações de vigilância que integrem alguma perspectiva de ampliação, mas se opera apenas a VE ou, timidamente, a vigilância ampliada.

Ressalta-se uma questão apontada por um dos gerentes entrevistados, considerando que o PSF favorece a articulação das ações específicas da vigilância com outras atividades assistenciais, além do fato de que a estratégia pressupõe o trabalho em equipe.

No presente estudo, destacou-se, como facilitador da vigilância, a presença do agente comunitário de saúde (ACS), que conhece o território de atuação, assim como os usuários e suas famílias, os quais acabam por mediar o trabalho intra e extra-muros (GerA19, 24, 41, 42).

A respeito da inserção do ACS no PSF, Silva (2000), ao investigar o perfil do trabalho do agente comunitário, verificou a sua irregularidade, pois não há exclusiva identificação como alguém da comunidade ou como agente institucional, variando, portanto, conforme o momento do trabalho. A função desse agente pode ser apreendida em relação a dois componentes de atuação: o técnico e o político. No plano técnico, o agente relaciona-se com o processo saúde-doença de indivíduos e famílias ao lidar com a prevenção de agravos, com o monitoramento de problemas e de grupos específicos. Já

no plano político, o agente discute os problemas de saúde com a comunidade, apóia o auto-cuidado e estimula a organização da comunidade para a cidadania e inclusão social. Ademais, é compreendido, pelos trabalhadores de saúde, como sujeito que pode contribuir com a implementação da vigilância à saúde. Ao mesmo tempo em que se situa como intermediador entre a equipe, a família e a comunidade, com a função de garantir o vínculo e a humanização, incentiva a participação e a organização da comunidade, atuando também como mensageiro, como controlador (na medida em que *vigia* – destaque da autora -, disciplinarmente no seguimento do tratamento) da adequação e eficácia das intervenções realizadas pela equipe.

Silva e Dalmaso (2002) fazem menção, ainda, ao fato de que o agente comunitário apresenta insuficiência de saberes para a operacionalização de seu trabalho, pois não dispõe de instrumentos e de tecnologias, utilizando, de modo geral, do senso comum, emprestando saberes do pólo técnico.

As mesmas autoras (Silva e Dalmaso 2002) advogam que no trabalho do ACS, que envolve ações e interações, incluem-se diversas situações para as quais a área de saúde ainda não desenvolveu um conhecimento específico e sistematizado e, tampouco, instrumentos de trabalho e de gerência, para a abordagem da família, para o contato com situações de vida precária, para intervir sobre os determinantes das condições de saúde, assim como para posicionar-se nas situações que envolvem desigualdades sociais e questões relativas à cidadania.

As autoras destacam, ainda, a evidência entre as ações relacionadas à vigilância à saúde e as diversas funções do ACS, contudo, com um enfoque que tende para o indivíduo e para a clínica, através das visitas domiciliares, assim como na prevenção e no monitoramento de situações de risco por meio de ações direcionadas a grupos específicos e ao meio ambiente.

Com isso, o aprimoramento da capacitação do agente comunitário, coloca-se necessário, principalmente, com o enfoque na observação das

relações interpessoais para a discussão sobre as necessidades de saúde das famílias. Além disso, as informações em saúde e a valorização do diálogo constituem-se em instrumentos de trabalho e de apoio social para o exercício da cidadania (Silva e Dalmaso 2002).

Peduzzi (1998) considera que um dos pontos-chave para a consolidação e operacionalização das ações em saúde é a constituição de uma equipe integradora, voltada para a elaboração de um projeto comum de promoção à saúde, que também articule a unidade básica de saúde a outros equipamentos e movimentos sociais.

Isto pode ser confrontado com trechos do depoimento de sujeito deste estudo, conforme o que se apresenta a seguir.

“(....) num outro modelo que uma profissional, que uma enfermeira, numa área de 20 mil pessoas que não sabe nem chegar num lugar onde ela tem que, sei lá, descobrir (....)” (GerA42).

“(....) o desenho do PSF favorece um pouco isso, né, porque, tudo cai um pouco na equipe de volta” (GerA19).

Um outro diferencial do PSF, que se sobressaiu entre os dados analisados, foi o acesso às informações sobre o modo de vida e saúde geradas pelo SIAB, cuja possibilidade de análise resultou no rearranjo das metas gerenciais traduzidas como ações de vigilância à saúde.

É importante destacar que as atribuições das equipes resguardam coerência com os princípios da vigilância à saúde, ou seja, se constituem basicamente, na identificação dos problemas e necessidades em saúde no território, além de desenvolver ações intersetoriais com a participação da comunidade, conforme aponta Campos (2003).

Outro modelo de Atenção à Saúde, configurado como Modelo Alternativo (Paim 1999), encontrado em uma das Instituições investigadas, de caráter escola, foi o Modelo de *Ação Programática em Saúde*. Segundo Nemes (2000) a *Ação Programática em Saúde* pode ser definida como:

“(....) uma proposição de organizar o trabalho em saúde fundamentada no ideal da integração sanitária, para o que busca inspirar-se em tecnologias de base epidemiológica” (p. 48).

Conforme menção do gerente da Unidade em que se desenvolve a Ação Programática em Saúde, toda equipe do serviço, envolvida na assistência/cuidado ao paciente, realiza algum tipo de vigilância, já que a organização do trabalho parte da idéia de integração médico-sanitária.

“(....) Isso não é retórica, né, é entendendo que, que a proposta da organização do trabalho aqui, é... que tem suas raízes lá na idéia da integração médico-sanitária, que autores no assunto lançaram há anos atrás” (GerC14).

O gerente afirma, portanto que, nesse serviço, o cuidado integra o “*olhar clínico e o epidemiológico*” e considera, nesse sentido, que a vigilância é desenvolvida em todo o tipo de cuidado ali prestado.

“(....) Então, todos os encontros entre profissionais e usuários, é... transcendem a dimensão clínica pra olhar esse indivíduo situado num contexto mais amplo e para perceber oportunidades de intervenção sobre a saúde do coletivo a partir dos indivíduos, né” (GerC15).

Nesse sentido, a apreensão das necessidades de saúde deve permear todos os espaços de atendimento do serviço através de escuta qualificada, o que pressupõe que os profissionais tenham sensibilidade e preparo para decodificar a necessidade de cada usuário, transformando-a em demanda reconhecida pelo serviço (Cecílio 2001). Conforme aponta Paim (1999), essa forma de organização da atenção à saúde configura o modelo assistencial baseado na *oferta organizada*.

Importante consideração, nesse sentido, foi apontada por uma gerente de UBS: valorizando-se a necessidade de se recolocar o conceito de saúde, para, então, mudar a atitude dos profissionais e reorganizar a assistência a partir da oferta organizada (GerF33).

Os sujeitos do presente estudo destacaram, também, a valorização da

educação permanente e da concretização da vigilância epidemiológica no dia-a-dia, as quais contribuíram para o aprimoramento das ações de vigilância em uma das unidades de estudo (GerC42). O mesmo gerente entrevistado aponta que a vigilância epidemiológica refere-se a:

“(....) uma missão essencial, uma é... básica, imprescindível”
(GerC44).

Por outro lado, a operacionalização de ações que parecem induzir à interpretação da *vigilância ampliada* nas Unidades denotou a preocupação sobre a prevenção de doenças e agravos, destacando-se a adoção de instrumentos específicos para monitorar essas situações, dentre os quais, foram apontados desde carimbo para identificar prontuários de pacientes sob vigilância em caso de câncer ginecológico, assim como registros sobre o tratamento da tuberculose na forma de cartão, até a construção de indicadores e metas para o planejamento em saúde. Além disso, outros instrumentos não convencionais, foram transformados em meios para operacionalizar a vigilância como: o prontuário, fichas espelho de vacinação, resultados de exames alterados, informação gerada pelo boletim de produção; SIS-Pré-Natal; Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB - (GerC18,26,27; GeB29; GerE12,14,41; GerA21).

Ora, acima de tudo, a base de operação da vigilância parece estar posta na informação e em sua veiculação, características da assunção das práticas tradicionais de vigilância epidemiológica.

A informação é imprescindível para a tomada de decisões seja para o atendimento individual, para as intervenções sobre problemas coletivos, para o estabelecimento de políticas específicas, bem como para o suporte da gestão de serviços, contribuindo para orientar a implantação de modelos de atenção em saúde. Considera-se, entretanto, que as informações só podem realmente contribuir para a conformação de modelos de atenção se forem amplamente difundidas entre os profissionais de saúde e compartilhadas com a população (Mota e Carvalho 1999).

Os mesmos autores consideram que:

“(....) qualquer sistema de informação depende da coleta primária de dados, o que significa assegurar que o conjunto relevante de instrumentos (fichas de notificação e investigação de agravos, declarações de nascimentos e de óbitos, boletins de atendimento etc.) seja adequadamente preenchido, os dados seguramente registrados e armazenados e que se cumpra em tempo o fluxo de dados até o processamento, a consolidação, análise e difusão” (Mota e Carvalho 1999, p. 506).

As fontes de informação podem ser variadas, incluindo desde prontuários de usuários dos serviços de saúde, registros de exames de laboratório, até questionários de inquéritos de situações de saúde e observações diretas de fatos e eventos. Já uma única fonte integradora de todos os dados relevantes dos usuários do sistema da saúde ou da comunidade da área de abrangência do serviço de saúde, facilita o uso de sistema de informação (Mota e Carvalho 1999).

O SIAB constitui-se em uma importante fonte integradora de dados gerados na Atenção Básica à Saúde. Foi criado em 1998, para apoiar o acompanhamento e a avaliação das ações realizadas pelas equipes do PSF. Constitui-se num:

“(....) sistema de informação em saúde territorializado, ou seja, fornece indicadores populacionais (morbidade, mortalidade e de serviços) de uma determinada área de abrangência” (Silva e Laprega 2005, p. 1822).

Silva e Laprega (2005) consideram o SIAB como uma potencial ferramenta para a composição de diagnóstico de saúde de determinada área, já que elenca diversos determinantes do processo saúde-doença, podendo contribuir para o planejamento e avaliação das ações de saúde.

Apesar da ampliação do objeto da vigilância nas UBSs estudadas ser fruto de esforço dos trabalhadores e representar, também, um passo à frente nas práticas de saúde, chama-se a atenção para uma lacuna nesse processo, que parece apresentar-se como uma limitação quando se advoga

a Vigilância à Saúde com base na determinação social do processo saúde-doença. Verificou-se que a análise dos determinantes do processo saúde-doença não foi apontada pelos sujeitos como ação presente no planejamento em saúde, mas foram apenas identificados agravos e situações de saúde isoladas da análise de condições de vida. Além disso, a participação da comunidade local na construção e no desenvolvimento do processo de vigilância não foi apontada por nenhum entrevistado.

Em estudo sobre a análise da utilização do SIAB por equipes de PSF no município de Ribeirão Preto – SP, Silva e Laprega (2005), verificaram a inexistência de participação da comunidade na discussão sobre os dados gerados pelo sistema de informação, além do planejamento e tomada de decisões. Além disso, as equipes pouco empregavam o SIAB no planejamento em saúde no nível local.

No que se refere às ações de vigilância à saúde desenvolvidas em cada UBS, no presente estudo revelou-se, de modo geral, incipiente. Mas, se olhadas no conjunto da Supervisão de Saúde do Butantã, se alcança, em certa medida, um panorama nascente, um horizonte relativo à vigilância à saúde em nível distrital. Isto porque as ações ou propostas em implementação compõem diferentes momentos do processo da vigilância à saúde como: o diagnóstico situacional; o planejamento da assistência baseado no monitoramento de situações de saúde, a partir do trabalho em equipe; o planejamento do cuidado com a participação dos usuários, considerando a noção de território e de rede de suporte social, ou seja, combinando-se diferentes tecnologias para aprimorar o trabalho em saúde.

Essas experiências, ainda que parciais, considerando a complexidade da vigilância à saúde, começam a incidir na transformação do processo de trabalho em saúde, em parte das Unidades, a partir da inserção de novos instrumentos, da articulação dos diferentes trabalhadores em torno de monitoramentos específicos e na operacionalização de ações nos espaços extra-muros, além da visita domiciliária, como exemplo.

Por outro lado, perceberam-se, entre os discursos, que a participação da população e o trabalho intersetorial são considerados necessários mas,

na prática, estas ainda são ações muito isoladas, pontuais ou que ocorrem somente na vigência de surtos.

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 se mobilizar para construir, junto à própria comunidade, adequadas condições de vida, saúde e educação.

“(...) Não dá pra gente ficar esperando (...) a gente é o governo, a gente tem que fazer. Tem que começar... Já tinha que ter começado” (GerD25).

O aspecto que mais parece demarcar o terreno da Vigilância à Saúde é a possibilidade desta se caracterizar como resposta social organizada, a partir do conhecimento acerca dos determinantes de 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 no campo da intersetorialidade, integrando a inclusão social e o fortalecimento da ação comunitária a fim de promover a saúde (Aerts et al. 2004).

O trabalho intersetorial e comunitário, na perspectiva da vigilância, foi sugerido a partir da constituição de rede de vigilância à saúde, por Martins e Fontes (2004), que é entendida como:

“(...) sistema complexo formado pela articulação institucional de ações envolvendo ao mesmo tempo governo, comunidade, organizações civis e instituições científicas” (p. 109).

Os mesmos autores defendem que a construção de Redes de Vigilância pode ser útil no apoio ao desenvolvimento de ações solidárias de conhecimento, detecção e prevenção de epidemias, numa perspectiva que

incorpore integralmente a idéia de ambiente aos sistemas social e coletivo. Com a participação da comunidade, as Redes de Vigilância podem proporcionar o controle social, bem como permitir a identificação de nós críticos que obstaculizam os fluxos comunicativos entre as instituições públicas e a sociedade civil. Nessa perspectiva, destaca-se o potencial para a mobilização de diversos atores em diferentes instâncias, o que permitiria maior eficácia e transparência às práticas que operam no âmbito do SUS. Para tanto, os autores destacam que é essencial disponibilizar amplamente as informações e utilizar a educação em saúde nos microambientes sociais (Martins e Fontes 2004).

Segundo Cecílio (2001), a educação e a informação em saúde integram o processo de construção da autonomia de cada pessoa.

No que diz respeito à intersectorialidade, Campos (2003) apresenta uma valiosa consideração:

“A intersectorialidade é um meio de intervenção e não um fim em si mesmo. Por isso deve ser dosada conforme o problema a ser enfrentado. Pode ser maior ou menor conforme o caso. Ademais, problemas complexos podem ser trabalhados a partir de uma combinação ideal de recursos. Com o tempo, a própria ação do Projeto irá ampliando as instituições e agrupamentos envolvidos com um determinado tema. Esperar pela Intersectorialidade ideal ou pela combinação ideal de recursos é cair no imobilismo” (p.35).

Quanto à supervisão do trabalho pelos gerentes, em momentos de discussão de casos, ou por ocasião da realização de ações como notificação de casos, visita domiciliária, e investigação de surtos, se fez presente na maioria das Unidades investigadas (GerA14; GerB4; GerC; GerD6,14). Contudo, o envolvimento desse profissional, em algum aspecto da vigilância, no cotidiano de trabalho, foi unânime.

No que diz respeito às possibilidades de atualização em vigilância foram comumente referidas, pelos trabalhadores das unidades, de forma condicionada às mudanças na normatização e nas rotinas de trabalho.

Quanto às oportunidades de atualização em vigilância à saúde não

houve menção entre os profissionais das unidades em nível local, mas apenas pelos gerentes em nível distrital, os quais o fazem, principalmente, por conta própria através de materiais técnicos.

Atualmente, a qualificação de profissionais de saúde encontra respaldo na política de Educação Permanente em Saúde, do Ministério da Saúde, elaborada para apoiar a recomposição das práticas de formação, de atenção, de gestão, de formulação de políticas e do controle social em saúde (Brasil 2004).

“Ao se colocar em evidência a formação e o desenvolvimento para o SUS, por meio da construção da educação permanente, propõe-se a agregação entre desenvolvimento individual e institucional; entre serviços e gestão setorial; e entre atenção e controle social, visando à implementação dos princípios e das diretrizes constitucionais do SUS” (Brasil 2004, p. 9).

A Educação Permanente em Saúde parte da estratégia de problematização do processo de trabalho em serviço, identificando-se as necessidades de qualificação, a fim de garantir a aplicação e a relevância dos conteúdos e das tecnologias estabelecidas no processo. A gestão dessa proposta deve ocorrer através dos Pólos de Educação Permanente em Saúde, os quais deverão funcionar como dispositivos do Sistema Único de Saúde para promover mudanças, nas práticas de saúde e de educação na saúde, funcionando como rodas de debate e de construção coletiva (Brasil 2004).

Segundo Campos (2033, p. 30), a roda é o espaço ou o “arranjo onde exista oportunidade de discussão e de tomada de decisão”, é onde se deve proporcionar a discussão dos temas a partir da perspectiva dos usuários, da equipe técnica e da instituição. Os temas são assuntos que incomodam, problemas ou situações que oferecem risco à saúde. O autor afirma que a co-gestão dos projetos, por meio do método da roda, propicia o aumento da capacidade de análise e de intervenção. A partir desse referencial, o mesmo autor aponta que, no município de Campinas-SP em que se propôs a reorganização municipal da atenção à saúde, foram implantados *Núcleos de*

Saúde Coletiva para operacionalizar a Educação Permanente em Saúde e apoiar cada 4 ou 5 equipes de saúde da família. O mesmo foi estabelecido em hospitais a partir de Núcleos de Vigilância.

Possivelmente em decorrência de uma visão mais abrangente sobre a saúde, no presente estudo, os gerentes conceberam a vigilância à saúde com mais propriedade do que os demais trabalhadores, que se inserem mais intensamente no processo de trabalho, mas têm menos oportunidades de discussão sobre o tema em sua amplitude. A diferenciada inserção dos gerentes no processo de trabalho proporciona o olhar e interação com o trabalho de maneira integral, e a própria organização de trabalho que, de modo geral, requer a sua participação em reuniões técnicas entre gerentes em nível distrital, assim como estar ciente do trabalho entre as equipes, ainda que este ocorra de forma parcelar, além, evidentemente, de sua qualificação profissional diferenciada, o que parecem determinar que apresentem concepções que evidenciam possibilidades de transformação das práticas.

O papel do gerente, conforme apontado nos depoimentos, é deflagrar e conduzir a elaboração de planos de atenção às diversas situações sanitárias, mas considera-se necessário que a equipe participe do planejamento e tome a frente das ações de intervenção (GerB59). Pôde-se evidenciar a postura de liderança participativa do gerente nas unidades com maior organização e que, portanto, parecem operar a vigilância de forma mais ampliada.

Nessa perspectiva, a qualificação profissional foi identificada pelos entrevistados como um dos principais problemas para a 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 ampliando as responsabilidades dos serviços de saúde, para além do controle de danos e riscos e considerando os determinantes do processo saúde-doença (Barata 1992, Teixeira 1993).

Destaca-se, sobre a qualificação profissional em saúde, a seguinte reflexão defendida por Teixeira (1993, p.8):

“(....) o desenvolvimento científico e tecnológico no campo da saúde não é linear e homogêneo, senão, histórico, sujeito a mudanças, desigualdades de ritmo e de ênfase em aspectos específicos de acordo com os contextos econômico-sociais e culturais em que ocorre, o que pode ser considerado como campo da Vigilância à Saúde recobre um conjunto desigualmente desenvolvido de conhecimentos, métodos, técnicas e instrumentos de intervenção” (Teixeira 1993, p.8).

A mesma autora elabora uma proposta de *Formação de Pessoal em Vigilância à Saúde* em serviços, norteadas pela Epidemiologia, na sua perspectiva crítica, e que se refere à interpretação do processo saúde-doença nos grupos populacionais em determinados territórios sociais, e seus usos, visando o planejamento, o gerenciamento, e a avaliação de ações e serviços de saúde. O conteúdo temático seria ancorado na noção de Vigilância à Saúde, contemplando conteúdos técnicos das áreas de vigilância (epidemiológica, sanitária, ambiental e do trabalhador), além de temáticas relativas às políticas de saúde, distritos sanitários, sistemas de informação em saúde, gerenciamento e avaliação de sistemas e serviços, incluindo a comunicação social em saúde. Esta proposição contemplaria, também, um módulo prático enfocando as áreas de abrangência das unidades de saúde ou Distritos Sanitários, com atividade sobre problemas selecionados no nível local, com propostas operacionais para ampliação ou aprimoramento das práticas de vigilância conforme cada área. É interessante notar que tal curso foi pensado para a formação de gerentes de serviços de saúde em nível local, distrital e regional, vinculado ao compromisso de transformação das práticas sanitárias e, portanto, mantém a idéia de educação permanente (Teixeira 1993).

Atualmente, a proposição de qualificação de pessoal em serviço, pode dispor de diversas tecnologias para sua instrumentalização no nível local. Além da proposta, já citada, de Redes de Vigilância de Martins e Fontes (2004) e de sistemas de informação georeferenciados (Mendes 1993),

Bertolozzi e Fracoli (2004) propõem o uso de indicadores sociais e de necessidades de saúde, operacionalizados por meio das categorias: autonomia, qualidade de vida, desenvolvimento humano e equidade, além das redes de apoio familiar e do grau de informação/articulação para a participação social e desenvolvimento da cidadania. Esses indicadores poderiam contribuir para o conhecimento sobre a realidade de vida e saúde dos indivíduos e grupos sociais para orientar as ações de promoção, prevenção e tratamento.

As iniciativas de transformação das práticas em saúde apontadas pelos profissionais entrevistados podem ser partilhadas através da troca de experiências entre as unidades da própria Supervisão de Saúde, com a mediação da Unidade de Vigilância Distrital, mas não se desconsidera a necessidade de ampliação e melhoria da infraestrutura das unidades e a qualificação profissional em serviço.

A supervisão de Vigilância Epidemiológica da região trabalha as informações produzidas na área de abrangência, qualifica, supervisiona e atualiza os trabalhadores das Unidades Básicas de Saúde quanto à vigilância sobre doenças de notificação compulsória, vacinação e surtos. Esse suporte técnico tem sido mantido, acrescido de constante atualização dos profissionais da Supervisão através da internet, da mídia, e de informes técnicos elaborados por outros níveis de organização de sistema de saúde. Além disso, tal suporte acaba por intermediar ações de controle de zoonoses e de vigilância sanitária, realizadas por equipes específicas desses órgãos. No entanto, segundo a gerente, apesar de conhecer o referencial da vigilância à saúde, a organização de discussões e atualizações no âmbito da Vigilância à Saúde, para os profissionais das unidades, ainda não foi viabilizada, por se trabalhar, na SUVIS, com quadro reduzido de pessoal e em decorrência da grande demanda de trabalho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A aproximação com os significados e as práticas de vigilância à saúde constituíram o caminho percorrido para se desvelar o objeto do presente estudo.

As interpretações sobre vigilância, apresentadas pelos sujeitos desta investigação mostraram-se variadas. Incluíram, desde o significado de vigilância epidemiológica até a vigilância à saúde, que foi desdobrada em duas vertentes: a primeira, denominada *Vigilância Ampliada*, caracterizada pela ampliação do objeto da vigilância epidemiológica, transcende as práticas de controle sobre as doenças transmissíveis e integra a assistência à informação em saúde. A segunda, a *Vigilância à Saúde* propriamente dita, se distingue da anterior, por sua potencialidade de orientar a organização do serviço, assim como pelo fato de integrar as intervenções, considerando-se a unidade dialética indivíduo/coletivo. Conforme os entrevistados, esta última se configura pela caracterização das condições de vida e saúde da população residente no território adstrito à UBS, assim como por contemplar a participação da população na detecção dos problemas e necessidades de saúde e no planejamento de estratégias de intervenção, que incluem desde a prevenção de doenças até a promoção da saúde. Incorpora, ainda, a intersetorialidade e o trabalho em equipe, considerando as características culturais, políticas, educacionais e de acesso da população aos serviços de saúde.

Na opinião dos sujeitos do estudo, a instauração da vigilância à saúde, a princípio, 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.

A contradição entre a teoria e a prática de vigilância à saúde foi evidenciada, nas unidades básicas de saúde de modo geral.

De maneira geral, predominaram, nas Unidades Básicas de Saúde e

na Supervisão de Vigilância Epidemiológica, práticas que se aproximam mais à vigilância epidemiológica, tendo a doença como recorte do objeto de trabalho, na dimensão individual e na perspectiva de grupos populacionais como somatória de indivíduos, tendo como finalidade, controlar e prevenir as doenças e/ou agravos à saúde.

Os instrumentos de trabalho são, principalmente, aqueles tradicionalmente utilizados pela vigilância epidemiológica.

O trabalhador que, predominantemente, gerencia esse trabalho é a enfermeira, com intensa participação de auxiliares de enfermagem na realização das atividades extra-muros e na assistência ao usuário, dada a histórica divisão social do trabalho. Os profissionais médicos apresentaram participação muito mais tênue e focalizada no trabalho consagradamente clínico. Destaca-se a inserção do Agente Comunitário de Saúde no processo de trabalho da vigilância, que ora pode voltar-se para a ação controladora dos sujeitos, ora age como mediador da informação de saúde entre a comunidade e a equipe de saúde, a depender de sua capacitação em serviço e supervisão.

Nessa ótica, o trabalho, em geral, apresentou-se como parcelar, repercutindo na alienação dos trabalhadores sobre todas as etapas do processo de trabalho, o que determina resultados pontuais e restritos aos eventos. Evidenciou-se, portanto, que a vigilância epidemiológica não alcança a prevenção e, tampouco a promoção da saúde, por se deter no tratamento e controle dos danos individuais.

As questões que limitam a ampliação do campo de ação da vigilância epidemiológica são estruturais, e incluem insuficiência de recursos humanos, frente à grande demanda de ações de saúde; materiais, incluindo a falta de informatização de determinadas ações; assim como inadequação do espaço físico; além do excesso de “burocracia” (impressos a serem preenchidos e encaminhados de maneira geral). Incluem-se, ainda, precária formação e qualificação de pessoal, a conformação de quadro profissional com perfil inadequado para a Saúde Coletiva; bem como a falta de incentivo político-gerencial para operar as ações de vigilância no sentido ampliado. A

participação da comunidade, bem como o incentivo para tal, não foi mencionada pelos trabalhadores. A difusão das informações de saúde não alcança os usuários, os quais não compartilham do planejamento das ações de saúde, o que se constitui numa importante lacuna para a conformação da Vigilância à Saúde, além de ferir o princípio do controle social inscrito no SUS.

A maior inovação nas práticas de vigilância que se evidenciou foi a estruturação do monitoramento de agravos específicos e de certas situações de saúde (como hipertensão, desmame precoce, vacinação, controle de exames alterados e de faltosos), a partir da integração da assistência com a informação. Esse processo valeu-se, principalmente, do Sistema de Informação na Atenção Básica à Saúde – SIAB e do planejamento do trabalho em equipe. Destacam-se, nessa construção, as unidades de saúde que mantém interlocução com a universidade, aliada à trajetória profissional dos gerentes, marcada pela experiência anterior com vigilância epidemiológica e pela formação em Saúde Pública.

Por outro lado, coloca-se em pauta a necessidade de implantação da Educação Permanente em Saúde no nível distrital, para alavancar e sustentar a reorganização da atenção em saúde, dada a emergência de novas experiências em torno da vigilância à saúde.

É necessário ressaltar que as reflexões sobre o processo de trabalho na vigilância, de maneira geral, provém da realidade investigada e, portanto, dizem respeito às práticas instauradas na região de estudo.

A potencialidade para se reordenar a atenção à saúde, de forma a atender às necessidades de saúde da população, as quais são necessidades sociais, reside na realidade concreta das unidades de saúde, ainda que como horizonte a ser atingido.

Portanto, é do nível local que modelos alternativos, dentre eles, a Vigilância à Saúde, podem se propagar para o regional e 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 BIBLIOGRÁFICAS

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aerts D, Alves GG, La Salvia MW, Abegg C. Promoção de saúde: a convergência entre as propostas da vigilância da saúde e da escola cidadã. *Cad. saúde pública*. 2004; 20(4):1020-1028.

Aguilar AML, Alvarado RC, Cordero DV, Zamorano AG, Salgado R. La mortalidad del menor de 5 años en la ciudad de El Alto, Bolivia 1995. *Rev. Soc. Boliv. Pediatr*. 2001; 4(1):3-8.

Almeida MCP. A classificação internacional da prática de Enfermagem em Saúde Coletiva no Brasil - CIPESEC/ICN/ABEN e o processo de trabalho. In: Chianca TCM, Antunes MJM (org). *A classificação internacional das práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva - CIPESEC*. Brasília: ABEN; 1999.

Alves, RB. Vigilância em saúde do trabalhador e promoção da saúde: aproximações possíveis e desafios. *Cad. saúde pública*. 2003; 19(1):319-322.

Andery MA et all. *Para compreender a ciência – uma perspectiva histórica*. Rio de Janeiro: Espaço/EDUC; 1988.

Augusto LG da S, Freitas CM de, Torres JPM. Risco ambiental e contextos vulneráveis: implicações para a vigilância em saúde. *Inf. epidemiol. SUS*. 2000; 11(3):155-158.

Augusto LG da S. Saúde e vigilância ambiental: um tema em construção. *Epidemiol. serv. Saúde*. 2003;12(4):177-186.

Barata R de CB. A historicidade do conceito de causa. In: *Textos de Apoio – Epidemiologia 1* – Rio de Janeiro: PEL/ENSP/ABRASCO; 1985. p. 13-27.

Barata R de CB. Reorientação das práticas de Vigilância Epidemiológica. In: Carvalho DM de, Mota ELA, Teixeira M da GLC. *Anais do Seminário Nacional de Vigilância Epidemiológica*; 1993. Brasília (DF): Centro Nacional de Epidemiologia; 1993. p. 63-8.

Bastos, LGC. Vigilância de doenças e agravos não-transmissíveis na América Latina: o estado da arte. *Mundo Saúde*. 2005; 29(1):82-87.

Batista RM, Gandul LS, Diaz LG. Sistema de Vigilancia de Salud a Nivel de la Atencion Primaria. *Rev. cuba. med. gen. Integr.* 1996; 12(2):150-64.

Batista RM, Coutin GM, Feal PC, González RC, Rodríguez DM. Determinación de estratos para priorizar intervenciones y evaluación en Salud Pública. *Rev. cuba. hig. Epidemiol.* 2001; 39(1):32-41.

Bautista, Z. Vigilancia comunitaria de chagas a través de los puestos de información de vectores (PIV) comunitarios. *J & G rev. epidemiol. Comunitária*. 2002; 13(21):8-12.

Bertolozzi MR; Fracolli L. A Vigilância à Saúde: Alerta Continuado em Saúde Coletiva. *O mundo da saúde*. 2004; 28(1):14-20.

Bertolozzi MR. Adesão ao tratamento da tuberculose na perspectiva da estratégia do tratamento diretamente supervisionado ("DOTS") no município de São Paulo (SP). [tese livre-docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2005.

Brasil. Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços e dá outras providências. [homepage da Internet]. Brasília; 1990. [citado 2007 mai 02]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei_8080.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS Caminhos para a Educação Permanente em Saúde. Brasília – DF; 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Atenção Básica e a saúde da Família. [homepage na Internet]. Brasília; c2004 [citado 2007 abr. 19]. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php#diretriz>.

Breilh J, Granda E. Saúde na Sociedade: Guia pedagógico sobre um novo enfoque do método epidemiológico. São Paulo: Instituto de Saúde/ Abrasco;

1986.

Breilh J. Nuevos conceptos y técnicas de investigación: guía pedagógica para un taller de metodología. 2.ed. Quito: CEAS; 1995.

Campos GWdeS. Saúde Paidéia. São Paulo: Hucitec; 2003.

Canguilhem G. O Normal e o Patológico. Rio de Janeiro: Forense-Universitária; 1982.

Carvalho MS, Marzacchi K. Avaliação prática de vigilância epidemiológica nos serviços públicos de saúde no Brasil. Rev. Saúde Pública. 1992; 26:66-74.

Carvalho, DM de; Mota, ELA; Teixeira, Mda GLC. Anais do Seminário Nacional de Vigilância Epidemiológica. Brasília (DF): Centro Nacional de Epidemiologia; 1993.

Carvalho DM, Werneck GL. Vigilância Epidemiológica: Conceitos Básicos e Perspectivas. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Textos de Apoio em Vigilância Epidemiológica. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1998.

Castellanos BEP, et all. Os desafios da enfermagem para os anos 90. Congresso Brasileiro de Enfermagem, 41. Anais Florianópolis : Aben - Seção Sc; 1989.

Cecílio LC de O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R (org), Mattos R A de (org). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro : CEPESC/UERJ: IMS; 2006. p. 111-126.

Costa EA. Vigilância Sanitária: defesa e proteção da saúde. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N (org). Epidemiologia e Saúde. Rio de Janeiro: MEDSI; 1999. p. 327-352.

Egry EY, Oliveira M A de C. A historicidade das teorias interpretativas do processo saúde-doença. Rev Esc Enf USP. 2000; 34(1):9-15.

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP). Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva. A utilização do Georeferenciamento no ensino de enfermagem em Saúde Coletiva para a identificação da vulnerabilidade de grupos sociais. [CD-ROM]. São Paulo; 2003.

Espinoza MM, Levesque M. Sistema piramidal de salud. J & G rev. epidemiol. Comunitária. 2002; 13(21):18-23.

Fariñas ATR, Bouza AS. La incorporación del médico de la familia al sistema de vigilancia en salud. Rev. cuba. med. gen. Integr. 1999; 15(3):293-7.

Fiorin JL. Elementos para a análise do discurso. São Paulo: EDUSP; 1989.

Fiorin JL, Savioli FP. Para entender o texto: leitura e redação. São Paulo: Ática; 1991.

Fonseca RMGS da, Bertolozzi MR. A epidemiologia social e a assistência à saúde da população. In: Egry, EY. Et al. A classificação das práticas de enfermagem em saúde coletiva e o uso da epidemiologia social. Brasília (DF): Associação Brasileira de Enfermagem, 1997. (Série didática).

Freitas CM de. A vigilância da saúde para a Promoção da Saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM (org.). Promoção da Saúde – conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.

Gurtler, ER. Monitoreo poblacional de Triatoma infestan durante la fase de vigilancia en una comunidad rural del noroeste Argentino. Medicina (B.Aires). 1999; 59(supl.2):47-54.

Hilari Cde. Vigilancia comunitaria: ¿para qué?. J & G rev. epidemiol. comunitária. 2002; 13(21):1-2.

Houaiss Instituto Antonio. Dicionário Eletrônico da Língua Portuguesa. [CD-ROM]. Rio de Janeiro: Objetiva; 2001.

Informe Epidemiológico do SUS (IESUS). As ações de vigilância

epidemiológica e controle de agravos na perspectiva do SUS. Informe Epidemiológico do SUS 1993; 2(número especial):77-95.

Itália. Coordenação dos Projetos de Saúde no Brasil. Organização Panamericana da Saúde. Saúde, meio-ambiente e a luta contra a pobreza-SMALP: vigilância à saúde no processo de distritalização; projeto operativo; Brasil: SMALP-BR; 1992. 51p.

Iyda, M. Cem anos de Saúde Pública - a cidadania negada. São Paulo: UNESP; 1994.

Llanque RT. Sistema de vigilancia epidemiológica comunitaria con base censal. J & G rev. epidemiol. comunitária. 2002; 13(21):35-40.

Laurell AC, Noriega M. Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário. São Paulo: Hucitec; 1989.

Luz MT. Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna. Rio de Janeiro: Campus; 1988.

Machado JMH, Porto MFS. Promoção da saúde e intersectorialidade: a experiência da vigilância em saúde do trabalhador na construção de redes. Epidemiol. serv. saúde 2003;12(3):121-130.

Malta DC et al. Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. Ciênc. Saúde coletiva. 2004; 9(2):1-15.

Martins M. Modelo de vigilância ambiental em saúde para municípios, orientado por sistemas de geoinformação. [dissertação]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública da USP; 2003.

Martins PH, Fontes B. Construindo o conceito de redes de vigilância em saúde. In: Martins PH, Fontes B (orgs). Redes Sociais e Saúde: novas possibilidades teóricas. Recife: Ed. Universitária da UFPE; 2004. p.103-120.

Marx K. O Capital. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 1968. Liv. 1, v.1.

Mendes EV (org), Vilasbôas AL, Melo C, Almeida LMA de, Souza LE de, Fekete MC, Tasca R, Gevaerd S. A vigilância à saúde no Distrito Sanitário. Brasília: Organização Panamericana da Saúde, (Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde, 10); 1993. 104p.

Mendes EV. Distrito Sanitário: processo social de mudanças das práticas sanitárias do SUS. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco;1995.

Mendes-Gonçalves RBM. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. Centro de Formação dos Trabalhadores em saúde da Secretaria Municipal da Saúde. Textos. São Paulo: Cefor; 1992.

Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy, E.E e Onocko R. (org.). Agir em saúde. São Paulo: Hucitec; 1997, p. 71-112.

Merhy EE. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas – contribuições para compreender as reestruturação produtivas do setor saúde. Interface, debates, 2000: p.109-116.

Mota ELA, Carvalho DM. Sistemas de Informação em Saúde. In: Rouquayrol MZ, Almeida NF de. Epidemiologia e Saúde. Rio de Janeiro: MEDSI; 1999. p. 505-521.

Nemes MIB. Prática Programática em Saúde. In: Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB (org.). Saúde do Adulto – Programas e ações na Unidade Básica. São Paulo: Hucitec; 2000. p. 48-65.

Neves H. Vigilância em Saúde na Capital Paulista. In: Sousa MF, Mendes A. Tempos radicais de saúde em São Paulo: a construção do SUS na maior cidade brasileira. São Paulo: Hucitec; 2003.

Neves H, Alves JCdeM. Vigilância em saúde. A experiência de São Paulo. Mundo saúde. 2005; 29(1):104-111.

Paim JS, Teixeira M da GLC: Centro Nacional de Epidemiologia; 1993: 93-Reorganização do sistema de vigilância epidemiológica na perspectiva do Sistema Único de Saúde. In: Carvalho DM de, Mota ELA, Teixeira M da GLC. Anais do Seminário Nacional de Vigilância Epidemiológica. Brasília (DF):144.

Paim JS Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais. In: Rouquayrol MZ, Almeida NF de. Epidemiologia e Saúde. Rio de Janeiro: MEDSI; 1999, p. 473-487.

Paim JS. Vigilância da saúde: tendências de reorientação de modelos assistenciais para a promoção da saúde. In: Czeresnia, Dina; Freitas CM (org.). *Promoção da Saúde – conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 2003.

Peduzzi M, Palma JJL da. A equipe de saúde. In: Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB (orgs). *Saúde do Adulto – Programas e ações na Unidade Básica*. São Paulo: Hucitec; 2000. p. 234-250.

Peduzzi M. Trabalho em equipe multiprofissional de saúde: conceitos e tipologia. *Rev Saúde Pública*. 2001; 35(1):103-9.

Peduzzi M. Laços, compromissos e contradições existentes nas relações de trabalho na enfermagem. In: *Anais do 53º Congresso Brasileiro de Enfermagem*; 2001 out. 9-14; Curitiba. Curitiba: ABEn-Seção-PR; 2002. p. 167-82.

Rodrigues VM, Fracoli, LA, Oliveira, MAC. Possibilidades e limites do trabalho de vigilância epidemiológica no nível local em direção à vigilância à saúde. *Rev Esc Enferm USP*. 2001; 53(4):313-9.

Rosen G. *Uma história da saúde pública*. São Paulo: Hucitec, UNESP; 1994.

São Paulo (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac”. *Histórico do Combate às Doenças Transmissíveis no Brasil. Treinamento Básico em Vigilância Epidemiológica*. São Paulo; 1998.

São Paulo. Prefeitura Municipal de São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. *Jornal Saúde São Paulo*, n. 28, março, 2004.

São Paulo (a). Prefeitura Municipal de São Paulo. Subprefeituras de São Paulo. [homepage na Internet]. São Paulo; c2006 [citado 2006 mar. 13]. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/portala_cidade/turismo/index.php?p=5150.

São Paulo (b). Prefeitura Municipal de São Paulo. Sumário de Dados. [homapage na Internet]. São Paulo; c2006 [citado 2006 mar. 13]. Disponível em: http://ww2.prefeitura.sp.gov.br/arquivos/secretarias/governo/sumario_dados/ZO_BUTANTA_Caderno29.pdf. 2006.

Segura LE, et al. Control de la transmision de Trypanosoma cruzi en la Argentina 1999. Medicina (B.Aires) Ed. Apresentado em: Simposio Internacional: Problematica de la Enfermedad de Chagas; Buenos Aires; 1999. p.91-96.

Silva JA da. O agente comunitário de saúde do Projeto Qualis: agente institucional ou agente de comunidade? [doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2001.

Silva JA da, Dalmaso ASW. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. Interface comun. saúde educ. 2002; 6(10):75-83.

Silva AS da, 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):1821-1828.

Souza M de FM de, Kalichman AO. Vigilância à Saúde: textos. São Paulo: Cefor; 1992.

Souza MF, Mendes A. Tempos radicais da saúde em São Paulo: a construção do SUS na maior cidade brasileira. São Paulo: Hucitec; 2003.

Tambellini AT, Câmara V de M. Vigilância ambiental em saúde: conceitos, caminhos e interfaces com outros tipos de vigilância. Cad. saúde colet. 2002; 10(1):77-93.

Teixeira CF, Paim JS e Vilasbôas AL. SUS, Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde. Informe Epidemiológico do SUS. 1998; 2:7-28.

Teixeira CF. O Futuro da Prevenção. Salvador: Casa da Qualidade; 2001.

Teixeira MG; Risi Junior, JB. Vigilância Epidemiológica. In: Rouquayrol, MZa; Almeida Filho N. Epidemiologia e Saúde. Rio de Janeiro: MEDSI; 1999. p. 303-325.

Unglert CV de S. Territorialização em sistemas de saúde. In: " Mendes EV (org), Teixeira CF, et al. Distrito sanitário o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde São Paulo; Rio de Janeiro: HUCITEC: ABRASCO; 1993. p. 221-225.

Villa TCS, Mishima SM, Rocha SMM. A enfermagem nos serviços de saúde do Estado de São Paulo. In: Almeida MCP de A, Rocha SMM (orgs). O trabalho de enfermagem. São Paulo: Cortez; 1997.

Villa TCS. Da prevenção e controle da doença à vigilância em saúde: a prática do enfermeiro na vigilância epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto – (1989-1989). [Livre Docência] Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP; 1999.

Waldman EA. Vigilância Epidemiológica como Prática de Saúde Pública. [doutorado] São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 1991.

Waldman EA. As concepções de vigilância como instrumento de saúde pública e a implantação do SUS. In: Carvalho, DM de; Mota, ELA; Teixeira, Mda GLC. Anais do Seminário Nacional de Vigilância Epidemiológica. Brasília (DF): Centro Nacional de Epidemiologia; 1993. p.45-51.

Waldman EA. Usos da Vigilância e da Monitorização em Saúde Pública. Inf. epidemiol. SUS. 1998; 7(3):7-26.

Wanderley, VMD. Vigilância entomológica na doença de Chagas no Estado de São Paulo. Rev. saúde pública. 1991; 25(1):28-36.

Ximenes RA de A, Martelli CMT, Souza WV de, Albuquerque M de FM de, Andrade ALSS de, Moraes Neto OL de, Silva SA, Lima ML. Vigilância de doenças endêmicas em áreas urbanas: a interface entre mapas de setores censitários e indicadores de morbidade. Cad. saúde pública 1999; 15(1):53-61.

ANEXOS

ANEXO 1

ROTEIRO DE ENTREVISTA

1. Formação acadêmica:

Graduação:

Especialização:

Pós-Graduação— mestrado () doutorado ()

Possibilidades de abordagem do tema no cotidiano: () não () sim - frequência:

2. Ocupação/cargo atual:

2.1. Há quanto tempo está no cargo atual?

2.2. Tem experiência anterior com a Vigilância?

2.3. Há quanto tempo trabalha nesta instituição:

3. Os trabalhadores envolvidos com a vigilância no serviço pertencem a quais categorias profissionais?

4. Quais atividades de vigilância são desenvolvidas neste serviço?

5. Como a vigilância está organizada neste serviço.

6. Em quais situações a vigilância é acionada no serviço?

7. Conte uma situação em que ocorre a vigilância neste serviço.

8. De que maneira as ações de vigilância desta UBS se articulam com outros serviços?

9. No cotidiano de trabalho, aponte os aspectos que limitam o desenvolvimento da vigilância à saúde e aqueles que facilitam.

10. O que você entende por vigilância?

11. O que você entende por vigilância à saúde?

ANEXO 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Meu nome é Liliam Saldanha Faria, sou pós-graduanda da Escola de Enfermagem da USP e estou realizando uma pesquisa que tem como objetivo identificar como estão estruturadas as ações de vigilância à saúde neste Distrito de Saúde Escola. Por isso, gostaria de saber algumas informações sobre a maneira como as ações de vigilância vêm se organizando nesta Unidade.

Esse estudo tem a finalidade de propor melhorias para a estruturação dessa área nos serviços de saúde da região.

Eu lhe garanto que seu nome não será revelado. Por favor, fique à vontade, se o sr (sra) não quiser, não precisa participar. Mas se concordar, sua participação será muito importante. As informações prestadas serão apenas utilizadas para este estudo e não lhe causarão quaisquer prejuízos em relação ao seu trabalho aqui na unidade.

Os resultados deste estudo serão divulgados para conhecimento dos profissionais de saúde tanto em eventos científicos, quanto em publicações da área da saúde e nessa Coordenadoria de Saúde.

Gostaria usar o gravador, pois não quero perder informações que irá me contar.

No momento, há alguma dúvida que eu possa lhe esclarecer?

Caso venha a ter alguma dúvida após a entrevista que o sr (sra) gostaria de esclarecer estou disponível no fone: 7275-6930 ou e-mail: liliamsf@usp.br

Muito obrigada,

Liliam Saldanha Faria

Caso tenha alguma dúvida, queira mais algum esclarecimento, ou reclamar sobre os procedimentos éticos deste estudo, pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, na Rua General Jardim nº 36, 2º andar ou pelo fone: 3218-4043, ou e-mail: smscep@prefeitura.sp.gov.br

ANEXO 3

FRASES TEMÁTICAS

GerA1Vig O gerente menciona que em 17 anos de formado teve inúmeras oportunidades de discutir vigilância.

GerA2Vig A gerente afirma que do ponto de vista teórico não tem oportunidade de discutir vigilância, entretanto, isto se dá no cotidiano do trabalho.

GerA3VigA Segundo o gerente a prática de trabalho em relação à vigilância, freqüentemente, se dá em vários aspectos na UBS e integra: campanha de vacinação, patologias de NC, surtos, além de outros.

GerA4PT Para o gerente, é nas reuniões de equipe, que integram médicos, enfermeiras, dentista, além de outros profissionais, que ocorrem discussões a respeito da vigilância.

GerA5PT Segundo o gerente as enfermeiras atuam de maneira mais evidente nas ações de questões de vigilância, as quais dividem o trabalho.

GerA6PT De acordo com o gerente, muitas das ações de vigilância são realizadas em decorrência do PSF e no interior das equipes.

GerA7PT Segundo o gerente, as enfermeiras são as trabalhadoras principais da vigilância e os médicos são parceiros, levantando prontuários, coletando deles, informações e abrindo espaço para outros profissionais, caso haja necessidade.

GerA8VigA Para o gerente, as ações de vigilância, mais comuns envolvem o que a SUVIS rotineiramente verifica como as doenças de notificação compulsória e surtos.

GerA9VigA Segundo o gerente o contato com a vigilância sanitária integra a vigilância e inclui visita ao posto avançado da UBS, por solicitação da UBS, para avaliar as condições de trabalho no local.

GerA10PT O gerente menciona que, em relação à vigilância sanitária, há questões burocráticas.

GerA11VigA O gerente lembra que se integram à vigilância sanitária, ações de investigação de surto de diarreia em restaurante ainda que eles não tenham vivenciado essas situações.

GerA12VigA O gerente afirma que ações da Zoonoses compõem a vigilância nos casos de dengue e as campanhas de vacinação contra a raiva.

GerA13PT Segundo o gerente, há relação de parceria entre a UBS e a Zoonoses, (recolhimento de cachorros), além de treinamento, discussão e apoio oferecido anualmente a respeito de sobre dengue e a divulgação da campanha contra a raiva feita pela UBS “(...) há três meses atrás, em algumas regiões tinha dois pacientes mordidos por uns cães soltos, que ficavam numa praça aqui em cima. Eram 10 cachorros que ficavam soltos lá, a gente insistiu um pouquinho, o pessoal veio aí e coletou todos, deu conta deles, por exemplo”

GerA14PT Segundo o gerente, a vigilância, na UBS está organizada de maneira centralizada em duas enfermeiras da UBS e, além disso, à enfermeira de cada equipe cabe checar, levantar informações, ou desencadear o processo de notificação para responder à SUVIS.

GerA15PT Segundo o gerente as enfermeiras dividem a vigilância e ele supervisiona de forma geral.

GerA16VigL O gerente menciona que a SUVIS desencadeia a supervisão da vigilância e considera que esse processo é muito centralizado, porque as ações a serem realizadas pela UBS se colocam como uma “coisa pronta”. “(....)”Não, preenche esse papel, faça aquele impresso, checa essa informação, vai ali atrás”. Eu acho que um pouco da supervisão tá em, supondo, orientações tecnicamente corretas da SUVIS, isso já acontece... supervisionar se a enfermeira da área efetivamente tá fazendo o que precisa ser feito no prazo, que freqüentemente é curto, né...”.

GerA17PT Segundo o gerente, há demandas que emergem do cotidiano da UBS, em relação às quais ele mesmo conversa e “faz junto” com os trabalhadores (procura o impresso próprio para notificar, confirma se precisa de vacina para bloqueio, etc), “(....) enfim a gente se prepara, a gente vai junto, puxa o manual juntos, procura fazer da melhor forma possível, desencadear, até cutucar, a vigilância com algumas questões (....)”.

GerA18VigA O gerente menciona dois tipos de situação em que a vigilância é acionada na UBS: quando notificam e investigam um surto e quando a SUVIS demanda (exemplo: sífilis congênita notificados em hospitais e maternidades da região).

GerA18VigA O gerente menciona dois tipos de situação em que a vigilância é acionada na UBS: quando notificam e investigam um surto e quando a SUVIS demanda (exemplo: sífilis congênita notificados em hospitais e maternidades da região).

GerA19PT De acordo com o gerente, em relação à articulação das ações de vigilância com outras ações da UBS, o PSF favorece que isso ocorra “(...) o desenho do PSF favorece um pouco isso, né, porque, tudo cai um pouco na equipe de volta”.

GerA20PT Segundo o gerente, quando acontecem situações especiais, esperar pode ser melhor ou pior dependendo de como o médico ou a enfermeira executam as operações “(...) mas é um pouco como aprendizado”, as medidas são eleitas de acordo com as diferentes situações.

GerA21VigA/C O gerente considera a vigilância em saúde de forma “um pouco mais ampla”, pelo fato de fazerem coleta de dados em geral, preenchendo o SIAB e discutindo as fichas, checando a amamentação das crianças, se a vacinação está em dia, internação.

GerA22VigA/C O gerente afirma que a vigilância faz parte do dia-a-dia e inclui coleta de informações sistemática.

GerA23PT Segundo o gerente os dados têm sido cada vez mais discutidos na UBS.

GerA24PT O gerente menciona que o agente comunitário entrega a informação para a enfermeira, que a checa e discute os casos que fogem de “uma certa normalidade”, devolvendo-os para que os dados sejam informados.

GerA25VigA De acordo com o gerente, desde o início do ano, foram escolhidos 10 indicadores e definidas metas para serem cumpridas até o final do ano em relação a algumas situações que envolvem a “vigilância em saúde”.

GerA26VigA O gerente dá exemplo de alguns indicadores que tiveram como meta a melhoria da cobertura vacinal, cobertura do pré-natal, diminuição gravidez na adolescência, isto é, aproveitando-se os dados já produzidos e que não necessitam ser “inventados”.

GerA27PT O gerente afirma estimular o trabalho relativo à criação de indicadores e metas.

GerA28VigA Segundo o gerente, em relação aos indicadores e metas criados, haverá um monitoramento, mencionado que encontram-se em fase da montagem de indicadores de processo a fim de acompanhar as ações realizadas e seus respectivos resultados.

GerA29PT Para o gerente, a busca ativa de tuberculose, é atividade que necessita de aperfeiçoamento.

GerA30PT O gerente aponta a necessidade de melhorar as ações de vigilância no caso da tuberculose, pois são encontrados na região 50-70% dos casos esperados, sendo que uma parte é detectada pelo hospital.

GerA31PT O gerente afirma que é necessário aumentar a ação diagnóstica de tuberculose na UBS.

GerA32VigP Para o gerente, a articulação das ações de vigilância com outros serviços, é um papel que a SUVIS faz melhor "(...) é na supervisão que essa situação acaba acontecendo. Eh, pelo menos pelo que vejo das instituições quanto outras instituições de saúde, hospitais, ou coisas semelhantes".

GerA33PT Segundo o gerente, há "certa articulação" entre a UBS e escolas ou creches quando há surto nesses locais, mas, a SUVIS realiza isso rotineiramente, não sendo muito comum para a UBS.

GerA34PT O gerente afirma que não há experiência, na UBS, de planejamento conjunto com outra instituição, "(...) Poderia, a gente pode ter um problema comum de uma unidade aqui do lado, a gente ter um planejamento comum pra enfrentar todas essas situações, mas eu não tenho essa experiência aqui".

GerA35VigL Segundo o gerente uma das dificuldades da vigilância é o fato de ser uma área que requer conhecimento (patologia das doenças, epidemiologia e estratégias de ação).

GerA36VigL O gerente aponta fator como fator limitante da vigilância a deficiência de informação do profissional de saúde deixando passar, não aproveitar ou não identificar determinadas situações.

GerA37Vig O gerente afirma que já teve experiências com vigilância em outro país, através de um curso, verificando a distância do que se realiza e da prática brasileira.

GerA38PT O gerente afirma que não se deixa de realizar o trabalho da vigilância, que pode ser diferente daquele realizado em outros países, mesmo com poucos recursos.

GerA39PT O gerente aponta a necessidade de sistematização e divulgação do trabalho de vigilância realizado, focando-se “coisas mais sérias” e o essencial.

GerA40PT Segundo o gerente, a realização da vigilância, requer recursos e conhecimentos.

GerA41VigP O gerente aponta como facilitador da vigilância o PSF, bem como o agente comunitário, o que facilita o trabalho da enfermeira sobrecarregada.

GerA42VigP Segundo o gerente, o PSF facilita o trabalho da vigilância porque neste modelo se conhece o território, as equipes, os pacientes “(...) num outro modelo que uma profissional que uma enfermeira, numa área de 20 mil pessoas que não sabe nem chegar num lugar onde ela tem que, sei lá, descobrir (...)”.

GerA43VigP Para o gerente, também facilita para a vigilância, a educação continuada, pois discutir sobre questões de enfermidades faz com que as pessoas modifiquem o comportamento.

GerA44VigP O gerente menciona como outro facilitador da vigilância, a Supervisão de Vigilância, pela atenção, competência e retaguarda dada pelos profissionais que a ela pertencem “(...) nossa Supervisão de Vigilância é muito boa... eles são sempre atentos... são bons profissionais conhecem o que tão fazendo... dão uma retaguarda boa pras situações, tal, também ajuda bastante”.

GerA45VigC Para o gerente, vigilância refere-se a um acompanhamento de algumas situações, estar preparado para as coisas antes de ocorrerem, intervir em situações de saúde, controlar situações específicas e modificar a situação de saúde da população “(...) vigilância tem essa idéia, de, é um olho, alguma coisa, à distância, acompanhando, (...) o que acontece, então a minha idéia de vigilância é essa, esse estado de estar preparado pras coisas antes de acontecerem, claro, especificamente com algumas situações pra você poder intervir em questões, vamos dizer, de saúde... e vigilância tem tudo a ver com preparar pra intervir em situações especiais, controlar situações especiais, pra modificar a situação de saúde, de vigilância à saúde de uma população”.

GerA46VigC Para o gerente a vigilância à saúde remete à vigilância epidemiológica e sanitária pois tem funções muito bem definidas, ampliando-se a coleta, o trabalho com dados e o planejamento de ações.

GerB1PT A gerente afirma ter atuado com vigilância anteriormente ao PAS e que, no momento, ao voltar para a assistência tem se aproximado do tema novamente, mas acredita estar defasada em relação ao trabalho da vigilância.

GerB2Vig A gerente aponta que a vigilância faz parte do dia-a-dia permeando toda a jornada de trabalho.

GerB3PT A gerente menciona que, por ter estudado e se apropriado do assunto, enquanto gerente se remete à idéia da vigilância durante todo o trabalho.

GerB4PT A gerente considera que, como enfermeira na atenção básica à saúde, seu trabalho se foca muito na vigilância, e que é na assistência que se realiza a vigilância, enquanto isso não ocorre na gerência de Instituições em nível central.

GerB5PT Segundo a gerente, até que assumisse a gerência da UBS, a vigilância era algo inexistente e que apenas uma pessoa era responsável por preencher o “boletim de informação” à respeito de alguma notificação na semana.

GerB6PT A gerente menciona que a UBS está tentando organizar o serviço de vigilância de maneira mais ampla para que se possa avaliar o próprio trabalho desenvolvido na UBS.

GerB7PT Segundo a gerente, a organização da vigilância na UBS, não tem sido fácil pois não tem se conseguido empenhar dedicação, mas foi pedido ajuda de uma enfermeira da Escola de Enfermagem para fazer um diagnóstico, já que a Vigilância Epidemiológica estava “descentralizada” na UBS (as fichas da vigilância e os boletins técnicos ficavam em lugares diferentes e os memorandos que eram para serem respondidos também ficavam perdidos).

GerB8PT A gerente afirma que está tentando armazenar a papelada em um único espaço geográfico.

GerB9PT A gerente aponta demora para organizar a vigilância na UBS e que ela conseguiu sensibilizar enfermeira para trabalhar na vigilância (com a ajuda de uma enfermeira da USP) auxiliar de enfermagem (recém formado, que inclusive, não tinha nenhuma noção de vigilância) e médico clínico (que estava sem função).

GerB10PT Segundo a gerente a equipe conseguiu, há um mês, um espaço físico para trocar informações sobre vigilância.

GerB11PT A gerente menciona ter montado uma “minibiblioteca” com os materiais educativos referentes à vigilância solicitados à SUVIS.

GerB12Vig A gerente ressalta a importância do apoio da enfermeira na vigilância (realizar o tratamento supervisionado, conseguindo cestas básicas, lanches, etc) “(...) foi ligando, tá traçando aí o caminho das pedras e ela conseguiu, eh, se estruturar pra tar nos ajudando”.

GerB13Vig A gerente ressalta o trabalho desenvolvido pela enfermeira junto à vigilância (a conquista do tratamento supervisionado foi com dificuldade) ainda que não se desresponsabilizasse das outras demandas da UBS.

GerB14PT A gerente considera que a vigilância requer uma enfermeira ou um sanitarista, pois absorve muito.

GerB15VigA A gerente aponta sua “pretensão”, em relação à vigilância, de não se restringir à notificação, mas agregar dados de informação e planejamento, a longo prazo.

GerB16VigA Para a gerente quase tudo no PSF envolve a vigilância, que inclui busca ativa de mulheres com atraso menstrual, exames alterados (VDRL, colesterol, glicemia, Papanicolaou e outros) e a convocação de faltoso (incluindo familiares), o que ajuda na detecção precoce de alguns problemas em saúde, sendo que esse trabalho vem sendo realizado pelo enfermagem.

GerB17VigA Segundo a gerente, a vigilância de faltosos ocorre com base em prioridades: gestantes, crianças desnutridas, diabéticos descompensados, pessoas com tuberculose, hanseníase.

GerB18VigA A gerente aponta que os hipertensos ainda não são convocados pela vigilância de faltosos.

GerB19PT Segundo a gerente a proposta de vigilância de faltosos foi elaborada com toda a equipe de trabalhadores da UBS.

GerB20PT Em relação à vigilância epidemiológica, a gerente afirma que as questões mais burocráticas têm sido resolvidas por uma funcionária, sob a supervisão do enfermeiro.

GerB21VigA A gerente afirma que, as funcionárias atuantes na vigilância fazem divulgação relembrando a coleta de material para exames baciloscópicos, em todas as equipes, envolvendo a ação dos agentes comunitários, tendo elaborado um fluxo para a coleta imediata.

GerB22PT A gerente avalia que houve uma desmobilização das pessoas em relação ao trabalho com a tuberculose, mas acredita que no próximo ano possam melhorar.

GerB23VigA A gerente ressalta o trabalho de vigilância em cobertura de foco de meningite no qual a enfermeira envolveu as alunas de enfermagem com resultados positivos.

GerB24VigPT A gerente menciona solicitação às enfermeiras para levantamento de todos os anteriores de notificação compulsório objetivando conhecer o desfecho dos mesmos.

GerB25VigA A gerente inclui a imunização como atividade de vigilância na qual se insere a busca ativa de faltosos e comparação dos dados coletados pelo agente comunitário com a ficha índice do arquivo da UBS.

GerB26VigA Segundo a gerente, a partir da comparação dos dados sobre vacinação coletados pelos agentes comunitários e as fichas do arquivo de vacinação da UBS, constatou-se incompatibilidade entre os dados, pois, os agentes comunitários não repassavam essa informação.

GerB27PT A gerente menciona que, a partir da recente entrada de auxiliares na equipes de PSF, delegou-se a estes, o cuidado com a vigilância de imunização dos menores de 5 anos, acreditando-se que isso melhoraria o trabalho.

GerB28VigA Segundo a gerente o agente comunitário, a cada visita, monitora a vacinação das crianças menores de 5 anos, comunicando o auxiliar de enfermagem eventuais necessidades de intervenção.

GerB29Vig Segundo a gerente, na área que não é coberta por PSF, os faltosos da sala de vacina são convocados por aerograma.

GerB30Vig Segundo a gerente, alguns usuários respondem à convocação à vacina feita por aerograma e menciona que o problema é quando o aerograma retorna devido à mudança de endereço.

GerB31VigA A gerente ressalta o trabalho nas escolas em conjunto com as alunas do 4º ano de enfermagem que inclui vacinação, referindo que principalmente a vacina contra hepatite B apresentava cobertura ruim.

GerB32PT A gerente afirma que contava apenas com uma auxiliar de enfermagem para ir às escolas vacinar.

GerB33Vig A gerente menciona a existência de muitos equipamentos na região (escolas, creches) e que ainda não conseguiu atingir a totalidade em termos de imunização.

GerB34PT A gerente afirma que cada equipe deve se incumbir de organizar e realizar à vigilância relacionada aos equipamentos sociais de suas respectivas áreas.

GerB35VigA Segundo a gerente combinou-se com as auxiliares que cada uma deve visitar um equipamento de sua área, a equipe tem que cuidando da imunização o que inclui atividades de orientação em cada equipamento social.

GerB36Vig A gerente lembra a necessidade de investir na formação na área de Saúde Coletiva de auxiliares recém-contratadas, pois sua formação é “muito hospitalocêntrica” e que elas não têm vivência na vigilância.

GerB37VigA A gerente afirma que têm feito notificação de corrimento vaginal e hepatite, além de informatizar esse dado, ressaltando que o mesmo permanece na unidade para “ter uma noção do que aparece”.

GerB38PT A gerente avalia que o trabalho atual da vigilância na UBS “está melhor”, pois tem uma pessoa de referência que se responsabiliza pelo trabalho de vigilância.

GerB39VigA A gerente menciona que as atividades de vigilância incluem o controle do pedido e estoque de medicamentos de tuberculose, cesta e lanche dos pacientes sob no DOTS, além do burocrático cuida de “boletins informativos” de uma forma geral.

GerB40PT Segundo a gerente há diversas formas de acionar a vigilância, isto ocorre ou por parte da equipe e por parte do setor de vigilância.

GerB41VigA Segundo a gerente, um exemplo de vigilância realizada pela equipe refere-se à investigação da mortalidade materna, desencadeada pelo Comitê de Mortalidade Materna e ações que incluem a entrevista para investigar os motivos do óbito, junto à família, são feitas especificamente pelo enfermeiro da equipe .

GerB42PT A gerente afirma que, muitas vezes, realiza a visita domiciliar sozinha, apesar de considerar que cada enfermeira deve fazer visita por conhecer melhor a área de trabalho.

GerB43Vig Segundo a gerente, um caso de mortalidade materna, pode ser informado pela Coordenadoria ou pelo Agente comunitário “A informação pode vir lá de cima, né... como pode vir de baixo”.

GerB44PT Segundo a gerente, existe a situação que pode ser diagnosticada por algum médico na UBS, como o caso de dengue, em que se avisa a equipe da “sala da vigilância” para preencher os instrumentos, marcar os exames e informar a SUVIS.

GerB45VigA A gerente defende a necessidade de que a enfermeira da área, juntamente com alguém responsável pela vigilância da UBS, acompanhe os casos de vigilância e as atividades incluem investigação das condições do equipamento em se deu surto, conversar e verificação da necessidade de intervenção “(...) Mas então assim, sempre enfocando, sempre responsabilizando também, quem é daquela área.”

GerB46Vig A gerente afirma que o trabalho de vigilância sempre acaba ficando sob a responsabilidade do enfermeiro.

GerB47PT Segundo a gerente, a participação dos médicos na vigilância, é sempre mais restrita devido à sua agenda de trabalho, ainda que considere que estes gostariam de participar.

GerB48PT A gerente avalia que a articulação do trabalho da vigilância com outras atividades no posto, requer mais organização, monitoramento e avaliação, pois o pessoal ali alocado não teve nenhum treinamento “(...) Eles também não tem uma visão, eh, sólida, do que é esse trabalho que eles tão fazendo, eles tão fazendo” para a apropriação de conceitos, e da importância de se pensar de forma mais global.

GerB49VigL A gerente menciona o desejo de que o sistema de informação fosse acoplado ao de vigilância, mas aponta o quadro de funcionários e o espaço físico como limitantes.

GerB50VigL Segundo a gerente o SIS-PRÉNATAL “é um sistema de informação (...) casado com a vigilância”, mas é realizado em salas separadas por pessoas diferentes que não se conversam.

GerB51VigL Segundo a gerente considera que o SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica produz muitos dados (mortalidade, internação, violência contra a mulher, tempo de amamentação, etc), mas a UBS ainda não consegue utilizá-los devido à divisão de tarefas.

GerB52PT Segundo a gerente, os profissionais ainda estão preocupados em entender qual a sua função, se precisam preencher papéis, mas acredita que precisa primeiro ensinar essas questões para depois conversar para juntar o trabalho da informação com a vigilância e pensar numa lógica para o serviço que permeie tudo, até o agendamento.

GerB53PT A gerente aponta a diferença de trabalho da vigilância em relação aos outros distritos administrativos que conhece no município.

GerB54VigL Segundo a gerente a equipe de vigilância do outro distrito administrativo ajudava no sentido de planejar, a essa prática deve seu aprendizado, porque as pessoas eram “interessantes, diferenciadas”, já “aqui já é mais acanhado, mais centralizado, mais fechado, eh... é mais cobrança, punição, em vez de orientação, educação...”, no Butantã, isso talvez se deva a “uma característica das pessoas, né, do que da forma como se pensa, muito, né”.

GerB55PT A gerente avalia não ter idéia muito clara sobre o melhor caminho para a organização da vigilância, só que no dia a dia não consegue priorizar, planejar, nem avaliar porque se fica “apagando incêndio”.

GerB56VigP Segundo a gerente pode-se fazer um bom diagnóstico da situação epidemiológica de cada área em conjunto com a população para verificar se responde às necessidades dos usuários.

GerB57VigA Segundo a gerente, o objetivo do diagnóstico de situação é estabelecer metas pois há incompatibilidade entre os confirmados e os dados referidos, o que pode ser mudado pela adoção de estratégias que não a consulta médica (medidas educativas, atuação de outros profissionais – psicólogos, etc).

GerB58Vig Segundo a gerente, é necessário trabalhar outras estratégias de detecção precoce e proposta de intervenção para recuperação da saúde dos usuários com doenças crônicas (hipertensão e diabetes).

GerB59PT Segundo a gerente, seu papel é de sugerir o que pode ser feito, mas considera necessário que a equipe planeje a intervenção sobre diabetes e hipertensão.

GerB60Vig A gerente acredita que a entrada de novos funcionários na equipes ajudará a melhorar o trabalho de vigilância, de modo a tornar as atividades mais rotineiras e não emergenciais.

GerB61VigL Segundo a gerente a UBS realiza diversas atividades corporais, mas desconhece seu impacto e esse é um problema de vigilância.

GerB62VigP/L Segundo a gerente ter uma equipe de referência na vigilância facilita e, ao mesmo tempo atrapalha o trabalho, pois lidar com grupos cujos temas de trabalho são específicos acaba por distanciá-los do cotidiano da UBS.

GerB63VigP A gerente avalia que a centralização da informação em um profissional é bom “(...) Porque ao centrar, você garante que alguém tá cuidando daquilo e que vai responder por aquilo e que as informações vão chegando”.

GerB64Vig A gerente considera, no caso da vigilância, que é necessário “o meio termo” com uma equipe de referência e que também todos se envolvam “(...) É você ter uma equipe de apoio, mas não que ela fosse a ‘dona-do-pedaço’, mas que ela ajudasse a regular o ‘pedaço’... mas que todos tivessem também um pouco envolvidos”.

GerB65Vig Segundo a gerente, dispor de uma equipe de referência e, ao mesmo tempo, contar com o envolvimento de todos é um desafio porque é preciso que os profissionais tenham interesse em realizar o trabalho ainda que não gostem e há pessoas que não querem fazer essa função, preferindo que outro faça, por isso, acredita que a melhor estratégia é manter o desencadeamento das ações dentro da equipe.

GerB66VigL Segundo a gerente o que dificulta a vigilância são as próprias pessoas quando não têm informação, nem se encontram sensibilizadas para tal questão “(...) a falta de informação limita, né... a, a falta de sensibilização limita. Acho que se todo mundo tivesse sensibilizado, todo mundo tivesse esse olhar né, pra, pra questões, a gente poderia...”.

GerB67VigL Segundo a gerente outro aspecto limitante é a burocracia (preenchimento de papéis) e o fato de os trabalhadores não entenderem o que fazem e porque estão fazendo.

GerB68VigL A gerente manifesta o incômodo quanto ao uso múltiplo do termo vigilância “vigilância à saúde, vigilância em saúde, vigilância da saúde” “(...) Por quê que não usam o mesmo... (...) por quê? né. Tem diferença? Não tem diferença?”.

GerB69VigC Segundo a gerente a vigilância na UBS é “(...) inerente ao trabalho na saúde” e apresenta um sentido de vigiar, não de forma negativa, mas que de fato ainda não ocorre na UBS.

GerB70VigA/C A gerente avalia que, apesar de conceber a vigilância num sentido mais amplo, o serviço dificilmente consegue se organizar para fazê-lo.

GerB71VigP Segundo a gerente o fato de a vigilância sanitária ter sido incorporada pela prefeitura foi um ganho, mas avalia que ainda funciona de forma muito precária, acreditando que os serviços têm potencial para fazer esse trabalho (como a prevenção da transmissão de hepatite b com manicures, do vendedor de alimentos usando luvas) “(...) mas o serviço não tem pernas (...)”.

GerB72PT A gerente coloca que a vigilância sanitária envolve muita, questões burocráticas, fechamento de estabelecimento, legislação e não sabe se isso deveria ser delegado à unidade de saúde.

GerB73VigL A gerente a vigilância sanitária é complexa “(...) E na sua complexidade, não consigo perceber se a UBS consegue dar conta de todas as facetas que a vigilância traz, né” e que “(...) teria que ter um, um jeito de agir, de pensar e de fazer, eh... e um pessoal bem mais treinado do que a gente tem, né”.

GerB74VigL A gerente avalia que o que a UBS tem melhor é a vigilância epidemiológica, mas, por exemplo, na questão de roedores, há dificuldade de intervir no domicílio, necessitando-se de ajuda de “alguém de fora”, mesmo sabendo o que é necessário fazer, como conversar com a pessoa no domicílio, “(...) Ainda a gente aciona a zoonoses, né... sabendo que a zoonoses não vai por... nenhum raticida na casa das pessoas, porque eles não põem no domicílio, né. Que tem que fazer uma série de orientações”.

GerB75VigL Segundo a gerente, na UBS, os profissionais não têm o domínio de tudo e os trabalhadores da vigilância e os recém-contratados, estão aprendendo juntos, começando.

GerB76VigP A gerente avalia que houve um avanço em relação à vigilância, como a vigilância do prontuário, a vigilância de câncer de colo de útero, de câncer de mama, vigilância de exames, vigilância de pré-natal, não se restringem ao resultado do exame ou das noções de epidemia, porém “(...) é uma coisa insipiente, pequena, né... acho que... Agora, eh... mas é melhor do que só a epidemiológica, né”.

GerB77Vig Segundo a gerente, a UBS em que atua apresenta a mesma situação que outras UBS da região em relação à necessidade de ampliação da vigilância, com exceção de uma Unidade de ensino da região.

GerB78Vig A gerente avalia que as pessoas estão trabalhando, mas complementa: “(...) quando você tem alguém que, que leva aquilo à frente e faz conversa com os funcionários, enfim, né, que, que vai divulgando, vai dinamizando isso na unidade... a unidade fica mais incentivada, né... mas eu não, não percebo isso”.

GerC1VigC O gerente afirma que a depender da concepção de vigilância, ela pode ser tão abrangente e inclusiva que o trabalho do gerente em uma unidade de saúde quase se confunde com o trabalho da vigilância à saúde.

GerC2VigA/C Segundo o gerente, a vigilância à saúde faz parte de seu cotidiano e inclui a responsabilidade pelo cuidado da saúde no território e com a organização do trabalho “(...) responsabilidade sobre o cuidado da saúde de um certo território, né, e com a organização do serviço pra fazer frente a esse tipo de necessidade, então, nesse sentido, faz parte do meu cotidiano”.

GerC3VigC De acordo com o gerente, a vigilância à saúde inclui questões de vigilância epidemiológica.

GerC4PT Segundo o gerente a sua participação direta nas ações de vigilância epidemiológica vem desde o início de sua carreira profissional, ocasião em que não havia enfermeira na Unidade.

GerC5Vig De acordo com o gerente, em meados da década de 80, já havia a vigilância epidemiológica “bem” consolidada, ainda que isso não ocorresse com os treinamentos, que não eram tão freqüentes.

GerC6Vig O gerente afirma que no início da carreira, como “médico de família antes do tempo” em uma pequena comunidade, era o responsável pela vigilância.

GerC7PT O gerente afirma que o fato de ser sanitarista e devido à distância física do local onde atuava, em relação às unidades básicas de saúde do Estado (responsáveis pela Vigilância Epidemiológica), fazia com que fosse procurado para avaliar os casos de notificação compulsória.

GerC8VigC Segundo o gerente quando tomou o primeiro contato com o conceito de vigilância à saúde entendia-se como “(...) uma forma de pensar a organização do cuidado que, eh, que entendia como uma (...) noção mais ampliada de vigilância, não restrita a epidemiológico e sanitária, mas à preocupação com o acompanhamento continuado dos problemas de saúde de uma dada população(...)”.

GerC9VigC O gerente afirma que participou do estabelecimento de um trabalho de territorialização, planejamento, de vivência em SILOS a partir da fundamentação teórica da vigilância à saúde.

GerC10PT O gerente menciona que o fato de ter trabalhado com ações de vigilância à saúde constitui-se como experiência interessante em sua formação.

GerC11Vig O gerente afirma que atuou, no nível de UBS com ações de vigilância junto ao “NEPinho” Núcleo de Epidemiologia, Pesquisa e Informação dentro da Unidade as quais integravam questões extra-clínicas: questões de vigilância epidemiológica até a vigilância à saúde “(...)a vigilância epidemiológica, toda a relação com a comunidade, então nesse sentido, também essa... a vigilância à saúde era meio especializada, né”.

GerC12Vig PT De acordo com o gerente, ao sanitarista cabia a atuação em vigilância: “(...) pensava o território mais amplamente”, enquanto o diretor da UBS se “preocupava mais com aspectos administrativos”.

GerC13VigC O gerente reafirma a distinção entre uma concepção mais restrita de vigilância e uma mais abrangente “(...) porque... eu acho que uma certa idéia de vigilância à saúde é, ela norteia toda a organização do serviço, né”.

GerC14VigA/C Segundo o gerente toda equipe do serviço envolvida na assistência/cuidado ao paciente realiza algum tipo de vigilância, já que a organização do trabalho parte da idéia de integração médico-sanitária “(...) Isso não é retórica, né, é entendendo que, que a proposta da organização do trabalho aqui, eh, que tem suas raízes lá na idéia da integração médico-sanitária, que autores no assunto lançaram há anos atrás”.

GerC15VigA/C O gerente afirma que na UBS onde atua o cuidado integra o “olhar clínico e o epidemiológico”, exemplificando com: busca ativa, “certos controles”, o VIGICA (vigilância do exame ginecológico - suspeita de câncer ginecológico, câncer de mama, câncer de colo de útero, câncer de ovário) “(...) Então, todos os encontros entre profissionais e usuários, eh, transcendem a dimensão clínica pra olhar esse indivíduo situado num contexto mais amplo e para perceber oportunidades de intervenção sobre a saúde do coletivo a partir dos

indivíduos, né”, nesse sentido, a vigilância é desenvolvida em todo o tipo de cuidado ali prestado”.

GerC16PT O gerente afirma que na UBS onde atua dispõe-se “desde sempre” de um setor responsável pela execução das ações mais específicas e coordenação da vigilância (anteriormente chamado por Epidemiologia e Estatística) e “ (...) mais recentemente foi batizado de, eh, Comunicação, Informação e Vigilância à Saúde, eh, é que reúne as pessoas que têm esse contato mais imediato e direto com, no cotidiano com as ações de vigilância, especialmente as ações, eh... mais imediatamente de vigilância epidemiológica”.

GerC17PT De acordo com o gerente, integram a vigilância da UBS: duas enfermeiras, uma auxiliar de enfermagem e dois auxiliares administrativos.

GerC18PT Para o gerente, aos auxiliares administrativos cabe “o grande peso do trabalho”: informação, mas também participam da vigilância “(...) na digitação de atendimentos, na manutenção, alimentação dos nossos bancos de dados, mas, por compor o grupo, eles também acabam tendo funções e conhecimentos na área de vigilância. Já tiveram mais, mas também eles, eles têm alguma atuação”.

GerC19PT Segundo gerente, a vigilância é coordenada por médico sanitaria, mas na prática, outros sanitaria podem apoiar eventuais dúvidas.

GerC20VigA/C O gerente dá exemplos de vigilância: uma “não ortodoxa”, que se refere à identificação de vítima de violência doméstica e que se desdobra em ação na comunidade e a vigilância mais restrita, referindo-se à detecção de câncer de mama e outro exemplo ainda mais restrito, que se refere ao acompanhamento de um caso de meningite.

GerC21VigA/C Para o gerente, a vigilância inclui: acolher, conversar, ouvir, construir alternativas junto com pacientes, implementar ações na comunidade e busca de rede de suporte social.

GerC22VigA/C O gerente menciona que uma situação “não ortodoxa” de vigilância pode partir de um disparador não caracterizado como evento sentinela, mas próprio de vigilância ampliada “(...) um disparador de uma, de um olhar diferenciado, vai, vai desencadear uma ação na comunidade, numa perspectiva de vigilância bastante ampliada, né”.

GerC23VigA/C Segundo o gerente, a vigilância mais restrita, inclui registro no prontuário, acompanhamento, atenção e monitoramento para saber o resultado dos atendimentos oferecidos; o alerta de que serviço deve saber o que ocorreu com o paciente e encaminhamento.

GerC24VigA/C Segundo o gerente, a vigilância ainda mais restrita - “vigilância epidemiológica mais padrão” inclui o recebimento de uma notificação de caso de doença de notificação compulsória, realizar visita, entrar em contato com o serviço de saúde, estabelecer medidas (como quimioprofilaxia).

GerC25PT gerente menciona a preocupação em fazer corretamente a vigilância epidemiológica “(...) a gente procura fazer direitinho também, espero que esteja fazendo direitinho”.

GerC26PT Para o gerente o serviço tem um instrumento não convencional de vigilância que é o prontuário “(...) é um elemento de comunicação da equipe (...)” e que viabiliza a vigilância.

GerC27PT O gerente afirma que há, ainda, instrumentos de registro manuais ou informatizados adotados pelo setor de vigilância, como um carimbo para identificar o prontuário com VIGICA (prontuário que está sob vigilância) e registros para TB, sob a forma de cartão.

GerC28PT Segundo o gerente, a UBS onde atua por ser caracteristicamente “acadêmica”, ter grande número de médicos sanitistas e uma certa tradição na vigilância, “uma boa vigilância”, contava, anteriormente com apoio, confiança das áreas de Vigilância da Secretaria de Estado e da Secretaria Municipal da Saúde.

GerC29PT Para o gerente, no momento atual, devido uma série de dificuldades internas (devido à saída de pessoas, descontinuidade no setor, entrada de gente que não se fixou, rotinas menos firmes e seguras do que eram anteriormente) a vigilância da UBS onde atua não tem mais sido referência para órgãos centrais e distritais.

GerC30PT Para o gerente, referindo-se a vigilância como uma das funções básicas da Saúde Pública, é necessário ter excelência no trabalho, “(...) então nós tamos tentando reforçar, voltar a ter continuidade, voltar a ter excelência que de fato talvez a gente tenha perdido e um dos movimentos é o que eu falei”.

GerC31VigL Segundo o gerente, a situação de dificuldade da vigilância será modificada pela fixação de duas enfermeiras sob a supervisão de um médico sanitarista “(...) pra que tenha a presença mais forte (...)”.

GerC32 VigA/C O gerente menciona que, na UBS em que atua, anteriormente havia uma compreensão (atualmente sendo retomada) de que as ações de vacina e de vigilância não se separam.

GerC33PT O gerente refere que auxiliar de enfermagem não realiza exclusivamente as ações extra-muros, pois os auxiliares de todos os setores participam em rodízio dessas atividades, o que permite sintonizar as necessidades com as ações de vigilância.

GerC34PT O gerente lembra que no treinamento e na supervisão do trabalho no serviço sempre ressalta-se a ligação entre o atendimento individual com o olhar para o coletivo.

GerC35PT O gerente afirma que toda equipe participa da vigilância e que esse fato é sempre lembrado na discussão dos casos, no treinamento, em reciclagem e no dia-a-dia, e que ainda assim, pela tradição na vigilância epidemiológica, além de se dispor de um serviço para tal, acaba-se remetendo as demandas de um jeito ou de outro para essa área.

GerC36PT O gerente distingue o trabalho da UBS onde atua, que por ser ligado à Universidade, possui condições muito melhores do que as Unidades Básicas da Prefeitura.

GerC37ViL De acordo com o gerente uma das dificuldades “básicas” da vigilância, refere-se à demanda de trabalho, admitindo não conseguir dar conta da forma que a população esperaria (preferencialmente pelo atendimento médico individual), o que causa bastante pressão e faz com que boa parte da equipe se volte para isso, não especialmente para atender individualmente, mas para responder a essas demandas.

GerC38 PT O gerente afirma que a recepção aos usuários realizada no serviço constitui-se como “negociação” para esclarecer que boa parte das pessoas não precisa de atendimento individual e nem sequer de médico, nem na mesma hora ou no mesmo dia, e que o serviço possui outras alternativas.

GerC39 VigL Para o gerente, a grande demanda repercute nas ações de vigilância, pois se consome muita energia e isso faz com que a equipe, nem sempre, tenha disposição e tranquilidade que gostaria para associar as questões individuais “(...) ligações que a gente desejaria, do individual, do coletivo e da clínica e da epidemiologia e de dar essa dimensão mais geral de qualquer forma de vigilância ao nosso trabalho”.

GerC40 VigL O gerente afirma que uma outra limitação para a vigilância é a relação tensa com a Prefeitura já que a vigilância depende de fluxos de conversa muito claros e bem estabelecidos, mas a conversa não tem sido assim, o que tem repercutido sobre a qualidade técnica desse trabalho “(...) Um fala, o outro entende, responde, na hora certa, na medica certa e quando “tem boi na linha”, o que você fala aparentemente é entendido de um jeito, a resposta é assimilada de outro, então, eu acho que isso acaba até acaba tendo uma repercussão sobre a, a qualidade da técnica do que é feito, né. Porque a relação não, não corre tão lisa quanto poderia”.

GerC41Vig Segundo o gerente, apesar das dificuldades apontadas em relação à vigilância, o básico vem sendo realizado.

GerC42 VigP O gerente menciona como facilidades à vigilância o fato de se trabalhar com a perspectiva de vigilância ampla, sendo que os trabalhadores foram formados, capacitados, reciclados e sensibilizados para esse olhar, tendo essa perspectiva no dia-a-dia e também voltados para a vigilância epidemiológica.

GerC43VigA O gerente afirma não realizar ações de vigilância sanitária na unidade onde atua.

GerC44VigP De acordo com o gerente, uma facilidade em relação à vigilância, é que a vigilância epidemiológica é muito valorizada pelos trabalhadores do serviço, vista como “(...) uma missão essencial, uma eh, básica, imprescindível”, aprendem a priorizá-la devidamente e acionar rapidamente seus mecanismos.

GerC45VigP O gerente afirma que o serviço dispõe de condição privilegiada em relação às outras unidades de saúde destacando o fato de ter carro próprio e recurso financeiro para atividades específicas quando necessário.

GerC46VigC O gerente afirma não achar necessário trabalhar com conceito previamente definido de vigilância “(...) nem desejável trabalhar com uma concepção muito fechada, definida do que é isso, né” e que isso se constitui em vantagem, pois, permite ampliar “(...) alargar os espectros”.

GerC47VigC O gerente considera “(...) incorporar na organização do trabalho em saúde, um olhar, eh, para a dimensão coletiva dos processos, e para responsabilidade do, da Unidade de Saúde sobre um acompanhamento, uma intervenção, um controle dos problemas de saúde na perspectiva coletiva”.

GerC48VigC Segundo o gerente, a vigilância à saúde, incorpora bem idéias tradicionais de Saúde Pública (vigilância epidemiológica), e outras atividades, que contém uma idéia condutora para a organização do trabalho, de maneira a relacionar as questões e ações de saúde no coletivo e as individuais, uma remetendo-se à outra “(...) outros tipos de ações e atividades, mas também que há uma certa idéia condutora, eh, de uma forma de organizar o trabalho em que o encontro individual deve ser uma oportunidade de se pensar a saúde no coletivo e as coisas devem estar ligadas. Quer dizer, a ação sobre o indivíduo deve remeter a uma ação sobre a coletividade a ação sobre a coletividade deve entrar nesse Talvez seja genérico demais, mas eu acho que é, que é um pouco nesse nível que deveria ser”.

GerD1Vig A gerente afirma que as oportunidades de discussão sobre questões de vigilância têm ocorrido em função dos surtos e casos de doenças transmissíveis (catapora, dengue, leptospirose).

GerD2PT De acordo com a gerente, a organização do trabalho em vigilância muda de acordo com a gestão da prefeitura e já foi norteadada, anteriormente, pela informação em saúde e a definição de metas de trabalho (ações educativas e comunitárias) após ampla sensibilização, lotação de profissionais destinados à área, capacitação dos trabalhadores de saúde “(...) a gente teve um trabalho muito, ... bem feito de vigilância naquela época”, mas na gestão seguinte o trabalho foi perdido.

GerD3PT A gerente afirma que participou de treinamento em vigilância, oferecidos para equipe de cinco pessoas, incluindo auxiliares, auxiliares técnico-administrativos, na gestão administrativa anterior ao PAS.

GerD4PT A gerente aponta que os trabalhadores que realizam a vigilância na UBS são da enfermagem (principalmente as enfermeiras, com o apoio das auxiliares).

GerD5VigL Segundo a gerente, o fato de não haver definição sobre a organização e estrutura de trabalho da vigilância na UBS e sim ações apenas em torno do evento, dificulta a participação dos trabalhadores e, muitas vezes, implica na necessidade da gerente realizar, além da gerência da UBS, as ações de vigilância.

GerD6PT A gerente afirma que, mesmo sem ter prática na vigilância por exercer o cargo de gerente e realizar atividades administrativas, teve que se dispor a aprender o trabalho relacionado à vigilância.

GerD7VigA A gerente refere que as ações de vigilância no posto decorrem das doenças de notificação compulsória (dengue, meningite, catapora, etc) e incluem a notificação, a investigação epidemiológica, a coleta de exames, intervenção individual (atendimento médico, tratamento e profilaxia), no domicílio, na comunidade, no ambiente e nos equipamentos sociais da região (escola, creches, EMEIS, igreja, subprefeitura) envolvendo a intersetorialidade.

GerD8VigL A gerente avalia que a vigilância na UBS não alcança a prevenção à saúde, se detém no tratamento dos danos individuais, em detrimento das ações coletivas e que tal situação decorre da falta de médicos e da posição da comunidade que não quer providência coletiva, mas sim, o atendimento individual.

GerD9PT A gerente refere-se a uma situação de vigilância em que a enfermagem é designada para acolher e atender prioritariamente usuários da unidade com queixas relacionadas à vigilância (surto de dengue).

GerD10PT Segundo a gerente, a vigilância tem a “parte burocrática” muito bem organizada pela enfermeira da UBS.

GerD11PT A gerente aponta que a vigilância, na UBS em que atua, não tem uma organização específica, mas é organizada a partir da mobilização dos trabalhadores, em geral, torno das demandas, eventos de vigilância.

GerD12PT A gerente considera necessário haver um fluxo de informação e comunicação para organização das ações de vigilância, bem como a responsabilização de todos os trabalhadores na UBS para essas ações.

GerD13PT Segundo a gerente, a articulação das ações de vigilância da UBS ocorre com a SUVIS, com o serviço de Zoonoses, com a Coordenadoria de Educação, creches, EMEIS e escolas, qualificando-a como ágil.

GerD14PT A gerente refere que, mesmo não tendo dificuldade para acionar outros serviços para questões relativas à vigilância, ela própria precisa tomar a iniciativa para essas ações.

GerD15PT A gerente avalia que há necessidade de algum profissional de saúde ser referência para organizar e articular o trabalho de vigilância na UBS e com outras instituições (SUVIS).

GerD16VigP A gerente considera que fácil articular as questões da vigilância pelo fato da UBS ser pequena.

GerD17VigP A gerente aponta que o fato dos trabalhadores conhecerem a área de abrangência e fato da comunidade estar próxima à UBS facilita o trabalho da vigilância.

GerD18VigL A gerente avalia que uma dificuldade para o trabalho da vigilância está relacionada à falta de definição do papel de cada trabalhador, ao número insuficiente de profissionais e à falta de integração do trabalho em equipe e a falta de organização das ações.

GerD19VigL A gerente considera que não é necessário haver Programa de Saúde da Família para se realizar a vigilância, mas é preciso dispor de organização (definição de fluxo e de profissionais responsáveis, trabalho em equipe), estrutura e qualificação profissional em vigilância.

GerD20Vig A gerente conclui sobre a necessidade de dispor de uma equipe de referência para atuar na vigilância com qualificação específica.

GerD21VigC A gerente entende a vigilância como intervenções específicas, de acordo com cada doença (meningite, dengue, tuberculose, varicela) ou agravo que transcende a normalidade; diz respeito à mudança de comportamento da comunidade e refere-se a agravos que causem impacto na comunidade.

GerD22VigC Segundo a gerente, a vigilância à saúde é ampla, e envolve o trabalho fora da UBS, a articulação com os serviços (cita como exemplo o trabalho em torno de um surto de diarreia na comunidade) e instituições relacionadas ao problema (exemplo: a vigilância sanitária, os restaurantes da região e visita ao local).

GerD23VigC A gerente considera que o trabalho da vigilância deve ser realizado a partir da detecção de problemas prioritários na área de abrangência da UBS "(....) vamos supor que aqui tivesse um número altíssimo de casos de, de doenças sexualmente transmissíveis (....)".

GerD24VigC A gerente avalia que a atuação em vigilância requer superar a desmotivação dos trabalhadores de saúde, requer vontade política, profissionais com perfil e disposição para trabalho na Saúde Pública, além de atendimento médico que responda às necessidades de cada indivíduo (tempo adequado de consulta e escuta) "(....) pessoas que têm dificuldade pra falar, têm dificuldade pra conseguir, eh, se fazer entender... como essa

pessoa em sete minutos... vai conseguir falar sobre a sua história?”.

GerD25Vig A gerente defende a necessidade de a sociedade civil exigir, se mobilizar para alcançar adequadas condições de saúde e educação (realizar trabalho nas escolas, voluntariado, se aproximar das empresas) “(...) Não dá pra gente ficar esperando (...) a gente é o governo, a gente tem que fazer. Tem que começar... Já tinha que ter começado”.

GerE1Vig A gerente afirma que as discussões sobre vigilância ocorrem no cotidiano, entre os trabalhadores (médicos), mediante a alguma mudança nas rotinas, ações e “papelada”, já as atualizações não ocorrem na Unidade.

GerE2PT A gerente pondera se o fato de ter um médico sanitaria envolvido com as questões de vigilância abre possibilidades de discussões sobre na UBS ou se restringe já que esse profissional é quem principalmente se responsabiliza por essas questões.

GerE3Vig De acordo com a gerente as atualizações, capacitações relativas à vigilância (reuniões técnicas sobre Tuberculose) são realizadas fora da Unidade.

GerE4VigC A gerente lamenta que poucas coisas são consideradas como vigilância entre elas: varicela em creches, RN com baixo peso, gestantes menores de 15 anos, RN com apgar menor que 5.

GerE5VigL A gerente avalia que a há muitos papéis para serem preenchidos na vigilância e que a SUVIS fica muito distante da UBS (por ter uma área grande, bem populosa e com muitas instituições sob sua responsabilidade).

GerE6VigP/L A gerente considera que a equipe da SUVIS está sempre disponível para responder às dúvidas dos trabalhadores da UBS, mas lamenta por não ter ajuda eventualmente (1 vez por semana ou a cada 15 dias) na realização das atividades de vigilância em situações mais complicadas e com falta de profissional na UBS.

GerE7VigL A gerente lamenta que alguns trabalhadores entendem a vigilância como atividade burocrática (preenchimento de papelada), não compreendendo o motivo da notificação, o que acarreta na notificação de doenças (tuberculose) pela UBS abaixo do ideal.

GerE8Vig A gerente acredita que sempre há possibilidade de se discutir, tirar dúvidas e atualizar os trabalhadores em relação à vigilância.

GerE9VigP A gerente ressalta que os protocolos (tuberculose, vacinação) facilitam o trabalho da vigilância, possibilitam o esclarecimento de dúvidas e o cumprimento das normas técnicas específicas de vigilância.

GerE10VigL A gerente lamenta que ainda não estejam desenvolvendo, na UBS, a busca ativa (sintomáticos respiratórios, recém nascidos de risco, faltosos em vacina, etc) e estejam centrados na vigilância da doença a partir dos protocolos (tuberculose, vacina).

GerE11PT/VigA Segundo a gerente, a vigilância na UBS, é realizada em grande parte pela médica sanitária, em parte pelas enfermeiras e, em complementação, atuam os médicos (nos consultórios), a assistente social (visitas domiciliares), a equipe de saúde mental em torno do acompanhamento do desenvolvimento de crianças que nascem com APGAR baixo ou prematuras, mães adolescentes e a própria gerente com o SIS Pré-natal.

GerE12Vig A gerente defende o monitoramento de situações de saúde (vacinação, SIS Pré-natal) e o retorno da informação ao usuário.

GerE13Vig/VigC A gerente acredita que a vigilância deve envolver não só doenças, mas também a vacinação, o acompanhamento das gestantes do SIS Pré-natal (vigilância de faltosos), no sentido da melhora da qualidade do trabalho (não pela punição do trabalhador) e com geração de informação.

GerE14Vig A gerente valoriza a informação gerada pelo boletim de produção, o que permite verificar a quantidade de consultas mensais da Unidade.

GerE15VigL A gerente lamenta perdas do agendamento de consultas puerpério apesar de ser realizada o SIS Pré-natal.

GerE16VigC A gerente afirma que a vigilância se constitui de questionamentos que geram a informação permitindo o acompanhamento das situações.

GerE17PT Segundo a gerente todas as questões, inclusive as de vigilância, são bem articuladas na UBS já que poucas pessoas fazem diversas coisas, diferindo do hospital, em que o trabalho é separado por departamentos.

GerE18VigL A gerente aponta que apesar de a enfermeira conhecer as ações realizadas na UBS e a população atendida, mesmo com um quadro reduzido de trabalhadores, há uma dificuldade em se incorporar novas rotinas e se adaptar às novas rotinas de dos serviços de referência em vigilância.

GerE19VigL Segundo a gerente os profissionais têm resistência à vigilância devido aos papéis para preencher, os programas de computador e principalmente porque não estão acostumados.

GerE20Vig A gerente afirma que conhece poucas unidades básicas de saúde que conseguem implementar a vigilância de maneira a prevenir as doenças (diabetes), pois pode se conhecer a população portadora de diabetes, mas questiona-se como faz para prevenir a doença, reduzir o número de casos.

GerE21VigC A gerente acredita que vigilância à saúde deve estar relacionada prioritariamente à saúde e não à doença, podendo contemplá-la no sentido de preveni-la e monitorá-la (exemplos: tuberculose, vacinação).

GerE22VigL A gerente lamenta que a UBS perde uma série de casos de doentes por não fazer busca ativa (exemplo exame BK precoce para tuberculose) e atenderem, na maior parte das vezes, doenças notificadas em outros serviços.

GerE23VigC A gerente acredita que a vigilância deveria ser um instrumento para facilitar a captação precoce de doenças e situações de vulnerabilidade (RN de risco).

GerE24Vig A gerente aponta que os profissionais, na prática cotidiana, valorizam mais ao tratamento do que a prevenção das doenças.

GerE25Vig A gerente considera necessário realizar a vigilância em diferentes espaços da unidade que transcendam a consulta como: a recepção, a enfermagem, os grupos de terapia ocupacional, grupos de planejamento familiar e de nutrição “(...) eles são oportunidades de você fazer vigilância à saúde, né, de você falar de alimentação, de prevenir diabetes e hipertensão, obesidades e outras complicações...”, mas lamenta por não dispor de diferentes espaços, rotinas e profissionais capacitados para realizarem atividades com diferentes técnicas e estratégias.

GerE26VigL A gerente aponta que não se investe em diferentes tecnologias de vigilância porque os trabalhadores se restringem às atividades administrativas, burocráticas (preenchimento de papéis, SINAN, cartão SUS) e, por isso, também perdem o paciente.

GerE27VigC A gerente considera que vigilância à saúde deve estar relacionada prioritariamente à saúde e não à doença, podendo contemplá-la no sentido de preveni-la e monitorá-la (exemplos: tuberculose, vacinação).

GerE28VigL A gerente lamenta que a UBS perde uma série de casos de doentes por não fazer busca ativa (exemplo exame BK precoce para tuberculose) e pela atender, na maior parte das vezes, doenças notificadas em outros serviços.

GerE29VigC A gerente acredita que a vigilância deveria ser um instrumento que facilitasse a captação precoce de doenças e situações de vulnerabilidade (RN de risco, prevenindo-se o atraso de desenvolvimento), mas aponta que os profissionais ainda estão presos à agenda e ao tratamento “ (...) precisa correr atrás do prejuízo”.

GerE30Vig A gerente aponta a necessidade de se realizar a vigilância em diferentes espaços da unidade que transcendam a consulta médica como na recepção, na consulta de enfermagem, em atividades de grupo “(...) eles são oportunidades de você fazer vigilância à saúde, né, de você falar de alimentação, de prevenir diabetes e hipertensão, obesidades e outras complicações...”.

GerE31VigL A gerente lamenta por não dispor de diferentes espaços, rotinas e profissionais capacitados para realizarem atividades com diferentes técnicas e estratégias.

GerE32VigL A gerente lamenta que os trabalhadores se restringem às atividades administrativas, burocráticas (preenchimento de papéis, SINAN, cartão SUS) e, devido a isso, também perdem pacientes.

GerE33VigA A gerente relaciona como atividades de vigilância realizadas na unidade: notificações de doenças (tuberculose), vigilância de recém nascido de risco, assim como convocação de mães para consulta com “o olhar de diferentes profissionais que não o médico”, realização do VDRL, portadores de câncer e captação de pessoas com doenças de pele (hanseníase) nas consultas médicas e encaminhamento para especialista.

GerE34Vig A gerente considera o SIS Pré-natal um sistema que possibilita conhecer e acompanhar a população de gestantes (número, quantidade de consultas, histórico do atendimento, retornos), pois é informatizado.

GerE35PT A gerente aponta que, na UBS em que atua, o pré-natal dá cobertura durante toda a gestação para a maioria das gestantes.

GerE36VigL A gerente lamenta que a vigilância, na UBS em que atua, falha na cobertura do pré-natal durante o puerpério e em oportunidades para abordar o aleitamento materno (perde-se o agendamento de consultas por falta de profissionais que orientem o agendamento).

GerE37PT A gerente avalia que, em geral, os trabalhadores realizam poucas ações de vigilância na Unidade, mas considera que a participação da enfermagem é muito importante.

GerE38PT A gerente aponta que, apesar de se ter condição favorável para fazer a vigilância clássica na UBS (no sentido de que qualquer pessoa notifique doenças iniciando o atendimento), isso não ocorre pois os trabalhadores remetem os usuários aos profissionais referência na vigilância (médica sanitaria e enfermeira), pois estas não têm agenda “(...) as pessoas empurram muito: “Ah, anota o recado mas, manda pra...”.

GerE39PT Segundo a gerente, a enfermeira é o primeiro profissional de referência para os usuários sendo acompanhados pela vigilância (atende sem consulta agendada e pede exames), até que entrem no “circuito médico”.

GerE40PT A gerente afirma que, na UBS em que atua, a médica da vigilância entrega os medicamentos para os usuários, mas as consultas médicas são realizadas pelos clínicos.

GerE41Vig Segundo a gerente, o fato de ter um trabalhador responsável e disponível integralmente para a vigilância, proporciona que o acompanhamento dos pacientes em tratamento de doenças de notificação compulsória funcione, dessa maneira a visita domiciliar e a comunicação com o paciente são realizadas com facilidade.

GerE42Vig A gerente aponta que visita domiciliar também pode ser usada como estratégia de “pressão” para que o usuário compareça à unidade (quando outras pessoas da comunidade/vizinhos ficam sabendo da necessidade do paciente comparecer à unidade de saúde).

GerE43VigL A gerente lamenta a dificuldade de lidar com questões éticas na vigilância limitando ações de intervenção em relação aos parceiros e portadores de doenças sexualmente transmissíveis (DST) além de prevenção de novos casos (quando o usuário quer sigilo na comunidade e usa outra UBS, pessoas com HIV em que há necessidade de convocar o companheiro, sífilis congênita).

GerE44Vig Segundo a gerente, a vigilância envolve a necessidade de mudança de comportamento, tanto do profissional, quanto do usuário do serviço de saúde (exemplifica com caso de doença sexualmente transmissível).

GerE45PT A gerente considera que no hospital é mais fácil efetivar algumas ações de tratamento, devido à estrutura fechada, do que na UBS “(...) é porta aberta, né, ele não é visita como no hospital”.

GerE46VigC A gerente considera que as intervenções mais delicadas (parceiros com DST) devem ser baseadas em explicações claras e precisas aos usuários, evitando-se a exposição de informações privadas, apesar de se constituir em difícil ação de saúde.

GerE47PT A gerente aponta que, na UBS em que atua, não há um fluxo bem organizado para a vigilância (alguns casos partem da consulta médica, outros, da enfermagem, tuberculose vem de fora da UBS).

GerE48VigA A gerente acredita que no trabalho de acolhimento da recepção e da enfermagem poderiam ser desencadeadas ações de vigilância (com funcionários bem capacitados) por se constituírem em momentos de boa condição de escuta.

GerE49VigC A gerente considera que para a vigilância ser desencadeada é necessário haver curiosidade, iniciativa e interesse do profissional pelas questões do usuário.

GerE50Vig/PT A gerente considera que é possível desenvolver fluxos organizados para busca ativa de doenças, vigilância de faltosos em vacina e gestantes, principalmente a partir do trabalho da enfermagem em que os auxiliares são bem capacitados para investigar as situações de saúde.

GerE51Vig A gerente destaca a importância do olhar “vigilante” do trabalhador em saúde (mesmo formado em outra área) para detectar alterações no estado de saúde e encaminhar as suspeitas.

GerE52VigA A gerente afirma que situações que podem ser consideradas como vigilância ocorrem tanto na recepção, em que os trabalhadores fazem perguntas direcionadas às situações de saúde dos usuários e oferecem atendimento adequado (questionar sobre gravidez, oferecer teste de gravidez, pré natal e papanicolaou), quanto na enfermagem, em que os profissionais dialogam e resolvem diversas questões de saúde (acompanhamento de hipertensão, etc).

GerE53PT A gerente aponta que, mesmo sem experiência anterior ou treinamento específico na área de saúde, os auxiliares técnico-administrativos atentam para situações específicas (suspeita de gravidez, tosse crônica, papanicolaou) fazendo questionamentos direcionados e oferecem o atendimento adequado à necessidade levantada.

GerE54PTenf A gerente ressalta que ações de vigilância desenvolvidas pela enfermagem por si só são resolutivas, ou resultam em algum encaminhamento sem passar por consulta médica.

GerE55PT A gerente afirma que a relação com outros serviços, tem sempre alguma dificuldade, exemplificando a demora no retorno de resultados de exame como Papanicolaou.

GerE56VigC A gerente considera que exame alterado uma questão que diz respeito à vigilância.

GerE57Vig/PT A gerente considera que a articulação das ações de vigilância da UBS com outras instituições funciona bem no caso dos serviços de especialidades (referências para DST/AIDS e tuberculose), já em relação ao exame Papanicolaou avalia que é muito moroso para dar o retorno dos resultados de exames, o que “atrapalha” a vigilância dos casos.

GerE58VigL Segundo a gerente, o que dificulta a vigilância é a falta de trabalhadores, pois mesmo com computadores disponíveis, sem pessoal suficiente não há como fazer vigilância, investigando as necessidades dos usuários.

GerE59Vig A gerente sugere que as informações sobre as doenças de notificação compulsória e de vigilância de um modo geral (lista de DNC, informações técnicas, o SINAN, fichas de notificação, boletins informativos, atualização em relação às doenças) estivessem *on line* na internet “(...) pudesse ser rápido (...) tá aqui, ó preenchi e já mandei, na hora”, ao invés do papel, e com comunicação via e-mail para os trabalhadores das unidades, de forma que estes pudessem se manter mais atualizados.

GerE60VigL A gerente lamenta a dificuldade para inserir o número do SINAN nas notificações (por ser guardado e controlado por um único profissional) e sugere que seja informatizado, *on line*.

GerE61Vig A gerente acredita que com a informatização, os trabalhadores podem se estimular para lidar com a vigilância à saúde de outra forma não burocratizada.

GerE62VigL A gerente considera que os diferentes formulários para preencher cada notificação específica dificultam o trabalho, mesmo que seja organizado em pastas, pois ninguém os acessa, sugere que o modo de trabalho seja mais flexível “(...) o jeito de fazer tudo isso podia ser mais solto (...)”.

GerE63Vig A gerente sugere que o sistema de informação em vigilância esteja *on line*, a fim de “desburocratizar”, organizar e agilizar o trabalho da enfermeira, com informação em tempo real e devolutiva das situações acompanhadas.

GerE64VigL Segundo a gerente outra dificuldade é que “(...) falta computador, falta sistema... não sei se as pessoas pensaram nisso, em alguma instância tem isso, né... tem o CVE que já trabalha com sistemas que vão e vem, né...”.

GerE65Vig A gerente advoga a importância das informações *on line* e que os trabalhadores precisam ter tempo e acesso às informações diariamente para atualizar-se, refletir sobre as ações de vigilância, ter satisfação pessoal quebrando a rotina dura do trabalho, o que melhora a qualidade do trabalho.

GerE66Vig A gerente valoriza a importância dos trabalhadores da vigilância discutir os casos (tuberculose resistente, comunicante de sífilis) em reuniões técnicas fora da UBS para trocar experiências com outros profissionais e tirar dúvidas, e a importância de enfermeiras e maior quadro de auxiliares de enfermagem.

GerE67Vig Entre as questões que poderiam facilitar o trabalho da vigilância, a gerente considera necessário investir no aumento do quadro profissional (não necessariamente PSF) com profissionais que tenham perfil adequado, na autonomia dos trabalhadores, na qualificação dos auxiliares de enfermagem (a formação em geral é precária).

GerE68PT A gerente defende que a UBS não deve ficar ociosa, mas ter usuários circulando durante todo o período de funcionamento da mesma provendo as ações de saúde “(...) vacina, fazendo inalação, fazendo curativo, tá passando em consulta, tá esperando, tá na farmácia (...)”.

GerE69VigC A gerente considera que a vigilância à saúde está relacionada à ação de observar e intervir em situações no sentido da preservação da saúde, sempre antes da doença “ (...) tem um olhar pelo patrimônio corpo (...) avisando (...) esses comportamentos podem gerar isso eu penso antes da doença”.

GerE70VigC Para a gerente, vigilância é um “cuidar do outro”.

GerE71VigC A gerente entende que o termo “vigilância”, tradicionalmente, relacionado à ação coerciva sobre um evento já ocorrido que necessita de um fluxo pré-determinado“(....) a vigilância, quando você fala só vigilância, parece uma coisa muito opressora.... no lugar de vigilância à saúde (....) vai tomar algumas atitudes, e vai ter que ter isso claro, quem são e pra onde vão”.

GerF1Vig Segundo a gerente, atualizações técnicas sobre vigilância têm sido realizadas principalmente junto às enfermeiras, entre os gerentes a abordagem do tema restringe-se à discussão técnica (mortalidade materna e infantil).

GerF2VigL A gerente afirma que o tem encontrado dificuldades, nas reuniões técnicas de gerentes, para se discutir periodicamente o funcionamento e acompanhamento dos Comitês de Mortalidade.

GerF3VigL A gerente considera que ainda que, a vigilância de mortalidade de mulheres em idade fértil tenha passado a ser atribuição da UBS e que os gerentes estejam paulatinamente envolvendo-se nesse trabalho, há dificuldades na condução dessa tarefa, dada à limitação da investigação, que se restringe à visita à família, onde houve o óbito.

GerF4Vig Segundo a gerente os trabalhadores que desenvolvem a vigilância na UBS onde atua são: as enfermeiras, um médico clínico geral, a assistente social (esporadicamente), a própria gerente e o assistente de direção (anteriormente).

GerF5VigA A gerente afirma que as atividades de vigilância realizadas, na UBS em que atua, se detêm a um conceito mais restrito, sendo elas: controle de tuberculose, visita domiciliar, discussão e acompanhamento de casos sob vigilância.

GerF6VigC A gerente afirma preocupar-se, pois considera que o ponto principal da vigilância é acompanhar os pacientes, o que está sendo realizado na unidade onde atua.

GerF7VigC A gerente aponta o desafio de se praticar a vigilância no sentido de conhecer o território, para daí entender melhor a vigilância epidemiológica naquele local “(...)”*conhecendo o seu território, poder acompanhar alguns pedaços e desenvolver alguma coisa praquilo*”.

GerF8VigL Para a gerente, uma das dificuldades na operacionalização da vigilância, é o perfil não adequado dos trabalhadores, pois desconhecem o que é a Saúde Pública, além da alta rotatividade dos trabalhadores de saúde.

GerF9VigA A gerente afirma que há poucas situações de vigilância por iniciativa da própria UBS (comunidade, ou médico), sendo a maior parte acionada pela SUVIS (notificações compulsórias de doenças, surtos, epidemias, vacinação, mortalidade materna).

GerF10VigL/PT A gerente aponta exemplos de investigação de situações sob vigilância (mortalidade de mulher em idade fértil, tuberculose, meningite) em que houve dificuldade: no esclarecimento do evento, na relação com o usuário (no sentido que compreende-se o objetivo da investigação) e no estabelecimento do foco de transmissão da doença.

GerF11PT A gerente acredita que a capacitação dos profissionais de saúde, em geral, é insuficiente nas questões de vigilância epidemiológica (investigação epidemiológica), o que considerando o montante de trabalho existente, resulta no trabalho “simplista”, centrado no poder em determinar as ações dos pacientes, sem o devido respaldo técnico. *“Você vai tomar esse remédio”, no caso de meningite, “E você não precisa”.*

GerF12Vig A gerente aponta que para melhorar a vigilância são necessários: capacitação para os trabalhadores, recursos humanos, insumos (carro para visita domiciliar), além de serviço estruturado e organizado.

GerF13PT A gerente aponta como positivo o fato de todos os trabalhadores de saúde, na unidade em que atua, conhecerem o funcionamento do serviço e que o gerente esteja próximo das ações de vigilância e das consultas médicas, mas que isso acaba por nele centralizar muito as ações e decisões de vigilância.

GerF14Vig A gerente afirma que, eventualmente, consegue abordar a vigilância em reunião geral na UBS através da discussão sobre questões epidemiológicas.

GerF15PT A gerente menciona articulação interna das atividades de vigilância no território, principalmente através da saúde mental em atividades grupais, na prevenção da dengue, no controle da tuberculose, e externas, principalmente com a SUVIS, mas também com escolas, em espaços comunitários, por meio de ações educativas.

GerF16PT Segundo a gerente, o fato de dispor de apenas duas enfermeiras na UBS, não possibilita realizar consulta de enfermagem na vigilância, além disso, os médicos não se envolvem nessas ações *“(....) a menos que ele tenha muito perfil, muito perfil, né”.*

GerF17Vig De acordo com a gerente, as escolas são os equipamentos que mais solicitam discussões ações de vigilância (vacinas novas no calendário, DST), e a gerente avalia que UBS consegue responder pontualmente.

GerF18PT A gerente afirma que predominam as demandas de trabalho externo pelos equipamentos sociais do que pela própria UBS.

GerF19VigA Segundo a gerente, os trabalhadores que realizam com maior frequência os trabalhos educativos fora da UBS são: da equipe de saúde mental e da enfermagem.

GerF20Vig A gerente aponta que, apesar da articulação com algumas instâncias de participação popular (Associações de Bairro, Conselho Gestor, líderes comunitários), ainda não há impacto.

GerF21Vig A gerente considera com facilidade na vigilância a responsabilidade e compromisso da equipe, para com o trabalho, embora possa haver dificuldades na continuidade do trabalho.

GerF22Vig A gerente também considera como outra facilidade na vigilância, o respaldo da equipe da SUVIS, apesar desta ser responder à várias UBS e dispor de equipe reduzida.

GerF23VigL A gerente aponta como dificuldades na vigilância: a falta de recursos humanos, o “baixo conhecimento sobre o território”, carro para visitas, estrutura própria da vigilância, tempo para a realização dessas ações “(...) ser ainda muito artesanal (...) não ter uma vigilância montada, ne, (...) tinha que ter um corpo maior na unidade (...)”.

GerF24VigP A gerente defende a necessidade de dispor na UBS de um setor de vigilância com 2 ou 3 trabalhadores, com exclusividade para essas ações, que captem demandas de vigilância no território e conduzam discussões para trabalhar soluções em conjunto com os profissionais de saúde e representantes da comunidade.

GerF25VigP A gerente salienta que, apesar da vigilância ser antiga questão de Saúde Pública, ainda é trabalhada de forma muito “artesanal”, “manual”.

GerF26Vig A gerente menciona que há demandas de vigilância e que requerem ações de caráter intersetorial.

GerF27Vig A gerente considera que a prevenção é uma etapa importante da vigilância.

GerF28VigC A gerente entende que o termo vigilância, por um lado, apresenta conotação ruim: “vigiar, controlar; por outro lado, o compreende como: acompanhamento, controle de situações, no território, que podem ser resolvidas “(...) gosto mais do conceito de conhecimento de território, de acompanhamento e de resolutividade”.

GerF29VigC Ainda que aponte não haver diferenças nos termos vigilância e vigilância à saúde, a gerente acredita que a vigilância à saúde transcende a doença, incluindo a identificação dos principais problemas no território e a prevenção.

GerF30VigC A gerente considera que a vigilância é “fundamental” na Saúde Pública, pois possibilita o planejamento das ações de saúde, entretanto, afirma a necessidade de estudo, discussão, trabalho e estruturação para avançar as práticas.

GerF31VigC A gerente menciona que a concepção de saúde ainda é centrada na necessidade de “consulta” e “medicação”.

GerF32VigC A gerente aponta que a vigilância caminhou para o desenvolvimento e a manutenção da saúde, mas ainda vigora uma inversão: trabalha-se a vigilância após o ocorrência da doença.

GerF33VigC A gerente considera que para se transformar a prática da vigilância à saúde ainda necessita-se mudar o conceito de saúde no sentido ativo “ (...) de fora pra dentro, de dentro pra fora (...)” e não passivo em que se espera o doente chegar.

GerF34VigC Segundo a gerente, o conceito de vigilância, sinaliza um conceito de saúde voltado para a compreensão sobre o território, mas que, na prática, ainda não se alcançou.

GerF35Vig Para a gerente, necessita-se de maior número de profissionais de saúde, na vigilância, que estruture principalmente, o trabalho no território.

GerF36VigPT Ainda que avalie que, em geral, a UBS atua na perspectiva de se “apagar incêndio”, a gerente aponta que, para se organizar o trabalho da vigilância, sob a perspectiva do território, necessita-se de tempo e priorização dos problemas.

GerF37VigA A gerente afirma que realiza ações de educação em saúde relacionadas à vigilância, fora da UBS, atendendo mais a pedidos da comunidade e de escolas do que espontaneamente (sobre DST, vacinas novas – rotavírus).

GerG1Vig A gerente aponta que, rotineiramente há possibilidade de atualização dos trabalhadores em vigilância através de leitura dos jornais (matérias relacionadas à vigilância, incluindo doenças emergentes), acesso aos profissionais do CVE (para esclarecer dúvidas), discussão e supervisão diária com colegas de trabalho e do preparo de capacitações e atualizações para os profissionais da rede.

GerG2Vig/PT Segundo a gerente os trabalhadores responsáveis pela vigilância na Supervisão de Vigilância são enfermeiros, médico sanitarista, pediatra, clínico e infectologista, veterinário, auxiliar de enfermagem, assistente social, auxiliar técnico administrativo e educador em saúde.

GerG3PT A gerente aponta que o trabalho da vigilância está organizado segundo áreas definidas por doenças e que há articulação entre os trabalhadores da vigilância sanitária e da ambiental (que inclui a Zoonoses).

GerG4PT Segundo a gerente, ainda que o trabalho esteja organizado segundo áreas técnicas, todos os trabalhadores têm conhecimento para responder sobre as principais questões de vigilância.

GerG5Vig Segundo a gerente a área de vigilância sanitária funciona separadamente da vigilância epidemiológica e da ambiental, apesar destes setores se articularem quando necessário (como exemplo em questões relacionadas aos casos de diarreia).

GerG6VigA A gerente avalia que o trabalho na SUVIS é agitado, variado e as atividades incluem: articulação com hospitais (públicos ou privados, principalmente públicos) e unidades de saúde, através das notificações, verificação e complementação das informações epidemiológicas, repasse de informações para as unidades investigarem e implementarem as ações de vigilância, monitoramento das unidades, supervisão, reuniões com chefias de unidades para avaliação de problemas, treinamentos, atualizações para os trabalhadores (médicos de hospitais, UBS, funcionários de unidades, professores de escolas e líderes comunitários), preparo de materiais técnicos periodicamente (de acordo com a sazonalidade das doenças), planejamento das ações, divulgação de relatórios semestrais ou anuais (a partir de coleta e análise de informações de saúde da região), avaliação nas UBSs para melhoria de determinadas ações e intervenção nos locais de notificação de surtos, quando necessário.

GerG7VigA A gerente ressalta que apesar de trabalhar, no cotidiano, atendendo às demandas das unidades de saúde da sua área de abrangência, há planejamento com o objetivo de reduzir casos prevalentes na região.

GerG8PT A gerente aponta como ponto positivo da equipe de trabalho da SUVIS a disposição e prontidão dos trabalhadores para se atualizarem frequentemente sobre doenças e surtos, principalmente as emergentes (exemplo SARS, Febre do Nilo, Febre Maculosa), antes que elas se disseminem na região a fim de orientarem as equipes e intervirem adequadamente.

GerG9PT gerente destaca a internet como um usual meio de atualização (acesso a informações técnicas sobre doenças emergentes) e de trabalho.

GerG10VigL A gerente afirma ser muito volumosa a carga de trabalho burocrático e que ocupa bastante tempo (frequência de funcionários, preenchimento de papeladas, etc), sendo que, a mesma equipe deve dar conta também do trabalho técnico na SUVIS.

GerG11VigA A gerente exemplifica as ações desenvolvidas na SUVIS através da investigação intervenção em surtos e casos de doenças de notificação compulsória com certa complexidade e necessidade de trabalho multiprofissional (surtos de diarreia em creche com necessidade de intervenção da vigilância sanitária, surto na área de UBS com necessidade de intervenção em campo da SUVIS junto com a UBS, surto de botulismo importado e notificação com várias hipóteses diagnósticas).

GerG12VigA A gerente afirma que a equipe da SUVIS também vai a campo quando necessário oferecer suporte para os profissionais das UBSs “(...) quando a coisa extrapola as possibilidades da unidade resolver sozinha”.

GerG13VigA Segundo a gerente, a equipe da SUVIS passa a interferir no trabalho desenvolvido pela equipe da UBS quando há dificuldade para conclusão dos casos investigados.

GerG14PT Segundo a gerente a articulação com as unidades de saúde ocorre através das enfermeiras que, em geral respondem pela vigilância, dos chefes das unidades e, em último caso, com qualquer outro trabalhador, via fax, e que não tem um fluxo específico.

GerG15VigL A gerente considera, como limitante na vigilância, não dispor de um profissional com tempo reservado para as ações de vigilância, o que dificulta o trabalho, tanto no caso das questões mais imediatas (leptospirose, dengue, meningite, surto de diarreia, etc), quanto nas atividades rotineiras (vigilância no pré-natal, VDRL, coleta de sangue, respaldo os doadores do hemocentro).

GerG16Vig A gerente acredita ser necessária a freqüente e ampla divulgação de informações sobre as questões de vigilância, visando a atualização dos trabalhadores acerca dos acontecimentos locais “(...) teria que ser ... ter um painel (...) essa semana tem um surto de diarreia que tá com 15 casos”.

GerG17VigL Segundo a gerente não se dispõe de um profissional responsável pela vigilância na unidade de saúde, pelas ações de vigilância e que integre a comunicação entre os trabalhadores nos diferentes períodos de trabalho nas unidades.

GerG18VigL A gerente considera como problema na condução das atividades de vigilância, nas Unidades, principalmente, a falta de gerenciamento, falta de profissionais, a burocracia (papéis), falta de priorização das ações de vigilância fora da Unidade e o desfalque de profissionais na unidade para a resolução de situações no território.

GerG19VigL Segundo a gerente, outro limitante para a vigilância é a falta do conhecimento, em geral, sobre a função e importância das ações de vigilância, com isso, o exercício dessas ações não é reivindicado pelos usuários ou interessados (exemplo da não cobrança de um foco de meningite não realizado) “(...) nunca ninguém reclamou de nada da vigilância, porque ninguém nem sabe que deve ser feita né, ninguém nem cobra”.

GerG20VigP A gerente considera como facilidade na SUVIS, o fato de os profissionais trabalharem há muito tempo na mesma equipe terem experiência, e conhecerem os profissionais das unidades de saúde, disponibilizando-se a apoiá-los tecnicamente, quando necessário.

GerG21VigP A gerente aponta que há reconhecimento técnico dos trabalhadores da SUVIS pelo fato de apoiarem constante os profissionais das unidades de saúde, pelos profissionais da SUVIS terem experiência em vigilância e pela vigilância ser fechada.

GerG22VigP Segundo a gerente facilita para a SUVIS, a estrutura verticalizada tecnicamente e não administrativamente, o que repercute positivamente na comunicação entre os diferentes órgãos responsáveis pela vigilância (instâncias: local, regional, e central) para suporte técnico, além de dispor de equipe para desenvolver o trabalho num espaço conjunto, com administração direta e o fato de dispor de motoristas integralmente para as necessidades de trabalho.

GerG23VigPT A gerente afirma que há diferentes formas de organização da SUVIS no Município de São Paulo.

GerG24VigC A gerente considera que o conceito de vigilância à saúde deve ser um conjunto de ações voltadas para garantir que as pessoas não adoçam “(...) que elas se mantenham saudáveis, que tenham saúde né, quer dizer é o não doença (...)”.

GerG25VigC A gerente afirma que normalmente, na vigilância, se trabalha principalmente após a ocorrência da doença “(....) depois que a doença já ocorreu, você corre atrás pra mais gente não ficar doente”.

GerG26VigC A gerente aponta que, em geral, ainda não se consegue superar o conceito de vigilância à saúde, devido à focalização no controle de doenças, acreditando que se poderia planejar e se organizar para se desenvolver uma vigilância mais ampla, articulada à outras áreas, monitorando-se para garantir a saúde, considerando o modo e a qualidade de vida da população, e a alcançar a promoção da saúde “(....) Então eu acho que se a gente conseguisse trabalhar a questão da promoção da saúde né, da não doença, a gente de fato estaria fazendo vigilância”.

GerG27VigC A gerente considera o termo vigilância ultrapassado pois remete ao ato de vigiar, “(....) vigiando eu acho que já atrapalha né (....)”.

GerG28VigC A gerente considera que a vigilância à saúde não se caracteriza por ações pontuais realizadas após a ocorrência de surtos (catabagulho, colocação de caçambas, remoção do lixo, ação em escola), mas deve ser baseada em projetos de trabalho, a partir de informações sobre riscos e problemas de uma região, visando a construção de condições de vida e ambiente saudável através de trabalho intersetorial “(....) com as outras secretarias”, cita como exemplo a necessidade de se discutir o contrato do lixo em reunião do Distrito de Saúde.

GerG29VigC Segundo a gerente, o ideal para a vigilância à saúde, do ponto de vista teórico, seria que as diferentes áreas da vigilância (ambiental e epidemiológica, por exemplo) trabalhassem juntas, no mesmo espaço físico, mas na prática isso é difícil, pois envolve outras instâncias políticas e recursos “(....) trabalhar com o conceito de vigilância, seria trabalhar a vigilância na região do Butantã, junto com a Subprefeitura, junto com a Secretaria de Obras e Educação não é?”.

GerG30VigC A gerente ressalta a necessidade da cobrança de recursos para a vigilância à saúde, dada sua insuficiência “(....) a gente tem que cobrar, a gente não tem dinheiro pra nada” e a necessidade da população participar ativamente através do Conselho Gestor.

GerG31VigL A gerente aponta, que atualmente, usuários buscam identificar-se (representantes da população no Conselho Gestor) com os representantes do Governo e que a atuação dos Conselheiros reflete interesses pessoais, o que se constitui como problema atual para a participação da população na vigilância.

GerG32VigL A gerente atribui como causa da dificuldade na participação crítica da população junto ao Conselho Gestor, a falta de preparo e conhecimento, dos conselheiros e usuários dos serviços, sobre os princípios do SUS e sua história “(...) E o pessoal tem que entender o que é o SUS, da onde surgiu isso? Da onde que vem? A Constituição, a Lei do SUS, a população tem que entender no mínimo isso né”.

EnfAB1VigA As enfermeiras afirmam que, na UBS, todas elas atuam na vigilância cada uma respondendo pela sua área e as atividades incluem notificações de Doenças de Notificação Compulsória (DNC) visita domiciliar (vd), treinamento de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), orientam os funcionários, atuam em surtos, em creches, escolas, fazem bloqueios com vacinação, entram em contato com comunicantes, atuação em DST, tratamento supervisionado e busca ativa de TB, coleta de escarro, preenchimento de formulários, acolhimento, convocação de faltosos.

EnfAB2VigA/PT De acordo com as enfermeiras, os auxiliares e os agentes comunitários participam da visita domiciliar, que integra a vigilância.

EnfAB3VigA Segundo as enfermeiras os agentes comunitários fazem busca ativa de tuberculose “(...) eles saem com o potinho, por exemplo (...)”, informam a população quanto à prevenção de doenças (como dengue e outras), avisam as enfermeiras no caso de descolamento de famílias com tuberculose, participam de atividades grupais e comunitárias respondem dúvidas da população, que se refiram à vigilância, junto com os outros trabalhadores (médicos, enfermeiros) “(...) Tinha orientação, mostrar filme, folhetos, eles ficavam juntos com a gente” e atuam em mutirão para a cata de lixo.

EnfAB4Vig As enfermeiras afirmam que os agentes comunitários adquiriram prática em lidar com dengue e leptospirose “(...) de leptospirose e dengue eles são craques”.

EnfAB5VigA As enfermeiras mencionam que a SUVIS notifica casos de DNC e que a UBS atua com prontidão.

EnfAB6VigA Segundo as enfermeiras são realizadas ações sobre vigilância (controle de surtos e grupos educativos) no caso de meningite, leptospirose, rubéola, varicela, gripe, vacinação e diarreia.

EnfAB7VigA Segundo as enfermeiras as ações de vigilância são organizadas e acompanhadas pelas enfermeiras de acordo com suas respectivas áreas de responsabilidade das equipes “(...)TB é ela que vai tar acompanhando todo o tratamento, né, fornecendo medicação, VD, essas coisas”.

EnfAB8VigA A enfermeira ressalta que no acolhimento é feita busca ativa da tuberculose perguntando-se sobre febre, tosse, e os sintomas de todos os pacientes.

EnfAB9VigA Para as enfermeiras busca de casos de tuberculose ocorre “espontaneamente durante o acolhimento “(...) é que a gente faz, fez tanto treinamento, é tão espontâneo (...).”

EnfAB10VigA As enfermeiras referem que fazem o acolhimento, além dos médicos, e os últimos as respaldam.

EnfAB11Vig De acordo com as enfermeiras os pacientes com DSTs são encaminhadas para o serviço de DST/AIDS, e a UBS os acompanha através do agente comunitário e de vd “(...) perguntando se tá acompanhando, não tá acompanhando... por meio do agente, tem até VD de que precisa mais. As outras doenças (...).”

EnfAB12VigA As enfermeiras afirmam que as DSTs são captadas no acolhimento, na coleta de Papa Nicolaou e nas atividades grupo de papa e de adolescentes.

EnfAB13Vig As enfermeiras explicam uma situação de vigilância com Tuberculose ou com a descoberta de um caso novo .

EnfAB14VigP Para a enfermeira, a área de abrangência por equipe facilita as atividades de vigilância devido à possibilidade de ter algum tipo de controle, permite dar maior atenção ao paciente (que se sente mais vigiado), permite a convocação de faltosos, saber se o paciente foi internado pois o agente comunitário conhece a área.

EnfAB15PT As enfermeiras atuam em conjunto com outras equipes nas atividades de vigilância.

EnfAB16PT Segundo a enfermeira a articulação com outros serviços funciona bem, como no caso de pacientes com HIV positivo e pacientes com tuberculose.

EnfAB17VigA As enfermeiras afirmam que rotineiramente devem comunicar os dados de notificação via telefone

EnfAB18PT De acordo com as enfermeiras os casos diagnosticados em outra unidade vão para a UBS.

EnfAB19VigPT Segundo as enfermeiras as ações da vigilância são muito articuladas com todo o resto da unidade, “(...) não dá pra separar mais a vigilância de... do resto da unidade”. “(...) tá todo mundo envolvido, né, desde a recepção até, todos”. “(...) tem que tar envolvido”.

EnfAB20Vig Para as enfermeiras é necessário aproveitar as oportunidades na unidade para falar a respeito de doenças transmissíveis.

EnfAB21Vig As enfermeiras afirmam que as ações de vigilância não apresentam dificuldades, pois tudo é feito, exceto quando há necessidade de ir ao campo (fazer vd) quando há compromissos paralelamente na UBS.

EnfAB22PT Para a enfermeira, há certas atividades em campo (vd) que requerem urgência em termos de ação sendo necessário deixar as demais atividades para segundo plano, no caso de necessitar sair para o campo em intercorrências, há a cooperação entre enfermeiras e outros trabalhadores que estão no acolhimento.

EnfAB23VigL Segundo as enfermeiras, sair para o campo em decorrência de urgências de vigilância acarreta em dificuldade na UBS que fica com número reduzido de funcionários.

EnfAB24Vig A enfermeira considera a vigilância extremamente importante mas desconhece se hospital particular notifica casos.

EnfAB25PT A enfermeira afirma que há diferença no trabalho da vigilância na UBS e no hospital, pois neste, a família convocada não comparece e na UBS se “vai atrás da pessoa”, vai à escola, atua junto aos professores e afasta os suspeitos.

EnfAB25PT Segundo a enfermeira o contato do hospital público com a UBS é constante.

EnfAB26BVigP As enfermeiras consideram importantíssima a atuação da SUVIS que está sempre de prontidão para o esclarecimento de dúvidas delas e dos médicos, para atuarem em casos “sociais” (moradores de rua) isso as deixa estimuladas e facilita o trabalho.

EnfAB27VigP A enfermeira considera a SUVIS como um eixo no intercâmbio com o hospital particular.

EnfAB28VigC Para as enfermeiras vigilância quer dizer “(...) ser vigilante o tempo todo, não pode escapar nada (...)” incluindo a saúde é estar atento é promoção, prevenção e erradicação das doenças “(...) promoção da saúde, o tempo todo...”.

EnfAB29VigC Para as enfermeiras vigilância à saúde refere-se ao fato de que na saúde “(...) ta tudo muito interligado”, “o objetivo é a saúde...”.

EnfB1PT Segundo a enfermeira, há anos atrás, a notificação de casos era realizada por “quem tivesse disponibilidade” e que no momento formou-se comissão para tal.

EnfB2PT Segundo a enfermeira, integram a Vigilância: um médico, dois auxiliares e um enfermeiro.

EnfB3VigA Segundo a enfermeira, integram as atividades de Vigilância a vacinação e a atualização nas fichas-espelho, já que não há um controle de faltosos, além da realização de visitas domiciliares para os casos notificados e que não tiveram um encerramento, o DOTS para os pacientes com tuberculose e a vigilância de exames, e no caso de alteração se convoca os pacientes.

EnfB4PT Segundo a enfermeira está se montando um fluxo de organização interna, uma rotina, da vigilância, a partir dos levantamentos de casos.

EnfB5PT Segundo a enfermeira sempre há um profissional responsável pela vigilância na UBS: um enfermeiro, depois um auxiliar e em terceiro lugar um médico.

EnfB6VigA De acordo com enfermeira a vigilância é sempre acionada em situações de: acidentes de trabalho, de doenças de notificação compulsória (tuberculose, dengue, reações vacinais, sorologia).

EnfB7VigA Entre as situações sobre as quais a equipe desenvolve na vigilância, a enfermeira cita a tuberculose (principalmente na semana da tuberculose), a esquistossomose, e meningite em creche da região ocasião em que se realizou bloqueio, fornecida medicação profilática, elaborado relatório e manteve-se prontidão para outros eventuais casos.

EnfB8PT Segundo a enfermeira foi necessário contar com médico pediatra que não pertencia à comissão de vigilância para apoiar a cobertura de caso.

EnfB9PT A enfermeira considera que há desorganização entre as ações de vigilância e as outras atividades da UBS ainda que almeje articulação entre todas as equipes e funcionários da UBS.

EnfB10Vig A enfermeira considera que a vigilância é algo “(...) um pouco novo” para as pessoas que compõem a Comissão, já que nenhuma delas teve contato anterior com a vigilância.

EnfB11PT De acordo com a enfermeira há a tentativa de articular todos os funcionários, equipes, a direção da UBS e a própria SUVIS e ainda está se “(...) traçando um caminho (...)”.

EnfB12VigP A enfermeira exemplifica através do DOTS que a vigilância está sendo reconhecida na UBS pelo acompanhamento e vínculo formado entre a UBS e o paciente.

EnfB13VigP A enfermeira considera que há contínuo contato com a SUVIS, que é reconhecida pelo apoio que presta à UBS.

EnfB14PT A enfermeira menciona que o início das atividades de vigilância na UBS contou com o apoio de outra UBS da região, que ajudou no funcionamento e na tramitação de impressos.

EnfB15PT A enfermeira avalia que no início dos trabalhos de vigilância, com a ajuda da SUVIS, “Foi em trabalho em conjunto”.

EnfB16VigP Os aspectos que facilitam a vigilância, segundo a enfermeira são: ter uma Comissão para tal e ter acesso aos exames.

EnfB17VigP A enfermeira considera que o fato de ter uma pessoa responsável pela vigilância permite não perder casos “(...) se passar por mim, não vai passar pelo segundo, porque se passar, a falha é muito grande, né, então acho que isso ajudou muito, muito mesmo”.

EnfB18VigP A enfermeira considera que não há nenhum aspecto que limite a vigilância.

EnfB19VigPL A enfermeira avalia o SINAN como um sistema muito bom, ainda que burocrático.

EnfB20VigL A enfermeira considera que a necessidade de preencher vários formulários na vigilância dificulta o trabalho.

EnfB21VigC Segundo a enfermeira vigilância refere-se à vigiar, policiar, prevenir, tomar conta, estar atento, cuidar, conseguir encerrar casos novos.

EnfB22VigC Vigilância à Saúde, segundo a enfermeira, constitui-se em olhar e cuidar como um todo, “(...) o cuidar do ambiente, o cuidar para que ela não venha a ter nenhum problema de saúde, ou se ela já tiver, você precisa impedir o mais rápido possível”.

EnfB23VigC De acordo com a enfermeira, vigilância e vigilância à saúde referem-se à “mesma coisa”.

EnfB24Vig A enfermeira exemplifica uma situação de vigilância a partir de um caso de tuberculose pulmonar.

EnfB25PT Para a enfermeira, ainda que a UBS não tenha a “obrigação” com paciente portadora de tuberculose, porque não pertence à área de abrangência considera que: “ (...) como vigilância, não dá pra deixar passar. Em algum lugar a gente vai ter que pegar.

EnfB26PT A enfermeira considera que a UBS onde atua assiste à paciente com tuberculose de maneira apropriada, em relação ao trabalho desenvolvido em outra UBS.

EnfC1PT Segundo a enfermeira, os trabalhadores responsáveis pela vigilância na unidade onde atua são dois enfermeiros, uma auxiliar de enfermagem e dois auxiliares administrativos e a equipe que atua nas visitas domiciliares, composta por 6 “visitadores”.

EnfC2PT A enfermeira aponta que a vigilância na Unidade se organiza em conjunto com o setor de informática.

EnfC3VigA A enfermeira aponta que na unidade onde atua, são mais desenvolvidas ações relativas à vigilância clássica, entre as quais: doenças de notificação compulsória, vigilância do câncer de mama, cérvico uterino, vigilância de faltosos em vacina, varicela, vigilância de violência doméstica, e situações que são de notificação compulsória encaminhadas pela SUVIS (vigilância de recém-nascido com baixo peso, surtos de conjuntivite), além de outros a critério da equipe.

EnfC4VigA A enfermeira aponta que a investigação das doenças de notificação compulsória na unidade onde atua, é realizada de maneira diferenciada, com a preocupação de completar todas as informações epidemiológicas, transcendendo para a observação de aspectos ambientais, sociais e políticos da região.

EnfC5VigA A enfermeira afirma ocorrer ações de vigilância à saúde no interior dos programas, principalmente relacionada à educação.

EnfC6VigA Segundo a enfermeira, a equipe de vigilância centraliza questões específicas de vigilância (exemplo violência doméstica) e conduz discussões de casos junto à equipe da assistência programática, a fim de planejar em conjunto, as intervenções e encaminhamentos dos casos.

EnfC7VigA Segundo a enfermeira, a busca ativa ocorre somente em relação à tuberculose.

EnfC8PT A enfermeira aponta que a busca ativa de tuberculose já foi realizada sistematicamente na unidade onde atua, tendo se perdido ultimamente, o que será retomado na reestruturação do programa de tuberculose.

EnfC9VigC A enfermeira considera que a vigilância à saúde parte da “Vigilância Clássica” “(...) a vigilância clássica, ela permite isso, da gente fazer também uma vigilância à saúde, então acho que é um gancho. A gente fala: “Ah, vou fazer vigilância à saúde”, como se a vigilância à saúde saísse do nada”.

EnfC10VigP Segundo a enfermeira, o trabalho em equipe e a articulação com outras instituições e com a própria comunidade permite ampliar a investigação em vigilância.

EnfC11VigP A enfermeira considera que a centralização da vigilância confere riqueza ao trabalho, pelo fato da equipe se reunir e avaliar informações (leitura completa de prontuário, além de informações parcelares e outros) não visualizadas por outros setores, o que norteia o trabalho, e possibilita elaborar estratégias para intervenção e realizar vigilância à saúde de forma articulada, envolvendo, dentre outros, a pediatria, o setor de adulto, a vacina.

EnfC12Vig A enfermeira considera que a equipe poderia estar mais atenta às questões específicas do tratamento de pacientes portadores de doenças notificadas, articulando-se informações coletadas pelos diversos setores assistenciais.

EnfC13VigA Segundo a enfermeira, as atividades de vigilância realizadas na unidade são demandadas pela SUVIS e pelo próprio serviço (dos setores assistenciais) notificação, necessidades de palestras dentre outros.

EnfC14VigA A enfermeira aponta que na vigilância da unidade onde atua a comunicação/informação são fundamentais para sistematizar e informatizar os dados de atendimentos gerados no serviço e remete-lo (número de atendimentos e outras) aos setores que os geraram, a fim de se avaliar a qualidade do atendimento, gerenciar distribuição de vagas e requisitar recursos externos.

EnfC15VigL A enfermeira considera que há pouca articulação entre as ações de vigilância realizadas na unidade onde atua com outros serviços, pelo fato de cada instituição trabalhar, costumeiramente, no seu próprio território e, quando ocorre, a articulação se dá através da SUVIS (restringindo-se às tradicionais busca ativa e notificações).

EnfC16VigL A enfermeira considera que burocracia (preenchimento de impressos) dificulta o trabalho da vigilância e, muitas vezes, não há lógica epidemiológica.

EnfC17VigP Segundo a enfermeira, os manuais de vigilância (do Ministério da Saúde) sobre doenças (Tb e outros), facilitam uma vez que integra ações padronizadas.

EnfC18VigC A enfermeira considera que a vigilância possibilita conhecer situações de saúde alteradas, partindo do número de casos, para se elaborar estratégias de intervenção num determinado território.

EnfC19VigC A enfermeira acredita que a prática de vigilância à saúde inexistente, mas partiria da vigilância tradicional.

EnfC20VigC A enfermeira considera que a vigilância à saúde requer que os profissionais estejam próximos da população para conhecer sua dinâmica de vida, de saúde-doença e criar estratégias para melhoria das condições de vida e saúde, com a participação dos sujeitos (a população) e não a partir do “desejo” da instituição; para tanto, o trabalho precisa se dar em equipe.

EnfC21VigC Para a enfermeira a vigilância à saúde deve abarcar, através do trabalho multiprofissional, questões culturais, políticas, educacionais e de acesso (transporte) da população e, para isso, é necessário articular o setor saúde com os demais setores sociais “(...) você tem que tar muito bem sintonizado com a população pra poder traçar esse trabalho”.

EnfD1Vig Segundo a enfermeira, oportunidades de atualização em vigilância não vêm ocorrendo.

EnfD2Vig A enfermeira aponta que aprende a lidar com a vigilância conforme recebe orientações de outros profissionais no decorrer do trabalho.

EnfD3VigA/PT Segundo a enfermeira, o trabalho de vigilância é dividido entre as enfermeiras e integra o preenchimento do SINAN, o desenvolvimento de programas, investigação epidemiológica e as visitas domiciliares, com apoio das auxiliares de enfermagem nas últimas ações.

EnfD4PT A enfermeira afirma que nenhum trabalhador é referência para a vigilância na UBS.

EnfD5PT A enfermeira ressalta a não participação dos médicos nas ações de vigilância, os quais encaminham os pacientes com suspeita de doenças de notificação para as enfermeiras deflagarem o processo de vigilância.

EnfD6VigA A enfermeira aponta situações em que a vigilância é acionada a partir de notificações enviadas pela SUVIS, principalmente em situações urgentes (ocorrência de meningite, tuberculose, hepatite B, C e surto de dengue).

EnfD7VigA A enfermeira aponta um exemplo de intervenção em surto de dengue autóctone em que a SUVIS atuou em conjunto com os trabalhadores da UBS (busca ativa, notificação, orientações, coleta de exames), além da Zoonoses (coleta de lixo, investigação de focos de vetores) e com ações em escolas e creches.

EnfD8Vig Segundo a enfermeira, a UBS recebe demandas da SUVIS, em diferentes situações epidemiológicas que desencadeiam busca ativa de casos e ações de orientação à comunidade.

EnfD9PT A enfermeira destaca que a articulação do trabalho de vigilância da UBS com outras instituições e com a SUVIS ocorre em função de atualização de vacinas, cobertura de surtos (varicela) em creche, EMIs e escolas de caráter público e privado.

EnfD10Vig A enfermeira aponta que a SUVIS cobra tarefas relativas à vigilância.

EnfD11VigP Para a enfermeira, o que facilita o trabalho de vigilância na UBS é o fato de a SUVIS orientar diretamente como se deve atuar ou, indiretamente, através da disponibilidade de impressos de notificação, orientações padronizadas acerca das doenças de notificação compulsória (modo de transmissão, busca ativa de casos, notificação e formas de intervenção); disponibilidade de carro com motorista da SUVIS.

EnfD12VigL Segundo a enfermeira o que dificulta a vigilância é: não ter carro próprio da UBS para realizar as visitas domiciliares (vds), funcionário do sexo masculino para acompanhar as vds em alguns locais das favelas, encontrar os endereços (endereço fornecido é de outra pessoa, número fora de ordem, becos de difícil localização) e telefones errados (não pertencem a pessoa procurada).

EnfD13VigC Para a enfermeira, vigilância significa estar vigilante, procurar, verificar as possibilidades da doença se espalhar na região, prevenir e diminuir o número de casos.

EnfD14Vig/PT Segundo a enfermeira, os dados estatísticos são instrumentos que integram, a vigilância.

EnfD15VigC Segundo a enfermeira, vigilância à saúde está relacionada à prevenção de doenças, principalmente, através da adoção de hábitos saudáveis.

EnfF1Vig A enfermeira aponta que as oportunidades de abordagem do tema vigilância ocorriam, principalmente junto a grupo de tuberculose (discussão de casos, verificação de RX, esclarecimento de dúvidas) e, através de informações repassadas por colega de trabalho, e que atualmente, limita-se ao uso de impressos de vigilância epidemiológica, além de atualizações ofertadas pela SUVIS (imunização).

EnfF2PT Segundo a enfermeira, as atividades de vigilância são realizadas, principalmente pela enfermeira e pela gerente, mas também participam o restante da equipe: de enfermagem, os trabalhadores da recepção e médicos.

EnfF3PT A enfermeira afirma que os auxiliares/técnicos de enfermagem não participam de atividades externas de vigilância (visita domiciliar) devido ao reduzido quadro de pessoal.

EnfF4VigA A enfermeira aponta que as atividades de vigilância na unidade onde atua incluem: consulta de enfermagem, monitoramento da retirada mensal de medicamentos, consulta médica, controle de faltosos, monitoramento do tratamento, composição e envio de relatório mensal à UVIS (tuberculose), notificação de doenças de notificação compulsória, convocação do paciente e parceiros para tratamento (VRDL positivo, Hepatite B), visita domiciliar, investigação do foco e condições de moradia, coleta de exames, monitoramento da evolução dos pacientes (dengue, leptospirose), detecção e acolhimento de pessoas com suspeita de DST, tuberculose e infecção em úlceras de pele em diversos espaços da UBS (recepção, procedimentos de enfermagem).

EnfF5Vig A enfermeira afirma que, na UBS onde atua, as ações de vigilância demandadas pela SUVIS vão sendo realizadas “na medida do possível”.

EnfF6VigL A enfermeira avalia que uma das dificuldades da vigilância é o fato de não dispor de uma equipe específica para as ações de vigilância.

EnfF7Vig A Segundo a enfermeira, as atividades de vigilância que funcionam com fluxo pré-estabelecido integram o programa de controle da tuberculose “(...) acho que por conta de que é um programa muito antigo” e a porta de entrada do usuário é a consulta médica.

EnfF8PT A enfermeira aponta que a articulação da UBS com a SUVIS ocorre: quando médicos apresentam dúvidas, a depender do caso comunicam-se por telefone, ou utilizam-se de manuais, e/ou relatórios), comunicação semanal devido à notificação negativa de sarampo (por telefone).

EnfF9PT A enfermeira afirma que a comunicação entre a equipe na UBS, sobre atualizações de ações de vigilância ocorre através de memorandos enviados pela SUVIS, veiculados pela enfermeira ou pela gerente da unidade.

EnfF10Vig A enfermeira menciona uma situação de doença notificação de compulsória para relatar um exemplo de vigilância.

EnfF11VigL A enfermeira menciona um caso de hepatite em uma família e lamenta a precariedade nas condições de vida (moradia, higiene, dificuldade financeira, etc) que resultam em doenças, apontando ainda, a dificuldade de prevenir doenças e ter higiene adequada.

EnfF12PT A enfermeira considera que mesmo com as dificuldades de quadro de pessoal reduzido, a equipe de saúde faz um bom trabalho (perguntam aos doentes, estão alertas e prestam atenção em situações que possam ser de vigilância).

EnfF13PT A enfermeira aponta que situações que envolvem vigilância são captadas por funcionários da recepção e da enfermagem.

EnfF14VigL A enfermeira refere que a articulação com outros serviços, em geral não ocorre, mencionando as dificuldades de articulação entre o serviço privado e unidades particulares (mesmo públicas), devido à falta de informação.

EnfF15VigP A enfermeira considera que a participação da enfermagem e dos demais trabalhadores atentos à vigilância facilita o trabalho.

EnfF16Vig A enfermeira avalia que, para facilitar a vigilância, seria necessária participação de todos os médicos da UBS no preenchimento da ficha de notificação (completa e adequadamente) das doenças.

EnfF17VigL/PT A enfermeira aponta que os médicos consideram a ficha de notificação compulsória muito extensa, por isso, na maioria das vezes, falham na notificação, ficando a cargo da enfermagem “cobrar” a realização dessa atividade.

EnfF18VigL Segundo a enfermeira, uma das dificuldades na vigilância, é a centralização das ações de vigilância na figura de um único trabalhador, principalmente a enfermeira, com o prejuízo do atendimento ao usuário na falta desse profissional.

EnfF19VigL A enfermeira considera que a falta de compromisso dos trabalhadores, decorrente do insuficiente esclarecimento sobre a importância da vigilância, dificulta a vigilância.

EnfF20VigL A enfermeira lamenta que o número reduzido de recursos humanos limita o trabalho da vigilância, principalmente para a realização da visita domiciliar “(...) nós não temos aqui o PSF né (...) não dá mesmo pra gente sair da unidade às vezes pra eu tirar uma auxiliar da unidade tem que fechar a parte da vacina (...) tem que fechar a farmácia, eu não posso fazer isso (...) e isso não é só nesse posto são em todos os postos”.

ENFF21PT A enfermeira aponta que trabalhar como enfermeira em UBS requer atenção e observação dos usuários para captar doenças de notificação compulsória e intervir, incluindo ações educativas (em sala de espera, escolas).

ENFF22Vig Segundo a enfermeira, a vigilância epidemiológica devia ser informada às crianças na escola, enfocando-se as doenças de notificação compulsória (patologia, transmissão, prevenção) e este seria o primeiro passo das ações de vigilância.

ENFF23VigP A enfermeira acredita que a vigilância pode ser desenvolvida, não só na UBS, mas em todos os espaços possíveis em que se observa a suspeita de alguma doença “(...) todo profissional da saúde ele não faz vigilância só no posto, faz no ônibus faz na fila do banco né e orienta em todo lugar”.

ENFF24PT A enfermeira considera que o papel primordial do enfermeiro é a orientação.

ENFF25VigC Segundo a enfermeira, a vigilância à saúde parte da observação de sinais e sintomas que podem estar relacionados à doenças de notificação compulsória, e pode se estender aos cuidados à saúde à outras questões visando a melhoria da saúde e o bem estar.