

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

“Assistir” e “vigiar”

**As ações da Vigilância Epidemiológica na
Unidade Básica de Saúde.
Situação atual e perspectivas**

Luzia Márcia Romanholi Passos

**Ribeirão Preto
2003**

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

“Assistir” e “vigiar”

**As ações da Vigilância Epidemiológica na
Unidade Básica de Saúde.
Situação atual e perspectivas**

Luzia Márcia Romanholi Passos

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do Título de Doutor em Enfermagem em Saúde Pública, junto ao Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública, inserida na Linha de Pesquisa: Práticas, Saberes e Políticas de Saúde

**Orientadora: Prof^a Dr^a Tereza Cristina Scatena
Villa**

**Ribeirão Preto
2003**

FICHA CATALOGRÁFICA

Passos, Luzia Márcia Romanholi

Assistir e vigiar: As ações da Vigilância Epidemiológica na Unidade Básica de Saúde. Situação atual e perspectivas. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, 2003.

216 p.: il.; 30cm.

1. Vigilância epidemiológica. 2. Prestação de cuidados de saúde.

“Um velho peregrino estava a caminho das montanhas do Himalaia, no cortante frio do inverno, quando começou a nevar.

Disse-lhe o dono de uma hospedaria:

- Como conseguirá chegar lá com este tempo, meu bom homem?

- O velho respondeu alegremente:

- Meu coração chegou lá primeiro... Desse modo, é fácil para o resto de mim segui-lo.”

Especialmente:

*À minha irmã, **GÓIA...***

ao ontem, que vivemos juntas...

ao hoje, que vive em meu coração...

amorosas lembranças.

Dedico este trabalho:

À Clara, Giovanna e Lia...

*Minhas filhas, razão maior da minha vida...
Com vocês tenho aprendido a entender as singularidades de cada um.
Na esperança de incentivá-las à busca de seus sonhos.*

Ao Eduardo...

*Por estar ao meu lado sempre, compartilhando dos meus ideais e ensinando-me,
de forma muito especial, a compreender os desafios que enfrentamos no decorrer
da vida.*

Aos meus pais, Antônio (in memoriam) e Elza...

*Por terem me ensinado a enfrentar os obstáculos da vida com responsabilidade
e a compreender que o afeto e cuidado para com a vida dos outros são
sentimentos imprescindíveis para que consigamos viver num mundo melhor.*

Aos meus irmãos Táta, José Luiz e Dalva...

*com quem quero dividir a alegria de ter concluído mais uma etapa na minha
formação profissional. Significam para mim apoio, estímulo e afeto. Recebam a
minha gratidão.*

Agradecimentos Especiais:

A Deus, que cuida de mim.

Aos funcionários das Unidades Básicas de Saúde pesquisadas, que se dispuseram a contribuir com esse estudo, pela disponibilidade com que me receberam.

Sou grata a inúmeras pessoas e instituições que me possibilitaram encontrar e a percorrer os caminhos deste estudo. Gostaria de mencionar de modo especial:

A Prof. Dra. Tereza Cristina Scatena Villa, por ter me acolhido na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto e aceitado a orientação desse estudo. Obrigada por tudo.

A Maria do Carmo G. G. Caccia Bava, com quem tenho o privilégio de conviver há vários anos, numa convivência pautada pela amizade, admiração, e principalmente pelo amor fraterno. Muito obrigada pela disponibilidade, competência e carinho com que me ajuda nas diversas dificuldades e especialmente por ter me ajudado em um momento de grande dificuldade durante a realização desse estudo.

A Roseli Santiago, Ana Alice e Cila pelas contribuições nas discussões do instrumento de coleta de dados, pelo apoio e por compartilharem da minha intenção maior na realização deste estudo, em busca de um modelo de Vigilância Epidemiológica, pautado em ações que vigiem, de fato, a vida.

A equipe de Vigilância Epidemiológica do Centro de Saúde Escola: Ângela Serafim, Rosana, Iara, Valéria e Hercília por terem me substituído nas minhas atividades profissionais durante as ausências necessárias para a condução desse estudo. Obrigada pelo apoio, estímulo e carinho nos diversos momentos desse meu caminhar. Especialmente, a Rosana pelas indas e vindas.

A Maria Cristina J. Ferrari, com quem aprendo cotidianamente a lutar por aquilo que se acredita, na defesa de um projeto de trabalho sério, ético e comprometido com a qualidade da assistência. Obrigada pela ajuda na coleta de dados e pelo cuidado que tem por mim.

Ao Dr. Amaury L. Del Fabbro, por sua valiosa contribuição neste trabalho, por ocasião do Exame de Qualificação e na fase final do mesmo. Por tudo que tem me ensinado, possibilitando reflexões e revisões sobre a Vigilância Epidemiológica e a Saúde Pública.

*A **Dr. Antonio Ribeiro Franco**, diretor do CSE, por oportunizar e valorizar a formação acadêmica de seus funcionários, apoiando e autorizando algumas ausências necessários para a realização do estudo. Muito obrigada.*

*A **Daisy Leslie S. Gomes e a Cecília Puntel**, por tudo que me ensinaram na enfermagem e na saúde pública. Por vocês tenho muita admiração e carinho.*

*Ao **Dr. Afonso Diniz da Costa Passos**, agradeço por ter me ajudado no início do desenvolvimento dessa pesquisa, a refletir sobre o trabalho na Vigilância Epidemiológica, no qual para mim, é referência.*

*A **Prof. Dra. Silvana Mishima** pela importante colaboração por ocasião do Exame de Qualificação dessa pesquisa. Sou especialmente grata, a sua grande contribuição naquele momento.*

*A **Dra. Aldaísa C. Forster e ao Dr. Pedro F. Palha** pelas valiosas contribuições na fase final dessa produção.*

*A **Zezé Bistafa**, pelo muito que me ensina, com sua prática profissional comprometida com a luta por um serviço público de saúde de qualidade em defesa da vida. Obrigada por me acolher.*

*Ao **Dr. Luis Carlos Raya**, por ter permitido a realização desse estudo nas Unidades Básicas de Saúde da Secretaria Municipal da Saúde.*

*Ao **Dr. Artur Watanabe**, pela nossa convivência profissional no trabalho na saúde pública e por ter aceitado fazer parte da discussão final do estudo.*

*A equipe de Vigilância Epidemiológica da SMS, **Marisa, Edimeire, Luísa, Sueli, Rosângela, Selma, Ana Maria, Silvia, Beth, Heloísa, Jordana, Betinha e Iara**, pelas contribuições nas discussões sobre o trabalho, pelo estímulo, interesse e apoio.*

*Aos amigos do Centro de Saúde Escola, **Maria, Célia, Vera Grine, Cristina Correia, Vera Vesoli, Ivana, Daniela, Andreia, Marivone, Guiomar, Sebastiana, Silvia Rehder, Cecília, Arlete, Carmen, Maria Alice, Jeferson, Lenita, Mônica, Maria José, Simara, Maria Helena e Danusa**, com quem divido as tarefas da assistência à saúde aos usuários, obrigada pelo apoio, incentivo, e pelo carinho que guardam por mim.*

*A **Sonia Camila, Fernando Silveira e Silvia Matumoto** pela nossa convivência profissional nos diferentes caminhos da saúde pública, na construção de projetos de trabalho por uma saúde melhor.*

*Ao **Dr. Celso Souza de Paula**, pela amizade e disponibilidade em me atender sempre.*

*As pessoas que me ajudaram tecnicamente: **Maria do Socorro**, na revisão ortográfica e gramatical; **Maria Bernadete Malerbo**, na revisão bibliográfica; **Carolina Tomazella**, na revisão do resumo em inglês, **Susana Segura** na confecção do resumo em espanhol, **Jesinho Mantoanelli** pelo notebook, **Elaine** da SMS pela ajuda com os dados do Sinan e a **Adriana Amaro** pela dedicação na revisão da digitação e formatação final desse estudo.*

*Aos funcionários da EERP-USP, **Kethleen, Sandra, Marta, Déo, Lourdes, Olânia, Augusto, Andréia** pela atenção e colaboração com que sempre me atenderam.*

*Ao **Roberto e a Carolina**, que conviveram com meus livros e material bibliográfico por meses. Obrigada por terem me ajudado a vencer o problema de espaço para estudo.*

*A **Angela T. Tomazella e Paula**, providencialmente nós nos encontramos, e vocês não mediram esforços nos momentos que precisei de ajuda.*

*Aos meus **familiares e amigos**, que se preocuparam comigo durante a realização desse estudo, me dirigindo palavras carinhosas de apoio e estímulo, ajudando sob as mais diferentes formas, a minha fraterna gratidão.*

*A **todas as pessoas** que não foram citadas, mas que contribuíram para a realização desse estudo, o meu sincero agradecimento.*

Sumário

<i>Resumo</i>	
<i>Abstract</i>	
<i>Resumén</i>	
Introdução.....	01
1 Apresentando o referencial teórico e construindo o objeto de estudo.....	08
1.1 O referencial teórico.....	08
- A rede básica e os modelos assistenciais.....	08
- A Vigilância Epidemiológica como prática de saúde pública.....	29
1.2 Construindo o objeto de estudo.....	44
2 Metodologia.....	59
2.1 O campo da investigação.....	61
2.2 O local de estudo.....	63
2.3 A população de estudo.....	66
2.4 A coleta de dados.....	68
2.5 Fontes documentais.....	70
2.6 Aspectos éticos.....	70
2.7 A análise do material empírico	71
2.8 A construção das categorias empíricas	74
3 O contexto da Vigilância Epidemiológica no município de Ribeirão Preto..	77
3.1 A constituição do Serviço de Vigilância no âmbito municipal.....	77
3.2 A desarticulação.....	88
3.3 O desconhecimento.....	92
4 Discussão.....	97
4.1 Controlar e prevenir.....	97
4.2 Assistir e vigiar.....	107
5 Considerações finais.....	187
6 Referências	199
<i>Apêndices</i>	
<i>Anexos</i>	
<i>Bibliografia Consultada</i>	

Siglas

- VE** - *Vigilância Epidemiológica*
- UBS** - *Unidade Básica de Saúde*
- DNC** - *Doença de Notificação Compulsória*
- RP** - *Ribeirão Preto*
- SUS** - *Sistema Único de Saúde*
- NOAS** - *Norma Operacional da Assistência à Saúde*
- NOB** - *Norma Operacional Básica*
- OPAS** - *Organização Pan-Americana de Saúde*
- OMS** - *Organização Mundial da Saúde*
- SILOS** - *Sistemas Locais de Saúde*
- CDC** - *Centers for Diseases Control*
- SVE** - *Sistema de Vigilância Epidemiológica*
- UBDS** - *Unidade Básica e Distrital de Saúde*
- SMS** - *Secretaria Municipal de Saúde*
- SINAN** - *Sistema Nacional de Agravos Notificáveis*
- SES-SP** - *Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo*
- SIVE** - *Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica*
- DIR-18** - *Direção Regional de Saúde nº 18*
- FMRP** - *Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo*
- DST** - *Doença Sexualmente Transmissível*
- CVE** - *Centro de Vigilância Epidemiológica*
- SP** - *São Paulo*

Lista de Quadros

Quadro 1 – <i>Da atenção médica primária à assistência primária à saúde.....</i>	21
Quadro 2 – <i>Total de atendimentos realizados pela equipe médica e de enfermagem nas Unidades Básicas de Saúde estudadas no ano de 2002.....</i>	65
Quadro 3 – <i>Perfil da equipe de saúde das Unidades de estudo, segundo categoria profissional.....</i>	66
Quadro 4 – <i>Caracterização dos trabalhadores entrevistados no nível local, segundo formação profissional e outros aspectos profissionais.....</i>	67
Quadro 5 – <i>Disposição da fala dos trabalhadores, segundo a categoria profissional e a Unidade Básica de Saúde</i>	73
Quadro 6 – <i>Demonstrativo das principais notificações recebidas em 2002, de pacientes residentes em RP, segundo Unidade Notificadora.....</i>	82
Quadro 7 – <i>Distribuição dos casos de dengue no município de Ribeirão Preto, segundo mês de ocorrência, no período de 2000 a 2003.....</i>	84
Quadro 8 – <i>Distribuição de casos confirmados de DNC, no município de Ribeirão Preto, no período de 1999 a 2000.....</i>	85
Quadro 9 – <i>Cobertura vacinal em menores de 1 ano no município de Ribeirão Preto, segundo área distrital.(2002).....</i>	87

Resumo

Passos, L.M.R. “Assistir” e “vigiar”: As ações da Vigilância Epidemiológica na Unidade Básica de Saúde. Situação atual e perspectivas. 2003. p. 216. Tese de Doutorado – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Historicamente, o Sistema de Informações de Doenças de Notificação Compulsória tem sido o principal instrumento da Vigilância Epidemiológica. As doenças que vêm compondo este Sistema têm sido aquelas que podem colocar em risco a saúde das coletividades e, tradicionalmente, vem se restringindo às doenças transmissíveis, ainda que no Guia vigente estejam incorporados outros agravos e algumas doenças crônico-degenerativas, como câncer e diabetes. As subnotificações se constituem em uma das principais dificuldades para a Vigilância Epidemiológica, com causas variadas que apontam sobretudo para a forma de organização dos serviços de saúde. A discussão e implantação de novos modelos assistenciais podem contribuir para esta problemática, à medida que atenderem à proposta de transformação dos atuais sistemas de atenção a doenças, num sistema de vigilância da saúde, conseqüentemente de atenção a vida. A rede básica de saúde, como o local que se constitui na principal porta do sistema de saúde, onde se destaca de forma crescente, não só a prestação de assistência médica, mas sua organização em modalidade de pronto-atendimento, se constitui também no local de atendimento das doenças de notificação compulsória. Assim, para a realização deste estudo, elegemos o trabalho na Unidade Básica de Saúde, buscando analisar como se conforma a prática da Vigilância Epidemiológica na Unidade Básica de Saúde no contexto do SUS, segundo o entendimento dos trabalhadores do nível local. Foram escolhidas cinco Unidades Básicas de Saúde, segundo o critério de produção de atendimentos e foram utilizadas entrevistas semi-estruturadas para apreensão do objeto de estudo junto aos trabalhadores escolhidos por sorteio, sendo um médico, um enfermeiro, um trabalhador do nível médio e o gerente de cada local de estudo escolhido, totalizando 20 sujeitos. Não houve agrupamento por categoria profissional. Os resultados evidenciaram dois significados para a prática da vigilância epidemiológica: controlar e prevenir, das doenças e agravos infecciosos, e a compreensão como uma prática de assistir e vigiar, quando a identifica como uma prática necessária aos serviços de saúde, que possibilita um outro modo de agir em saúde, contribuindo para a integralidade da atenção preconizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e implicando numa mudança na forma de organização da atenção à saúde. Apontamos para a implementação da descentralização das ações de vigilância epidemiológica para o nível local, como perspectiva desse novo modo de agir em saúde, pautado num permanente “vigiar”, para articular ações promocionais, preventivas e curativas, redefinindo o processo de trabalho em saúde.

Abstract

Passos, L.M.R. Care and Vigilance. The actions of Epidemiological Surveillance at Basic Health Units. Actual situation and perspectives 2003 p. 216. Doctoral Tesis – University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing.

Historically, the Information System of Compulsory Notification Diseases has been the main instrument of Epidemiological Surveillance. The diseases that are part of this system have been those that can cause risk to the collective health and, traditionally, are restricted to the transmissible diseases, even though that in the present Guide other circumstances and some chronic degenerative diseases such as cancer and diabetes are incorporated. The sub notifications are one of the main difficulties faced by Epidemiological Surveillance, with varied causes that especially indicate the organization of health services. The discussion and implementation of new care models can contribute to overcome this problem, while adopting the proposal of transforming the present health care system to a system of Health Surveillance, and consequently a system of life care. The Basic Health Network is the place that represents the main access to the health system and where is growing the emphasis not only on medical care but also on its organization as emergency care. Therefore, the Network is the place of care and compulsory notification of diseases as well. Thus, this study was developed in Basic Health Units. The purpose of this work is to analyze how the practice of Epidemiological Surveillance, in Basic Health Units, is performed according to the understanding of local workers. Five Basic Health Units were chosen in the Municipal Health System of the city of Ribeirão Preto, considering the criterion of care production. To achieve this goal, the author used semi-structured interviews conducted with the workers, such as a doctor, a nurse, a nursing assistant and a manager chosen at random in every place of the study, totalizing 20 subjects. They were not divided in professional categories. Results evidenced two meanings to the practice of Epidemiological Surveillance: to control and to prevent, when surveillance is understood as a restricted action to control infectious diseases; and the understanding of care and vigilance, when they are identified as necessary practices to health services, contributing to an integral care, as it is recommended by the Unified Health System in Brazil (SUS), implying a change in the organization of health care. The author recommended the decentralization of the epidemiological Surveillance actions in a local space, as a perspective for that new way of acting in health, guided by a permanent “vigilance” and the communication of promotion, prevention and curative actions, redefining the health work process.

Resumen

Passos, L.M.R. “Atender y vigilar” las acciones de la Vigilância Epidemiológica en la Unidad Básica de salud. Situación actual y perspectiva. 2003. p. 216. Tesis de Doctorado – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo.

Historicamente, el Sistema de Informaciones de Enfermedades de Notificación Obligatoria ha sido el principal instrumento de la Vigilancia Epidemiológica. Las enfermedades que han compuesto este Sistema han sido aquellas que pueden poner en riesgo la salud de las colectividades e, tradicionalmente, se han restringido a las enfermedades transmisibles, aunque en la Guía vigente estén incorporadas otras molestias y algunas enfermedades crónico-degenerativas, como cáncer y diabetes. Las subnotificaciones constituyen una de las principales dificultades para la Vigilancia Epidemiológica, con causas variadas que apuntan sobretodo para la forma de organización de servicios de salud. La discusión e implementación de nuevos modelos asistenciales pueden contribuir para esta problemática, en la medida que atiendan la propuesta de transformación de los actuales sistemas de atención a las enfermedades, en un sistema de vigilancia de la salud, consecuentemente de cuidado de la vida. La Red Básica de Salud, donde se destaca, y de forma creciente, no solo la oferta de asistencia médica, sino también su organización en la modalidad de consulta externa, se constituye también en el local de atención de las enfermedades de notificación obligatoria. Así, para la realización de este estudio, elegimos el trabajo en la Unidad Básica de Salud, buscando analizar como se conforma la práctica de la Vigilancia Epidemiológica en la Unidad Básica de Salud en el contexto del Sistema Único de Salud (SUS), según el entendimiento de los trabajadores de nivel local. Fueron seleccionadas cinco Unidades Básicas de Salud, según el criterio de producción de atención. Fueron utilizadas entrevistas semi-estructuradas para aprehensión del objeto de estudio junto a los trabajadores seleccionados por sorteo, siendo un médico, un enfermero, un trabajador de nivel medio y el gerente de cada local de estudio, totalizando 20 individuos. No hubo agrupación por categoría profesional. Los resultados evidenciaron dos significados para la práctica de la vigilancia epidemiológica: el primero, controlar y prevenir, cuando comprenden la vigilancia como acción restringida para las medidas de control de las enfermedades y problemas infecciosos, y segundo, como una práctica de cuidar y vigilar; cuando es identificada como una práctica necesaria a los servicios de salud, que posibilita un modo diferente de actuar en salud, contribuyendo para la integración de la atención preconizada por el SUS, e implicando en un cambio en la forma de organización de la atención a la salud. Consideramos la implementación de la descentralización de las acciones de vigilancia epidemiológica para el nivel local, como perspectiva de ese nuevo modo de actuar en salud, pautado en un “vigilar” permanente, para articular acciones de promoción, prevención y curación, redefiniendo el proceso de trabajo en salud.

Introdução

Introdução

Discutir e buscar formas alternativas para o desenvolvimento da assistência à saúde tem se constituído em pauta permanente nas agendas das organizações governamentais e não-governamentais, bem como das instituições formadoras e de serviços da área da saúde, sob diferentes enfoques.

Esta pauta em comum nos coloca ao lado daqueles que se preocupam em apresentar contribuições para enriquecer as intervenções no cotidiano, possibilitando novas formas de operar os serviços de saúde, bem como na de produzir e distribuir as ações de saúde, direcionando o nosso olhar para a realidade desses serviços, suas formas de organização, suas práticas, o que nos remete a Campos (1997, p.60) quando nos convida para “reforçar os movimentos que procuram redefinir o papel dos profissionais e dos serviços de saúde”.

Nossa experiência profissional como trabalhadora da área da Saúde, especificamente na área de saúde pública, nos instiga a aceitar este convite e este desafio. A vivência das dificuldades concernentes à realização do trabalho, principalmente com a defesa do atendimento à saúde das pessoas, sempre nos motivou a refletir e a perceber criticamente a realidade do cotidiano.

Ao vivenciar a prática cotidiana do trabalho em saúde, temos refletido sobre alguns aspectos que ora são causas, ora efeitos dos principais problemas que emergem no cotidiano da Unidade Básica de Saúde (UBS).

A compreensão e a explicação dessa realidade e suas circunstâncias, seu movimento dinâmico e contraditório nos impulsionam a ser agentes na construção desse conhecimento.

O Programa de Pós-Graduação de Mestrado e atualmente de Doutorado atendeu de certa forma a essa inquietação gerada na prática do trabalho em saúde e nos propiciou uma reflexão mais sistematizada dessa realidade.

Assim, como atualmente nossa área de atuação é a Vigilância Epidemiológica (VE), apresenta-se o grande imperativo de alçar vôo para além dos espaços “tradicionais” desta área, acreditando que o tipo de trabalho chamado “vigilante” deve acontecer em todas as áreas do Serviço de Saúde, originando um outro modo de agir em saúde .

Neste estudo buscamos mostrar isso, através da proposta de desvendar, no cotidiano da Unidade Básica de Saúde, a compreensão de seus trabalhadores sobre a prática da vigilância epidemiológica.

A nossa própria prática cotidiana, como enfermeira da Vigilância Epidemiológica, tem sido permeada pela preocupação com as dificuldades encontradas junto ao trabalho com as Unidades Básicas de Saúde no tocante ao atendimento das doenças de notificação compulsória e à realização da tão esperada notificação de doenças.

Concordando com Merhy (1997, p. 135) quando coloca que “...o cotidiano é uma ótima matéria prima para se trabalhar a realidade e criar o novo”, nos propomos estudar uma parte dessa “matéria-prima”, representada pelo cotidiano da Unidade Básica de Saúde, que compõe a assistência às necessidades de saúde da população, objetivando conhecer como os

trabalhadores das UBSs entendem a prática da vigilância epidemiológica, conhecendo suas opiniões e pensamentos sobre tal prática.

O interesse por esse tema apresenta-se, pois, além dele constituir-se na nossa área de atuação profissional cotidiana, é palco de uma série de problemas concretamente enfrentados pelas equipes de saúde que atuam tanto do nível local quanto do Serviço de Vigilância Epidemiológica no nível central e distrital do município. Somado a isso, há o nosso compromisso em contribuir para a construção de um outro modo de agir em saúde, trazendo à luz as experiências e vivências dos trabalhadores da UBS, ao atenderem pacientes com doenças de notificação compulsória.

A literatura produzida no período de 1999 a 2002 pesquisada no LILACS e MEDLINE, referente a palavra-chave vigilância epidemiológica, aponta cerca de 300 estudos que discutem as ações propriamente ditas da Vigilância Epidemiológica, em ocasiões de surtos e epidemias de Doenças de Notificação Compulsória, atendidas em determinados serviços de saúde, municípios, bairros, etc. São discussões centradas, prioritariamente, na definição de casos, na análise de dados de morbidade, nos sistemas de informação ligados à Vigilância, na descrição e análise destes sistemas, e em geração de informações epidemiológicas sobre mortalidade. Não encontramos trabalhos indexados que abordam a prática da VE no cotidiano dos serviços de saúde da rede básica.

Procedendo a nova revisão bibliográfica, no período de 1997 a 2002, tendo como palavra-chave Unidade Básica de Saúde, encontramos diversos trabalhos, com os mais variados temas, como programas na Unidade Básica, características de demandas atendidas, avaliação do trabalho de algumas

categorias, e, mais uma vez, nenhum estudo que tratasse das ações de vigilância epidemiológica na Unidade Básica.

Como justificativas para a realização do presente estudo, podemos assim apresentar:

- ✓ uma (re)discussão sobre as ações da vigilância epidemiológica desenvolvidas nas UBSs, como uma potencialidade para a assistência integral, não fragmentada e com qualidade.
- ✓ uma contribuição para o entendimento do cotidiano do trabalho da UBS, facilitando a interação Vigilância Epidemiológica/Serviço de Saúde, minimizando as dificuldades de comunicação entre as duas instâncias, no tocante aos dados elaborados pela VE e as informações colhidas na UBS.
- ✓ uma contribuição para a discussão das propostas de implantação de um novo modelo de atenção à saúde, pautado não apenas no cuidado individual, mas preocupado com as questões coletivas que se apresentam também nos processos individuais de doença, contemplando a vigilância da saúde .
- ✓ uma contribuição para a discussão da descentralização das ações de vigilância para o nível local no município de Ribeirão Preto, pautada num novo modo de agir em saúde, que contemple um permanente “vigiar” .

Iniciamos nossa investigação apresentando, no primeiro capítulo, o quadro teórico que nos alicerça. Fomos buscar na Vigilância Epidemiológica como prática de Saúde Pública e na discussão dos Modelos Assistenciais para a atenção básica a nossa fundamentação teórico-conceitual. Num segundo momento, construímos o nosso objeto de estudo, que contempla as nossas inquietações: as questões centrais, os pressupostos e objetivos do trabalho.

No segundo capítulo, discorremos sobre o caminho metodológico, mostrando o percurso desenvolvido para atingirmos o objetivo do estudo. Destacamos nossa opção pelo método de pesquisa qualitativa, num estudo do tipo descritivo.

No terceiro capítulo, expomos o contexto da Vigilância Epidemiológica no município de Ribeirão Preto.

No quarto capítulo, apresentamos os resultados da pesquisa, apontando as duas categorias empíricas que emergiram do tratamento do material empírico: a primeira delas, “Controlar e prevenir”, indica um entendimento da prática da vigilância voltada para ações técnicas de controle e prevenção; a segunda, “Assistir e vigiar” traduz a interface da prática da vigilância inserida no atendimento da UBS, o modelo de atenção que norteia as práticas de saúde e a perspectiva de mudança na organização das ações de vigilância epidemiológica no nível municipal através da sua descentralização para o nível local.

No quinto e último capítulo dessa produção, apresentamos as nossas considerações finais frente a todo o estudo desenvolvido.

Ao finalizarmos esta breve introdução, evocamos o escritor e psicanalista Rubem Alves, que num de seus livros relatou sua própria história de menino, quando foi capaz de construir uma “maquineta” de roubar pitangas, para atender ao seu desejo de experimentar as frutas vermelhas convidativas do pomar do vizinho. Nesta história, ele diz “se eu não tivesse visto e desejado as ditas frutinhas, minha máquina de pensar teria permanecido parada...”. Em outras palavras, não basta ter o desejo por algum objeto, é preciso ir buscá-lo, “ir atrás”, sendo que é nesta busca que se constrói o conhecimento. O conhecimento nasce então da busca do objeto do desejo. Ao

terminar o texto deixa a instigante frase de que “toda tese acadêmica deveria ser isso: uma maquina de roubar o objeto que se deseja...”

1 Apresentando o referencial teórico e
construindo o objeto de estudo

1 Apresentando o referencial teórico e construindo o objeto de estudo

1.1 O referencial teórico

Nosso estudo tem como objeto a prática da Vigilância Epidemiológica, no tocante às suas ações, realizadas no âmbito das Unidades Básicas de Saúde.

Para construir este objeto – a prática da Vigilância Epidemiológica na Unidade Básica de Saúde – entendemos ser necessário que se identifique o contexto histórico e a conformação da rede básica de saúde no Brasil, onde o nosso objeto e cenário estão inseridos, bem como entender e conhecer a conformação histórica da prática da vigilância epidemiológica como uma prática de Saúde Pública.

A rede básica e os modelos assistenciais

A constituição e as transformações da rede básica no Brasil refletem as políticas de saúde desenvolvidas nas últimas décadas, tendo como marcos o movimento da Reforma Sanitária Brasileira, a VIII Conferência Nacional da Saúde, a Constituição de 1988, a promulgação da Lei Orgânica da Saúde nº 8080/90, criando o Sistema Único de Saúde.

Apresentando o referencial teórico e construindo o objeto de estudo

Dentre as políticas traçadas, um dos grandes desafios presentes na reorganização do sistema de saúde no Brasil tem sido o de reestruturar sua Rede Básica para a produção de ações e serviços que atendam às necessidades de saúde da população, com eficácia, na utilização de recursos, efetividade nos resultados e capacidade de contribuir para elevação dos níveis de saúde da população.

A conciliação de recursos, serviços, demandas e necessidades da população encarrega a Rede Básica de Saúde da missão de prover ações e serviços necessários, com utilização de tecnologia apropriada na formulação de estratégias de intervenção, voltadas para a promoção da saúde e prevenção da doença, além das ações de cura e reabilitação do indivíduo, e de grupos populacionais de uma população adscrita.

Embora desempenhe importante papel na concretização do sistema de saúde, a Rede Básica consolidou-se no Brasil através de um conjunto de centros e postos de saúde que privilegiaram ações de caráter preventivo, simplificadas e de baixo custo, dirigidas a grupos populacionais e a atenção a algumas doenças infecciosas. Essa conformação foi a resposta às políticas de saúde desenvolvidas no Brasil, que historicamente priorizaram as ações de caráter individual, curativo, em detrimento das ações de cunho coletivo e preventivo (MERHY & QUEIROZ, 1993).

As mudanças no papel da Rede Básica de Saúde, segundo Nemes (2000), sua base na história dos chamados Centros de Saúde. Os Centros de Saúde foram concebidos com base no modelo sanitário americano da década de 1910 e tiveram sua implantação proposta pelo médico sanitário Geraldo de Paula Souza, na década de 20. Constituíram peça fundamental do projeto de modernização da saúde pública, com a implantação de uma rede de serviços

Apresentando o referencial teórico e construindo o objeto de estudo

públicos permanentes, que funcionaria como um serviço integral de ações sanitárias, numa área definida, com ênfase na Educação Sanitária, sendo que a base deste modelo segundo Merhy e Queiroz (1993):

pressupunha o processo saúde-doença como um fenômeno coletivo, porém determinado, em última instância, pelo nível individual... Medicina e saúde pública eram entendidas como campos distintos; a primeira para curar através da clínica, patologia, terapêutica, e a segunda para prevenir doenças, prolongar e promover a saúde através da higiene e da educação sanitária (p. 178).

Silva Júnior ao analisar o modelo assistencial, subjacente, denomina-o como “Modelo de Saúde Pública”, com duas vertentes principais: a Campanhista e a Vertical Permanente. O modelo “Campanhista”, fundamentado no desenvolvimento de campanhas em massa para o combate de endemias, epidemias e ações de saneamento privilegia as chamadas ações sanitárias. A vertente Vertical Permanente defendia a existência de serviços permanentes especializados de assistência médica a determinadas doenças, tais como a tuberculose, hanseníase através de uma “rede local permanente”, que, constituída pelos centros de saúde, realizaria as ações de educação sanitária e se estruturaria de modo a promover e proteger a saúde individual e coletiva, numa área definida (SILVA-JÚNIOR, 1998).

Com o modelo “campanhista”, pretendia-se atender às necessidades do modelo de desenvolvimento agroexportador adotado pelo Brasil, baseado na produção de produtos agrícolas para abastecimento do mercado externo, e combater a ocorrência de grandes epidemias de febre amarela, varíola, tuberculose, malária, entre outras. A ausência de ações sanitárias criava vários obstáculos às relações comerciais com outros países, limitando a imigração de mão-de-obra para trabalhar na agricultura, o que em última análise se refletiria

Apresentando o referencial teórico e construindo o objeto de estudo

nos serviços de exportação, fundamental para a projeção do Brasil no mercado internacional (MERHY, 1985).

Essas duas vertentes tiveram seu apogeu nas décadas de 1940 e 1950 com a expansão da rede de Centros de Saúde, que apesar das alterações sofridas na sua organização, decorrentes principalmente da forma como os governos regionais lidavam com os equipamentos públicos, permaneceram centradas em atividades de promoção e proteção à saúde, que, embora incorporassem a assistência médica, a executavam num modelo preventivo dirigido somente para alguns grupos populacionais e para algumas doenças infecciosas (NEMES, 2000).

A mudança do modelo econômico brasileiro agroexportador para o desenvolvimentista, a partir dos anos 1930, quando se instaurou o processo de acumulação capitalista dominado pelo capital industrial, alterou a forma de atuar do Estado, em resposta às tensões sociais geradas pela crescente massa operária, que demandava, entre outros benefícios, a oferta de serviços de assistência médica, o que consolidou a medicina previdenciária, permitindo uma crescente acumulação do capital privado no setor, com o financiamento da construção de hospitais e concessão de subsídios estatais a empresas privadas de serviços médicos para formação de infra-estrutura (MERHY, 1985).

Assim, a década de 1960:

abriu um outro capítulo que vingou na estruturação de um modelo centrado na assistência médica comercializada, que passava pelo setor previdenciário, sendo a saúde pública reduzida a um braço auxiliar. Na realidade, promoveu-se uma completa separação entre o campo da assistência médica e o da saúde pública, com maciços investimentos no primeiro e o sucateamento do segundo. Neste contexto, foi implementado um projeto privatizante e medicalizante (MERHY & QUEIROZ, 1993, p. 180).

Apresentando o referencial teórico e construindo o objeto de estudo

Nas décadas de 1960 e 1970, os Centros de Saúde, além de desenvolverem as ações de promoção e proteção à saúde, incorporaram a assistência médica a determinados grupos da população, como o grupo materno–infantil, permanecendo ainda como foco de atenção as doenças infecciosas (MENDES-GONÇALVES, 1994).

No início da década de 1980, evidenciou-se uma crise econômica e política, marcada principalmente pela crise internacional do petróleo e questões de política interna, que repercutindo no campo da saúde, impulsionou o movimento da Reforma Sanitária que culminaria em proposições de reformulação do sistema de saúde, reconhecendo-a como um direito de todos e dever do Estado.

A ampliação do conceito de saúde e a inclusão jurídico-legal da participação e controle social (Lei nº 8142/90) implicaram em intervenções no âmbito da saúde, como a descentralização e a municipalização dos serviços, exigindo medidas mais amplas de ordem econômica, política, cultural, caracterizando-a como um processo social e político (PAIM, 1992; MENDES, 1996).

Para viabilizar as intervenções propostas pela Reforma Sanitária, três caminhos foram necessários: “o legislativo-parlamentar; o sócio-político (sic) e o técnico-institucional” (PAIM, 1999, p. 474). Ou seja, para implementação de reformas foi necessário cuidar das bases jurídicas para a implantação das novas medidas, sendo uma delas a aprovação do Capítulo da Saúde da Constituição da República, da Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990); também foi preciso trabalhar a mobilização de setores da sociedade civil para a participação na gestão dos serviços através dos conselhos municipais de saúde; e por último, o que se chamou de caminho técnico-institucional se referia

Apresentando o referencial teórico e construindo o objeto de estudo

à criação de um Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDS) que funcionasse como uma “estratégia-ponte” para a implantação do Sistema Único de Saúde dando início à descentralização das ações e serviços desta área. Para tanto, introduziu-se na rede básica de serviços de saúde a assistência médica individual de forma ampliada e não mais restrita aos programas de saúde pública e a previdenciária, propiciando a expansão de cobertura.

Paim (1999) aponta como resultados já obtidos na construção desse processo social e político, a implantação do SUS, com seus avanços e retrocessos; a descentralização dos serviços de saúde; a legislação de apoio à municipalização dos serviços de saúde como as Normas Operacionais Básicas da Saúde (BRASIL, 1993b; 1997); o funcionamento das Conferências Municipais de Saúde e os Conselhos Municipais de Saúde; implantação do Piso Assistencial Básico (PAB), entre outros (BRASIL, 1997).

A reforma sanitária pretendida pelo movimento sanitário brasileiro na década de 1980 teve por base três pilares (PAIM, 1992). O primeiro refere-se ao conceito de saúde e a ações de promoção, proteção e recuperação da saúde que reduzissem ou eliminassem os riscos de adoecimento; o segundo refere-se ao campo político, conferindo ao cidadão a saúde como direito e dever do Estado; e o terceiro diz respeito à reestruturação dos serviços de saúde por meio da constituição de um Sistema Único de Saúde, organizado em uma rede única, regionalizada, hierarquizada, com participação popular e controle social sobre as ações e os serviços de saúde.

Além dessas diretrizes, o SUS obedece ainda ao princípio da integralidade, disposto na Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990), entendida como “um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de

Apresentando o referencial teórico e construindo o objeto de estudo

complexidade do sistema”, tendo como eixo norteador a descentralização dos serviços de saúde.

A regionalização e a hierarquização implicam numa organização dos serviços em níveis de complexidade diferenciada, distribuindo-os num território delimitado e com uma população definida. Assim, a rede básica, configura-se como parte de um modelo proposto, sob a forma piramidal, que apresenta em sua base o nível de atenção primária, formada por um conjunto de Unidades Básicas de Saúde responsáveis pela atenção integral, individual e coletiva de suas populações adscritas e pela integração das ações de promoção e prevenção de saúde coletiva, terapêuticas, constituindo-se como porta de acesso aos níveis de maior complexidade. Os serviços de atenção secundária, como os ambulatórios de especialidades, serviços de diagnóstico e terapia e os hospitais funcionariam como a referência da rede básica (CECÍLIO, 1997).

A organização dos serviços, através da regionalização e hierarquização, pretendia racionalizar a assistência, ordenando o fluxo de usuários, por meio da criação de um sistema de referência e contra-referência, permitindo a resolução dos problemas, no nível adequado e com tecnologia apropriada, pois não era possível mais se conceber o atendimento de queixas tidas como “simples” congestionando a assistência no nível terciário (hospitalar). Também se pretendia resgatar a rede básica como espaço privilegiado de estruturação do novo modelo assistencial que asseguraria acesso universal aos serviços de saúde.

Assim concebida, a atenção prestada pela rede básica seria estratégica para a reestruturação do sistema de saúde, possibilitando o atendimento universal, integral e eqüitativo aos problemas de saúde da população.

Apresentando o referencial teórico e construindo o objeto de estudo

A rede básica de serviços de saúde no contexto atual, refere-se, de um lado, ao sucesso significativo no que diz respeito à implantação de uma rede de serviços municipalizada e universalizada, e de outro, à extrema dificuldade de se “libertar do predomínio da clínica individual, baseada no paradigma biológico, em favor da lógica da saúde pública” (MERHY & QUEIROZ, 1993, p. 182). O que de fato ainda não ocorreu, pois embora o discurso da Reforma Sanitária incorporasse um conceito ampliado de saúde, é muito recente como estado de direito pois ainda estamos no campo de conhecer e enfrentar as dificuldades de se implementar tal proposta.

Em 1997, o Ministério da Saúde propõe resgatar as Unidades Básicas de Saúde como porta de entrada do sistema de saúde, incentivando com recursos financeiros através da Norma Operacional Básica /96 (BRASIL, 1997). Suas regulamentações provocam mudança de curso do processo de descentralização e apresentam em seu texto estratégias para a efetivação de uma reorganização do sistema, a partir da priorização da atenção básica de saúde, alterando as modalidades de gestão local do SUS, que passam a ser apenas duas: “plena da atenção básica” e “plena do sistema de saúde”.

O aprofundamento da descentralização em direção à municipalização da saúde, particularmente “intenso” a partir de 1996, potencializa inúmeras inovações no tocante ao incremento da gestão do sistema. Na gestão plena da atenção básica, os municípios passam a responder totalmente pela assistência ambulatorial, pelas ações básicas de vigilância sanitária e epidemiológica e pela gerência de todas as UBSs, enquanto na gestão plena do sistema, além da atenção básica, passam a responder integralmente por todas as ações referentes aos serviços do SUS, inclusive a oferta de procedimentos de média e alta complexidade tecnológica. As responsabilidades ditadas pela gestão

Apresentando o referencial teórico e construindo o objeto de estudo

assumida, ao serem implementadas podem produzir impacto diversificado, seja nas condições de acesso aos diversos níveis de atenção, seja no desenho de novas modalidades de intersecção entre o público e o privado, possibilitando a reformulação do modelo de atenção em saúde.

Ainda como mecanismos constitutivos da regulação do processo de descentralização, é elaborada a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS 01/02) ampliando as responsabilidades dos municípios na atenção básica definindo um conjunto de ações e serviços a serem contemplados

Nessa construção histórica da rede básica de saúde no Brasil é preciso considerar, ainda, o estabelecimento da meta de “Saúde para Todos no Ano 2000”, decidida em reunião da Assembléia Mundial de Saúde, em Alma Ata no final da década de 70, a qual especificou que o principal objetivo social dos governos e da Organização Mundial da Saúde para os próximos decênios seria o alcance por todos os cidadãos do mundo, por volta do ano 2000, de grau de saúde que lhes permitisse levar uma vida social e economicamente produtiva. Este objetivo foi interpretado como um “nível aceitável de saúde para todos” e ficou conhecido pelo emblemático “Saúde para todos no Ano 2000”.

Para alcançar um nível aceitável de saúde em todo o mundo, a Conferência considerou como essencial a estratégia dos cuidados primários de saúde, definidos como os cuidados essenciais, baseados em métodos práticos, cientificamente bem fundamentados e socialmente aceitáveis, usando tecnologia de acesso universal, a um custo compatível com a fase de desenvolvimento de cada comunidade ou país. O cuidados primários de saúde deveriam incluir: o saneamento ambiental, especialmente cuidados com a água, promoção de adequada nutrição, programas de saúde materna e da criança, educação em saúde, planejamento familiar, imunização, prevenção e controle

Apresentando o referencial teórico e construindo o objeto de estudo

de doenças endêmicas, tratamento adequado de doenças e agravos comuns, fornecimento de medicamentos essenciais, entre outros (OMS, 1979).

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), com o objetivo de operacionalizar e favorecer a aplicação dessa estratégia da atenção primária, tendo em vista a meta “Saúde para Todos no ano 2000” e a reorganização da atenção básica, propõe a constituição dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS). Os SILOS teriam como aspectos fundamentais: a reorganização do nível central, ou seja o Estado retoma o papel central na condução da política de saúde; a descentralização, com a transferência do poder político, administrativo e dos recursos para o nível local; a participação social; a readequação dos mecanismos financeiros, a intersectoralidade; a capacitação da força de trabalho e o desenvolvimento de um novo modelo de atenção (SILVA-JÚNIOR, 1998).

Com base na concepção de SILOS, apregoada pela OPAS, propõe-se a constituição do distrito sanitário como o espaço operativo do sistema de saúde que implica o estabelecimento, num determinado território, de um conjunto de serviços de saúde articulados e geridos por uma autoridade sanitária com a participação da população. Esse espaço do Distrito Sanitário é definido como “o processo social de mudanças das práticas sanitárias”, em três dimensões: a dimensão política, como o espaço em que se manifestam os múltiplos interesses dos diversos atores sociais que compartilham o poder; a dimensão ideológica expressa por um modelo assistencial determinado pela concepção ampliada do processo saúde–doença e a dimensão tecnológica, envolvendo a apreensão de tecnologia para sua implementação (MENDES, 1999).

O Distrito Sanitário entendido como processo social pressupõe, para ser implantado, três aspectos fundamentais, sendo o primeiro, o território –

Apresentando o referencial teórico e construindo o objeto de estudo

processo, que extrapola a noção de espaço geográfico e constitui-se no espaço político, cultural, econômico e epidemiológico, que permite subdivisões em áreas e microáreas para ordenar as intervenções que deverão atender às necessidades e às demandas dos diversos grupos sociais existentes no seu interior. O segundo aspecto compreende orientar, a partir do problema, as formas de intervenção por meio das práticas sanitárias. A orientação por problema permite uma articulação das práticas sanitárias dos diversos setores e disciplinas, com vistas a resolvê-los a partir do reconhecimento dos principais problemas apresentados pelos grupos sociais. Permite ainda o desenvolvimento da consciência sanitária, além de proporcionar o enfrentamento das causas dos problemas. O terceiro aspecto diz respeito às práticas sanitárias, definidas como “o conjunto de processos de trabalho – articulados em operações – que impõe uma estratégia de ação sobre os determinantes e condicionantes dos problemas ou sobre os efeitos da existência deles num território determinado” (MENDES, 1999, p. 176).

No Brasil, a Atenção Básica, denominação adotada para a atenção primária, é definida “como um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação” (BRASIL, 1999, p. 9), dispõe como preceitos para sua organização, os postulados do SUS, explicitados na Lei nº 8080 (BRASIL, 1990): a saúde como um direito fundamental do ser humano, o acesso universal aos serviços de saúde em todos os níveis da assistência, ações e serviços de saúde preventivos e curativos, individuais e coletivos articulados em todos os níveis do sistema, disponibilizados sem preconceitos ou privilégios com vistas a

Apresentando o referencial teórico e construindo o objeto de estudo

ações e serviços de saúde eficientes, de boa qualidade com envolvimento da comunidade na assistência e no controle na gestão dos serviços.

Numa discussão mais recente, Starfield (2001, p. 28) coloca que:

atenção primária é aquele nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros...

...aborda os problemas mais comuns na comunidade, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar. Ela integra a atenção quando há mais que um problema de saúde e lida com o contexto no qual a doença existe e influencia a resposta das pessoas a seus problemas de saúde.

Há diferentes abordagens para atenção primária, podendo ser enfocada como primeiro nível de atenção, como estratégia para organizar a assistência à saúde (integrada, acessibilidade, continuidade, coordenação, longitudinalidade, prevenção e promoção da saúde) e como uma filosofia da atenção à saúde (STARFIELD, 2001).

Sobre isso, Mendes (2001) enfatiza a relevância da atenção primária, pois é a partir dela e em função dela que se organizam os demais níveis de atenção. Starfield (2001) também assinala nesta mesma direção, ao considerar que a atenção primária constitui-se, geralmente, no primeiro ponto de contato do usuário com o sistema de saúde.

Como uma estratégia ou uma filosofia de organização dos sistemas de serviços de saúde, a atenção primária tem sido contemplada na reforma da atenção à saúde na Europa, conforme é explicitado na Carta de Ljubljana:

As reformas, com atenção primária à saúde como uma filosofia, deveriam assegurar que os serviços de saúde de todos os níveis

Apresentando o referencial teórico e construindo o objeto de estudo

protejam e promovam a saúde, melhorem a qualidade de vida, previnam e tratem as doenças, reabilitem as pessoas e cuidem dos doentes em sofrimento e estado terminal. Elas deveriam reforçar a decisão conjunta pelo usuário e pelo prestador de atenção e promover a abrangência e continuidade da atenção dentro de seus ambientes culturais específicos (MENDES, 2001, p. 113).

Como ponto de atenção à saúde a atenção primária deve ser organizada pelos seguintes atributos: o primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade, a coordenação da atenção, a focalização na família e a participação comunitária. O primeiro contato significa a acessibilidade e o uso dos serviços, pelas pessoas, para cada problema ou novo episódio de um problema; a longitudinalidade pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo, ou seja, vai exigir uma adesão da população às equipes de atenção primária, estabelecendo relação mútua e humanizada entre a equipe de profissionais e a população; a integralidade implica em garantir às pessoas todos os tipos de serviços de atenção à saúde, reconhecendo a necessidade de serviços preventivos e curativos, bem como a necessidade de quaisquer outros serviços da rede integrada; e a coordenação que implica a capacidade de garantir a continuidade da atenção seja por profissionais seja através do prontuário médico (STARFIELD, 2001).

Ao contrário do exposto acima, os serviços descuidados desses atributos, constituem-se em “sistemas fragmentados” com foco de atenção na doença e suas manifestações agudas; seus sujeitos são individuais, a assistência prestada é ocasional e passiva, preocupam-se essencialmente com cuidados curativos, respondendo mecanicamente a demandas eventuais dos usuários, tornando-se ineficazes e ineficientes (MENDES, 2001).

Apresentando o referencial teórico e construindo o objeto de estudo

Starfield (2001) reelabora as mudanças necessárias para converter a atenção médica primária convencional nas nações industrializadas em uma atenção primária à saúde mais ampla, tendo por base a definição elaborada em Alma Ata, considerando o quadro descrito por Vuori, onde a autora apresenta as características do que denomina de “enfoque convencional” de saúde e “novo enfoque”, enfatizando a necessidade de estar próximo às pessoas, como inerente ao novo enfoque, voltando-se à saúde, através da prevenção e ampla atenção; a um novo conteúdo que visa a ações de promoção da saúde, atenção contínua; a uma nova organização com o trabalho em equipe com médico generalista e outros profissionais, através de uma nova responsabilidade que pressupõe a participação da comunidade, a colaboração intersetorial e a auto-responsabilidade.

Quadro 1 – Da atenção médica primária à assistência primária à saúde

ENFOQUE CONVENCIONAL	NOVO ENFOQUE
Doença Cura	Saúde Prevenção, atenção e cura
CONTEÚDO CONVENCIONAL	NOVO CONTEÚDO
Tratamento Assistência episódica Problemas específicos	Promoção da saúde Atenção continuada Assistência integral
ORGANIZAÇÃO CONVENCIONAL	NOVA ORGANIZAÇÃO
Especialistas Médico Prática individual	Médico generalista Grupo multiprofissional Atenção em equipe
RESPONSABILIDADE CONVENCIONAL	NOVA RESPONSABILIDADE
Exclusivo setor saúde Domínio profissional Recepção passiva	Colaboração intersetorial Participação comunitária Co-responsabilidade

Adaptado de Vuori, 1985 (STARFIELD, 2001, p. 33)

Apresentando o referencial teórico e construindo o objeto de estudo

A mesma autora ainda coloca que a atenção médica efetiva não se limita ao tratamento da doença em si, mas que deve levar em consideração o contexto no qual a doença ocorre e onde vive o paciente, integrando a ação para diversos problemas de saúde que os indivíduos experimentam ao longo do tempo e até mesmo as ações dos especialistas, muitas vezes desarticuladas.

Para a discussão da problemática do foco da atenção à saúde estar voltado para a doença e suas manifestações individuais, ao final da década de 90, vários modelos de organização dos serviços de saúde estavam propostos no cenário sanitário brasileiro em consonância com as idéias da Reforma Sanitária (CAMPOS, 1989, 1994; COHN et al., 1991; BODSTEIN, 1993, CARVALHO, 1993; ASSIS, 1994; MENDES, 1996).

Os autores nos advertem que para a construção de um novo modelo de atenção à saúde, necessário se faz reconhecer no modelo hegemônico atual o predomínio da visão medicalizante, que tem por objeto a doença e o lucro decorrente dela, ficando as necessidades de saúde da população num plano secundário.

Iniciativas na área da saúde que rompam com a lógica do modo de se “fazer saúde” no Brasil, onde o processo saúde–doença é tido como um fenômeno unicamente individual, centrado no corpo do cliente e fundamentado na visão biomédica, ainda se fazem necessárias. É preciso buscar e instituir intervenções para além da terapêutica medicamentosa, não restringindo o atendimento somente às demandas da doença, mas sim buscar ações complementares entre trabalhadores da saúde, usuários e sociedade, que estabeleçam espaços intercessores que valorizem a fala, os anseios, as expectativas dos usuários, conscientes de seus direitos de cidadania.

Apresentando o referencial teórico e construindo o objeto de estudo

Defendemos que modelos comprometidos com essas diretrizes merecem especial atenção de análise por parte dos que se dedicam e buscam alternativas nesta direção, quer na área da pesquisa, do ensino, do planejamento ou da gestão de serviços de saúde.

Para Campos (1989, p. 53), modelo assistencial “é o modo como são produzidas ações de saúde e a maneira como os serviços de saúde e o Estado se organizam para produzi-las e distribuí-las”. Para o autor esta definição integra uma dupla concepção, pois o modo de produção das ações de saúde envolve uma concepção de modelo assistencial voltado para o micropolítico, aos processos de trabalho em saúde no interior das unidades, enquanto a forma de organização dos serviços de saúde refere-se à esfera macropolítica.

Esse autor identifica a existência de vários modelos assistenciais no Brasil, considerando dois deles como mais importantes: o modelo Liberal-privatista, organizado a partir das demandas de mercado e não pelas reais necessidades de saúde; caracterizado pelo atendimento individual, curativo, praticado tanto pela medicina dos consultórios, em suas variadas especialidades, para a população com maior poder aquisitivo, como pela vasta rede de pronto-atendimento nos serviços públicos de saúde, para o restante da população com menor poder aquisitivo; e o Sistema Único de Saúde (SUS) onde as ações de saúde deveriam ser praticadas segundo as necessidades de saúde das pessoas, concebendo saúde como direito social, e universal, proporcionando atendimento hierarquizado, gratuito, regionalizado. Nesse modelo, as intercorrências clínicas da população regionalizada seriam atendidas numa rede básica de unidades, que concomitantemente teria como tarefa o desenvolvimento de ações de saúde pública.

Apresentando o referencial teórico e construindo o objeto de estudo

Paim (1999, p. 476) define modelos assistenciais:

...como combinações tecnológicas estruturadas para o enfrentamento de problemas de saúde individuais e coletivos em determinados espaços-populações, incluindo ações sobre o ambiente, grupos populacionais, equipamentos comunitários e usuários de serviços de saúde.

Considera vigentes no país convivendo de forma contraditória ou complementar: o modelo médico-assistencial “privatista”, que segundo o autor é hegemônico no Brasil, está voltado, fundamentalmente para a chamada “demanda espontânea”, de atendimento individual, cuja pressão condiciona a organização de recursos para a oferta. Esta pautado em ações predominantemente curativas, sem impacto sobre o nível de saúde da população. Não exclusivo do setor privado (cooperativas médicas, medicinas de grupo, seguro-saúde, etc.), o modelo está presente nos serviços de saúde do setor público enquanto estes não se pautam de uma reorganização para atender às necessidades de uma população adscrita; e o modelo assistencial “sanitarista, que restringe-se à saúde pública e encontra-se presente na rede básica, no enfrentamento dos problemas de saúde da população que requerem ações de caráter preventivo e de cunho coletivo, como as campanhas e os programas básicos e especiais de saúde, complementando as ações necessárias não contempladas pelo modelo dominante, sem no entanto, contemplar a integralidade das ações, nem incentivar a descentralização na organização dos serviços, atuando de forma parcial e verticalizada sobre a realidade de saúde.

As ações da VE para esse autor estariam inseridas neste modelo, pois dispõem de uma administração centralizada, atravessando os serviços de

Apresentando o referencial teórico e construindo o objeto de estudo

saúde de forma individualizada e fragmentada, marcadas pelas dificuldades de integração com outras atividades dos serviços de saúde.

Costa; Maeda (2001) também trazem a mesma questão acerca do modelo assistencial, considerando que no Brasil este apresenta-se “de forma híbrida”, expressa “na conveniência” entre o modelo assistencial sanitarista e o modelo assistencial privatista, e enfatiza que modelo assistencial idealizado para a rede básica, segundo as diretrizes e princípios do SUS, nem sempre pode obter unicidade, uma vez que leva em conta o contexto sanitário, as demandas, as necessidades da população e a situação político-administrativa local.

O processo de descentralização, que vem se concretizando por meio da municipalização dos serviços de saúde, tem possibilitado aos municípios formas de organização e produção de ações de caráter coletivo e individual mais condizentes com a realidade, contemplando uma diversidade de modelos assistenciais orientados pelos princípios da integralidade, da resolutividade e do acesso universal, envolvendo as práticas de saúde instrumentalizadas tanto pela saúde coletiva como pela clínica.

Em relação ao modelo assistencial, Almeida (1991), investigando as práticas operadas na rede básica de serviços do município de Ribeirão Preto com a ampliação decorrente do SUS, identificou o modelo de pronto-atendimento como a modalidade assistencial predominante.

Das produções de vários autores que vêm estudando a forma de organização dos serviços de saúde, destacamos dentre os modelos: da Ação Programática (SCHARAIBER, 1993b); o da Vigilância à Saúde (MENDES, 1996); modelo Em Defesa da Vida (CAMPOS, 1994) e o Programa de Saúde da

Apresentando o referencial teórico e construindo o objeto de estudo

Família, como estratégias para promover mudanças no atual modelo de assistência à saúde, contribuindo para organização do Sistema Local de Saúde.

Atualmente o Programa de Saúde da Família (PSF) figura como estratégia nacional de mudança no atual modelo de assistência à saúde, com base nos princípios do SUS, e segundo Mendes (1996), consiste numa estratégia de organização da atenção primária que visa à criação de unidades de saúde com uma equipe de saúde atuando num determinado território e desenvolvendo ações orientadas para a saúde e dirigidas à família. Pressupõe a eleição da família e de seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde; prestação de atenção integral, contínua e de boa qualidade nas especialidades básicas de saúde à população adscrita no domicílio, nos serviços de saúde, transformando o processo de trabalho em saúde com a mudança no foco de atenção que deixa de ser centrado exclusivamente no indivíduo e na doença, passando para o coletivo, sendo a família o espaço privilegiado de atuação.

Essa perspectiva faz com que a família passe a ser o objeto precípua da atenção, entendida a partir do ambiente onde vive. Mais que uma delimitação geográfica, é nesse espaço que se constroem relações intra e extra-familiares e onde se desenvolve a luta pela melhoria das condições de vida... permitindo ainda, uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e portanto, da necessidade de intervenções de maior impacto e significação social (BRASIL, 1998b).

Assim, o Programa de Saúde da Família é colocado como uma estratégia desenvolvida para promover mudanças no atual modelo de assistência à saúde, pois as UBSs, reorganizadas de acordo com os princípios da Saúde da Família passam a ser responsáveis pelo acompanhamento permanente da saúde de um número determinado de indivíduos e famílias que moram no espaço territorial próximo, possibilitando o estabelecimento de

Apresentando o referencial teórico e construindo o objeto de estudo

vínculos de compromisso entre a equipe de saúde e a população, o que a equipe da UBS não conseguiu fazer na forma atual de organizar seus atendimentos, recebendo as demandas para as clínicas básicas de Pediatria, Ginecologia-Obstetrícia e Clínica Médica.

O Programa de Saúde da Família é o único que possui financiamento, permitindo aos municípios receberem recursos financeiros do Ministério da Saúde como forma de incentivo, o que de certa forma tem contribuído para a implantação desta proposta em muitos municípios brasileiros.

A diversidade de modelos que atendem aos princípios do SUS demonstra a inexistência de um padrão único a ser seguido por todos, pois segundo Paim (1997, p. 20) modelo não deve ser entendido como um exemplo ideal, mas sim, como “um espaço técnico em que se faz uma intervenção política e um espaço político onde se faz uma intervenção técnica”.

Os modelos para a rede básica de Saúde não se opõem, segundo Costa; Maeda (2001, p. 25):

podem ser complementares, constituindo um modelo híbrido que contemple a “vigilância da saúde” como prática sanitária, a forma de gestão do modelo “em defesa da vida” ou mesmo as “ações programáticas” em consonância com o “Programa de Saúde da Família”, uma vez que a desigualdade existente no território reforça a multiplicidade de modelos até mesmo numa mesma Rede Básica de Saúde .

Paim (1997, p. 20) expõe, através de outras idéias, a mesma opinião de que não há um único modelo que dê conta de responder a todas as demandas e necessidades de saúde da população, que não envolvem apenas doença, risco, mas sobretudo, “uma união de projetos de vida, que não são definidos nem pela clínica e nem pela epidemiologia, mas pelos saberes e práticas que as pessoas vão definindo em cada sociedade”.

Apresentando o referencial teórico e construindo o objeto de estudo

Nesse sentido, os serviços de saúde num município devem ser organizados de modo a cumprir, simultaneamente, duas funções próprias: atender à demanda das pessoas, a partir de suas necessidades sentidas e enfrentar de forma programada, os problemas de saúde prioritários, a partir de um diagnóstico epidemiológico. Em outros termos, a oferta de serviços deve ser capaz de atender e resolver aos problemas sentidos pelas pessoas e de combater os problemas mais importantes na coletividade. Essas duas tarefas implicam duas modalidades distintas de práticas em saúde, envolvendo tecnologias distintas, assim como lógicas diferenciadas de organização do trabalho em saúde. Há, portanto, diferentes características. A primeira tem na clínica o paradigma de conhecimento e organização da prática, essencialmente voltada para a atenção individual. A segunda baseia-se na Epidemiologia, como instrumento de conhecimento da realidade em saúde e agrega ao saber possibilitado pela clínica uma dimensão social e cultural indispensável à intervenção sobre o coletivo. Ambas as abordagens das lógicas de trabalho em saúde são importantes, além de complementares, dentro de uma visão mais compreensiva do processo saúde–doença (PAIM, 1999, p. 457).

Para se repensar o papel da rede básica, torna-se essencial que o processo de descentralização não tenha como locus final o município, mas as Unidades Básicas de Saúde, pois a autonomia e a capacidade de decisão neste nível são elementos essenciais para a reorganização das ações de saúde no interior dos serviços. Isso requer, no nível de atuação das equipes das unidades de saúde em áreas adscritas, que se repense e reorganize também os processos de trabalho.

Merhy (1997) reafirma a necessidade de se repensar o lugar da rede básica como espaço de trabalho em saúde, para processar mudanças no

Apresentando o referencial teórico e construindo o objeto de estudo

modelo de atenção à saúde, o que se tornará possível tanto quanto os trabalhadores de saúde se tornarem sujeitos no processo.

A Vigilância Epidemiológica como prática de saúde pública*

Num estudo recente, Waldman; Silva; Monteiro (1999) concluíram que nas últimas décadas (20 anos) o perfil de morbimortalidade da população brasileira foi alterado substancialmente, sendo um traço marcante das modificações, o declínio das doenças infecciosas e parasitárias, havendo no mesmo período o ressurgimento de doenças infecciosas há muito consideradas controladas e o aparecimento de outras até então desconhecidas (hantavirose); bem como a tendência nítida de incremento das doenças crônico-degenerativas e as chamadas de causas externas de mortalidade, como os acidentes, traumatismos e violência individual e social.

A complexidade desse quadro epidemiológico, com problemas de tão grande diversidade no nível de determinantes e no da intervenção, coloca enormes desafios para o sistema de saúde.

A incorporação da noção de risco e especialmente a busca de identificação dos “fatores de risco” envolvidos na determinação das doenças não só infectocontagiosas, mas também as crônico-degenerativas, vem provocando uma mudança nas estratégias de ação no campo da Saúde Pública, tanto pela diversificação e ampliação de seu objeto como pela incorporação de novas técnicas e instrumentos para coleta de informações e organização das intervenções sobre “danos”, “indícios de danos”, “riscos” e “condicionantes e determinantes” dos problemas de saúde.

Apresentando o referencial teórico e construindo o objeto de estudo

* Parafraseamos *WALDMAN* que em sua tese de doutorado defendeu a VE como prática de saúde pública

Apresentando o referencial teórico e construindo o objeto de estudo

Diante da complexidade do quadro epidemiológico do país, há a necessidade de “ampliação” do objeto da prática da saúde pública, com a implantação de ações de saúde que contemplem estratégias que vão além das tradicionais ações de “erradicação” e “controle” (TEIXEIRA, 1998a).

O desenvolvimento da saúde pública no Brasil é marcado pelas campanhas sanitárias do início do século, pelos sistemas de vigilância epidemiológica propostos em meados dos anos 70, num contexto de políticas públicas com programas de extensão de cobertura, a implantação do SUDS na segunda metade dos anos 80 e a criação do atual Sistema Único de Saúde (SUS).

A prática de vigilância epidemiológica tem seus antecedentes históricos nos métodos de quarentena empregados desde a Antigüidade, baseados na observação empírica da propagação de doenças à comunidade a partir da chegada de doentes, restringindo-se a princípio seu conceito às medidas de combate às doenças, com ações de controle voltadas sobre os indivíduos doentes (WALDMAN, 1991).

A expressão Vigilância Epidemiológica, nas suas origens, designava “a observação sistemática e ativa de contatos e casos, confirmados ou não, em nível individual” (PAIM & TEIXEIRA, 1992). Tratava-se mais da vigilância das pessoas do que de fatores de risco, condicionantes e determinantes de doenças e agravos à saúde.

O termo “vigilante” traz na história da saúde pública do Brasil o sentido estrito de “vigiar para controlar”, para “prevenir o aparecimento de novos casos”, a transmissão do agravo para comunicantes, enfim, “vigiar para impedir a transmissão”, para “impedir novos casos” .

Apresentando o referencial teórico e construindo o objeto de estudo

Etimologicamente, o termo vigilância, originado de *vigilare*, do latim, indicando algo ou alguém a quem se pretende observar atentamente. Originalmente, a vigilância destinava-se a reconhecer e a intervir nos fatores do meio predisponentes a doença e observar nas pessoas suspeitas os primeiros sinais de uma infecção (WALDMAN, 1991).

Cumprе ressaltar que esta prática adotada foi importante para o controle de diversas doenças infecciosas (meningite, poliomielite, febre amarela...) e continua sendo uma forma de controle de doenças com ações sistematizadas e normatizadas.

A vigilância tem dois significados internacionalmente aceitos em saúde pública: um que poderíamos denominar de clássico, aplicado inicialmente nos fins do século passado, tem sua utilização vinculada aos conceitos de isolamento e quarentena. Conceitos que surgem no final da Idade Média e consolidam-se nos séculos XVII e XVIII com o fortalecimento do comércio e a proliferação de centros urbanos (WALDMAN, 1991). O isolamento e a quarentena determinavam a separação de indivíduos de seus contatos habituais, assumindo caráter compulsório, típico da polícia médica, visando a defender as pessoas sadias, separando-as dos doentes ou daquelas que potencialmente poderiam vir a apresentar essa condição.

O desenvolvimento da microbiologia e o melhor conhecimento dos mecanismos de transmissão das doenças infecciosas levou à elaboração de um novo instrumento para o controle dessas doenças. Surge, então, em saúde pública o conceito de *vigilância*, definido pela específica mas limitada função de observar contatos de pacientes atingidos por moléstias graves como a cólera, a varíola, a peste. Seu propósito era detectar os primeiros sintomas para a rápida instituição do isolamento (SÃO PAULO, 1998).

Apresentando o referencial teórico e construindo o objeto de estudo

Nesse contexto, vigilância deve ser entendida como:

...observação dos comunicantes durante o período máximo de incubação da doença, a partir da data do último contato com o caso clínico ou portador, ou da data em que o comunicante abandonou o local em que se encontrava a fonte primária da infecção (SÃO PAULO, 1998).

Em síntese, esse conceito envolvia a manutenção do alerta responsável e a observação para que fossem tomadas as medidas indicadas no momento oportuno. Portanto, constituía uma conduta mais sofisticada e democrática do que a prática restritiva de quarentena (WALDMAN, 1991; SÃO PAULO, 1998).

A partir da década de 50, observamos a introdução de um novo conceito de vigilância aplicado à saúde pública, desta vez no sentido de “acompanhamento sistemático de eventos adversos à saúde na comunidade, com o propósito de aprimorar as medidas de controle”.

A metodologia aplicada pela vigilância, nesse novo conceito, inclui , “a coleta sistemática de dados relevantes relativos a específicos eventos adversos à saúde e sua contínua avaliação e disseminação a todos que necessitam conhecê-los” (WALDMAN, 1998, p. 9).

Alexander Langmuir, em 1963, definiu vigilância como:

observação contínua da distribuição e tendências de doenças mediante a coleta sistemática, consolidação e avaliação de informes de morbidade e mortalidade, assim como de outros dados relevantes e a regular disseminação dessas informações a todos que necessitam conhecê-la (apud FOSSAERT; LLOPIS; TIGRE, 1974).

Como exemplo desse novo entendimento para a vigilância, podemos citar a criação nos Estados Unidos, em 1946, do Centro de Doenças Transmissíveis (*Communicable Diseases Center*) com a finalidade de constituir um centro técnico de elaboração e estudo de medidas de controle dessas

Apresentando o referencial teórico e construindo o objeto de estudo

doenças. Mais tarde, o referido centro passaria a ser designado de Centros de Controle de Doenças (*Centers for Diseases Control - CDC*) persistindo até os dias de hoje como importante centro de estudo de doenças. A idéia inicial da criação desse centro também deveu-se ao fato da possibilidade de guerra biológica, a ser enfrentada pelos Estados Unidos, levando-o a ser designado como um Serviço de Inteligência (WALDMAN, 1991).

O termo inteligência pode aqui ser compreendido, em seu significado mais amplo, como “faculdade ou habilidade de apreender ou compreender” ou em seu sentido mais restrito, predominantemente militar, “obter e dispor de informações, particularmente das informações secretas”.

Talvez para evitar o estigma do caráter militar do termo inteligência, tivemos a sua substituição por vigilância que é aplicado pela primeira vez em saúde pública, nessa nova concepção, em 1955, quando algumas regiões dos Estados Unidos foram atingidas por uma epidemia de poliomielite, evento que ficou conhecido como “Acidente de Cutter”. Essa epidemia apresentou a particularidade de atingir crianças, assim como seus contatos, logo após as primeiras terem recebido a administração de vacina de vírus inativado contra a poliomielite. Isso levou o CDC a implementar, com sucesso, um sistema de vigilância, que possibilitou vários conhecimentos para o controle da doença.

O uso da vigilância, especialmente nas últimas quatro décadas foi significativamente ampliado, especialmente a partir do início da Campanha de Erradicação da Varíola, nos anos 60, quando sua utilização disseminou-se por todo os continentes, propiciando sua consolidação como um importante instrumento da epidemiologia nos serviços de saúde.

Segundo Waldman (1991), a vigilância epidemiológica, a ação programática são instrumentos de saúde pública, entendidas pelo autor como

Apresentando o referencial teórico e construindo o objeto de estudo

recursos utilizados para atingir o objetivo de oferecer assistência integral à saúde da população. Outros instrumentos de saúde pública seriam o planejamento, a educação sanitária, a fiscalização sanitária e a capacitação de recursos humanos.

O projeto de erradicação da varíola, da Organização Mundial da Saúde, salienta entre os principais objetivos da vigilância, a identificação de todos os casos da doença e aplicação de medidas de controle.

A estratégia de erradicação de doenças, sua adoção a nível mundial, além do impacto sobre a ocorrência da doença em si, marcou de forma irreversível a conformação dos programas de controle e, especialmente, das técnicas utilizadas de vigilância epidemiológica (TEIXEIRA, 1998a).

Esta experiência, de ter se desenvolvido em numerosos países com diferentes graus de desenvolvimento econômico e com diferentes tipos de estrutura e organização dos sistemas de saúde, propiciou a incorporação da vigilância, a nível mundial, com ampliação de seu conceito para além das medidas diretas de controle, trazendo contribuições essenciais ao desenvolvimento metodológico da vigilância epidemiológica.

As estratégias de busca ativa, a análise e interpretação simultânea de dados de notificação e estudo, a importância da qualidade do dado coletado, ampla distribuição dos dados reunidos e interpretados, as principais fontes de notificação e outros setores interessados são exemplos disso (CARVALHO, 1985).

Waldman (1998), em novo estudo, reforça a característica da Vigilância Epidemiológica como um instrumento de saúde pública de importante aplicação, seja na agilização das ações de controle, seja no apoio ao esforço de

Apresentando o referencial teórico e construindo o objeto de estudo

permanente aperfeiçoamento técnico de serviços de saúde para o estabelecimento de estratégias eficientes de controle das doenças.

É na década de 1960, que a vigilância epidemiológica das doenças transmissíveis toma considerável impulso, sendo objeto de discussão da 21^a Assembléia Mundial da Saúde, em 1968. Karl Raska, relator do grupo de trabalho sobre o tema, define vigilância como:

...o estudo epidemiológico de uma enfermidade como processo dinâmico que compreende a ecologia do agente infeccioso, o hospede, os reservatórios, os vetores do meio, assim como os mecanismos complexos que intervêm na propagação da infecção e na medida em que esta se propaga (WALDMAN, 1991, p. 20).

Na década de 1970, a Organização das Nações Unidas e a Organização Panamericana de Saúde incentivaram a criação de um Sistema de Vigilância Epidemiológica nos países não desenvolvidos, ampliando o âmbito das ações para um conjunto maior de doenças transmissíveis, visando à redução da morbimortalidade entre crianças e adultos jovens. Com a criação de sistemas de vigilância epidemiológica, os países também foram melhorando as ações voltadas para o programa de imunização, sistematizando as ações já realizadas e implementando outras (SÃO PAULO, 1998).

Nesse contexto desenvolve-se teórica e conceitualmente o modelo de atenção integral à saúde, em 1978, na Conferência Internacional de Alma Ata, sobre a Atenção Primária à Saúde. Inseridas nesta discussão surgem as primeiras propostas de abordagem sistêmica da vigilância epidemiológica, desenvolvendo-se recomendações no sentido da articulação de diversos programas de controle de doenças (CARVALHO, 1985).

O papel da Vigilância fica claramente definido como elemento-chave no controle de agravos no final da década de 70. Com a definição da meta “Saúde

Apresentando o referencial teórico e construindo o objeto de estudo

Para Todos no Ano 2000” marco da Conferência de Alma Ata e a discussão da Atenção Primária à Saúde, evidencia-se o papel da vigilância epidemiológica como fonte de informações de morbidade e como elemento indispensável na fundamentação de políticas de saúde.

Foege; Hogan; Newton (1976) salientaram que o uso da vigilância tornou-se universal, sem prescindir da necessidade contínua de seu aprimoramento, à medida que se apresentam demandas por respostas que se tornam cada vez mais complexas. Afirmam, ainda, que os sistemas de vigilância devem ter, obrigatoriamente, três componentes voltados, respectivamente, à coleta de informação, à análise de dados e à disseminação das informações adequadamente analisadas.

Waldman traz a definição do CDC, publicada em documento especial do próprio centro de controle de doenças em 1986, no qual vigilância é definida como:

...a contínua e sistemática coleta, análise e interpretação de dados essenciais de saúde para planejar, implementar e avaliar práticas de saúde pública, intimamente integrado com a periodicidade de disseminação desses dados para aqueles que necessitam conhecê-lo (WALDMAN, 1991, p. 28).

No Brasil, a partir de 1976, o Ministério da Saúde inicia efetivamente a implantação em todo o território nacional do Sistema de Vigilância Epidemiológica, normatizado pela Lei 6259/75 que organizou as ações de vigilância epidemiológica no Brasil, centrando a sua atuação sobre as doenças de notificação compulsória, apesar da problemática do controle das doenças transmissíveis no país datar do período colonial, com a chegada de escravos e migrantes de países onde estavam ocorrendo epidemias das chamadas doenças pestilenciais (WALDMAN, 1991; SÃO PAULO, 1998).

Apresentando o referencial teórico e construindo o objeto de estudo

As atividades da Vigilância Epidemiológica foram se organizando burocraticamente com ações fragmentadas, pontuais e de caráter verticalizado. A vigilância epidemiológica respondendo especialmente ao controle das doenças transmissíveis, e a vigilância sanitária respondendo pela fiscalização de portos, fronteiras, medicamentos. A ação de vigilância sanitária, colocada como uma outra prática de vigiar, começa a ser incorporada ao conceito de vigilância, também referida ao consumo de produtos pelas pessoas (TEIXEIRA, 1998a).

Poderíamos elencar como marcos do desenvolvimento da vigilância no Brasil, a assistência à saúde dos trabalhadores envolvidos na exploração da borracha na Amazônia, nos casos de malária, através do Serviço Especial de Saúde Pública, criado a partir de 1942, por acordo entre os governos brasileiro e americano; e a Campanha Mundial de Erradicação da Varíola.

Segundo o artigo 8º da Lei nº 6259/75:

é dever de todo cidadão comunicar a autoridade sanitária local a ocorrência de fato comprovado ou presumível de casos de doença transmissível, sendo obrigatório a médicos e outros profissionais de saúde, no exercício de sua profissão, bem como aos responsáveis por organizações e estabelecimentos de ensino, a notificação de casos suspeitos ou confirmados das doenças de notificação compulsória (BRASIL, 1977).

A mesma lei define Vigilância Epidemiológica como:

o 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 (BRASIL, 1977).

Apresentando o referencial teórico e construindo o objeto de estudo

Observa-se que a definição não limita o Sistema de Vigilância às doenças transmissíveis, apesar da implantação do mesmo ter privilegiado esse grupo de agravos.

O conceito de “moléstia de notificação compulsória”, surge no primeiro código sanitário, em 1894, que a define como “moléstia sujeita ao isolamento e à desinfecção” devendo ser notificada à autoridade sanitária local, quando do seu aparecimento. Nessa época, a febre amarela, escarlatina, cólera, sarampo, peste do oriente, difteria e varíola eram considerados de notificação compulsória. A partir de então, várias doenças passaram a ser de notificação obrigatória, temporariamente ou não. Doenças eram incluídas, outras excluídas, dependendo de sua importância na época (BRASIL, 1977; EDUARDO, 1984).

Na década de 70, as meningites e a poliomielite foram inicialmente o foco de atuação do Sistema de Vigilância no Brasil, pois o país enfrentava a epidemia de meningite na primeira metade da década e era considerado pelos organismos internacionais como um dos países que não conseguia controlar a poliomielite em seu território. Assim a investigação epidemiológica de casos centrava-se, na maioria dos estados brasileiros, nessas duas doenças. A tuberculose, a hanseníase, objeto de programas especiais de controle, com a raiva, o sarampo, a difteria, o tétano, a coqueluche foram doenças progressivamente incorporadas ao Sistema Nacional de Vigilância (WALDMAN, 1991).

A diversidade, complexidade e dimensão continental do Brasil, tornam pouco realista a existência de uma única lista de doenças para todo o seu território. No entanto, é importante a instituição de uma lista mínima nacional que inclua as doenças cujas informações sejam de interesse para o país. A lista de doenças de notificação compulsória, conforme o Guia de Vigilância

Apresentando o referencial teórico e construindo o objeto de estudo

Epidemiológica editado em 1998, totaliza 40 doenças, incluindo o câncer, oncocercose e diabetes entre as moléstias infecciosas.

A última Portaria do Ministério da Saúde, nº 1.943, publicada no Diário Oficial da União nº. 204, em 24 de outubro de 2001 (ANEXO A), relaciona 35 doenças de notificação obrigatória, introduzindo o Antraz e a Febre Maculosa como doenças de notificação obrigatória. Paralelamente é importante estados e municípios elaborarem suas listas complementares de acordo com a realidade de cada área. O município de Ribeirão Preto elencou agravos de notificação de interesse municipal, como exemplo a conjuntivite, os acidentes de trânsito, parotidite, a neurocisticercose e varicela.

Segundo Teixeira (1998b, p. 9) notificação é “a comunicação da ocorrência de determinada doença ou agravo à saúde, feita à autoridade sanitária por profissionais de saúde ou qualquer cidadão, para fins de adoção das medidas de intervenção pertinentes”. Destina-se, a princípio, ao sistema local de saúde incumbido de controlar a ocorrência, e quando reunida de forma sistematizada passa a compor sistemas de informação que possibilitam o acompanhamento da sua distribuição, tendências e outras avaliações específicas referentes a cada agravo, como por exemplo, a avaliação de fontes de infecção e a faixa etária acometida, entre outras.

A idéia transmitida ao se falar do sistema de notificação compulsória é de que com este instrumento coletam-se informações de natureza obrigatória, sobre a ocorrência de casos de doenças incluídas no sistema, sendo a sua não-realização considerada infração às normas sanitárias, pressupondo penalidades que vão desde uma simples advertência, até multas, previstas no Decreto-Lei nº 785, de 1969 (BRASIL, 1978).

Apresentando o referencial teórico e construindo o objeto de estudo

É fundamental que esse sistema seja preservado e aprimorado, pois em parte, dele dependem a eficácia e a efetividade da Vigilância Epidemiológica. Dependendo da doença ou agravo, o processo de notificação é dinâmico, urgente, devendo dar-se na simples suspeita de sua ocorrência, não devendo esperar a confirmação diagnóstica. Pode, ainda, ser variável em função de mudanças no perfil epidemiológico e dos resultados obtidos com as ações de controle.

Historicamente, o Sistema de Informações de Doenças de Notificação Compulsória tem sido o principal instrumento da Vigilância Epidemiológica. As doenças que vêm compondo este Sistema têm sido aquelas que podem colocar em risco a saúde das coletividades e, tradicionalmente, vem se restringindo às doenças transmissíveis, ainda que no Guia vigente estejam incorporados outros agravos e algumas doenças crônico-degenerativas, como câncer e diabetes (BRASIL, 1998a) conforme já salientamos.

As subnotificações constituem-se em uma das principais dificuldades para a Vigilância Epidemiológica, e têm causas variadas que vão desde a pouca conscientização dos profissionais médicos e dos responsáveis pelos serviços de saúde até a falta de priorização da Vigilância Epidemiológica pelos ocupantes de cargos de mando, deixando de lado a necessidade do desenvolvimento de ações políticas que propiciem o conhecimento do perfil epidemiológico das doenças mais freqüentes na rede de serviços enquanto atividade básica e fundamental da saúde (TEIXEIRA, 1998b).

A mesma autora também traz que, desde 1968, a 21^a Assembléia Mundial de Saúde promoveu uma ampla discussão técnica a respeito da Vigilância Epidemiológica, destacando-se que a abrangência do seu conceito permitia a sua aplicação a outros problemas de saúde pública que não as

Apresentando o referencial teórico e construindo o objeto de estudo

doenças transmissíveis (envenenamentos na infância, abortos, câncer, acidentes, doenças do trabalho, etc.).

No entanto, é importante registrar que se discute uma nova concepção para o Sistema de Vigilância Epidemiológica, baseada num conceito ampliado de saúde, na discussão do modelo de Vigilância em Saúde e de uma Vigilância Epidemiológica à luz da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8080/90), que revisa a concepção de Vigilância Epidemiológica assentada na tríade *informação-decisão-controle* e propõe a reorganização de um Sistema de Vigilância:

que reconheça os indícios de danos (assintomáticos), os indícios de exposição (suspeitos), a situação de exposição (expostos), as condições e fatores de risco (grupos de riscos) e as necessidades sociais de saúde incorporando os condicionantes – modo de vida e os determinantes sócio-ambientais dos problemas de saúde das populações (BRASIL, 1990).

A Lei nº 8080/90, ao considerar o município como a instância privilegiada para o desenvolvimento de ações de saúde, impõe ao Sistema de Vigilância a necessidade de repensar suas formas de organização, redefinindo competências, estratégias de intervenção e fluxos de informações, ou seja, descentralizar as ações para o nível local e conceitua VE 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 e agravos.

Nessa perspectiva, a nova concepção do Sistema Nacional de Vigilância sob a lógica do SUS deve partir de uma análise da situação de saúde e dos seus determinantes, particularmente as condições de vida, através de

Apresentando o referencial teórico e construindo o objeto de estudo

informações e indicadores disponíveis de uma determinada região e município de interesse (TEIXEIRA, 1998a).

Na medida em que a saúde é direito de todos, pode-se admitir que problemas de saúde não se restringem a óbitos, doenças ou agravos. Será preciso ir além, ditando a necessidade de construir uma saúde pública dirigida a promover a saúde, e não preferencialmente a doença.

Nesse sentido, hoje, com profundas mudanças no perfil epidemiológico da população, no qual se observam o declínio das taxas de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias e o crescente aumento das mortes por causas externas e doenças crônico-degenerativas, tem se considerado que muitas enfermidades não transmissíveis são resultados do processo de transformação das sociedades modernas e que colocam em risco importantes grupos populacionais, impondo enfrentamentos coletivos (MONTEIRO, 2000). Desse modo, tem se discutido a necessidade da sistemática incorporação de doenças e agravos não transmissíveis ao escopo de atividades da Vigilância Epidemiológica, abrindo-se a perspectiva de ampliar o leque das Doenças de Notificação.

A ampliação de seu objeto de trabalho não deve ser reduzida à mera agregação progressiva de outras doenças, mas também deve haver a introdução de ações inovadoras de vigilância epidemiológica, para de fato a realizarmos segundo sua nova concepção.

Dependendo do grau de desenvolvimento do sistema local pode-se ir mais além do atual escopo da Vigilância Epidemiológica, incorporando-se gradativamente outras informações que contemplem o monitoramento e análise da situação de saúde das populações visando o enfrentamento mais global de seus problemas.

Apresentando o referencial teórico e construindo o objeto de estudo

A discussão e implantação de novos modelos assistenciais podem atender à proposta de transformação dos atuais sistemas de vigilâncias de doenças, num sistema de vigilância da saúde.

Apesar dos muitos esforços e da regulamentação legal, as ações de vigilância epidemiológica prestadas sob a égide do modelo de atenção biomédico, de cunho individual, ainda caracterizam-se, na sua maioria, por ações verticalizadas e voltadas para as ações de controle dos agravos de notificação.

Na discussão das questões ligadas à implementação da Vigilância Epidemiológica, como a ampliação de seu objeto de trabalho para além das doenças transmissíveis, o aperfeiçoamento dos métodos, a integração interinstitucional e a capacitação dos recursos humanos necessários, será preciso envolver os serviços de saúde em todos os níveis, para de fato reestruturá-los para a construção de uma prática de atenção que atenda às necessidades de saúde da população e que defenda a vida.

1.2 Construindo o objeto de estudo

Embora a concepção de Vigilância Epidemiológica como uma prática de saúde pública envolva vários aspectos e atividades, no presente estudo particularizaremos o nosso olhar para a prática da vigilância epidemiológica no tocante às ações voltadas ao atendimento das doenças de notificação compulsória.

Também neste estudo pretendemos trazer à discussão uma nova ordem para uma prática que chamamos de “vigilante”, entendendo-a como o modo de assistir atento, observador, interessado, não restrito a “vigiar para impedir o aparecimento de novos casos”, mas considerando-a como uma prática de atenção que deve permear todo o trabalho desenvolvido na Unidade Básica de Saúde, em consonância com os preceitos da Atenção Primária à Saúde.

Com a reorganização dos serviços de saúde, a partir do Sistema Único de Saúde – SUS, os antigos Centros de Saúde cedem lugar às chamadas Unidades Básicas de Saúde, Unidades Distritais ou de Nível Secundário, onde os atendimentos às necessidades de saúde estão sob a responsabilidade do setor público, obedecendo, ainda que com várias dificuldades, aos princípios norteadores do SUS.

Na sua implantação, as Unidades Básicas de Saúde – UBSs, foram pensadas como a porta de entrada do sistema público de serviços de saúde, que absorveriam grande parte das demandas e necessidades de saúde, atenderiam às intercorrências, encaminhariam para serviços especializados e para internações os casos de maior complexidade, acompanhariam

Apresentando o referencial teórico e construindo o objeto de estudo

programaticamente grupos etários ou pacientes crônicos, conheceriam as necessidades de saúde de sua população estabelecendo com esta, relação política, favorecendo a participação popular, ditada como um dos princípios do Sistema Único de Saúde (BOTAZZO, 1999).

No entanto, diante da conformação dos serviços de saúde no país, a UBS não é lugar do simples ou do menos complexo. Constitui-se, segundo Botazzo (1999, p. 20):

no lugar onde sujeitos se relacionam, se confrontam, se confundem, lugar que, por ser porta, estabelece já a diferença entre o “dentro e o fora”, e como se fosse unguida por uma super missão espera-se que 80% dos problemas que nela aportam sejam resolvidos.

A assistência a ser prestada refere-se ao atendimento de clínica médica, ginecologia-obstetrícia, pediatria, e nos serviços de apoio, quais sejam: aplicações de tratamento, coleta de exames, vacinação e visita domiciliária, voltada para o atendimento médico individual, centrado na queixa.

Enquanto na década de 70 a consulta médica representava principalmente um instrumento de intervenção em determinados problemas, sendo objeto de programas específicos como o materno-infantil e ou então voltada para o acompanhamento da demanda com problemas de saúde específico, como a tuberculose e hanseníase, na década de 1980, essa forma de assistência se confrontou com uma nova ordem para o atendimento médico, passando os usuários da rede básica a serem predominantemente pacientes com queixas atribuídas a diferentes problemas de saúde que aportam nos serviços por ocasião de um problema identificado (DALMASO, 2000).

Os programas tradicionais de Saúde Pública, como o de tuberculose e hanseníase, deixam de configurar o conjunto das ações cotidianas dos serviços de saúde e passam a “disputar” prioridade com o tratamento médico de

Apresentando o referencial teórico e construindo o objeto de estudo

doentes, o qual foi e tem se tornado quase que a única atividade permanente nas Unidades Básicas de Saúde (NEMES, 2000).

Essa mudança no volume da clientela, no perfil dos usuários e nas necessidades de saúde que se tornaram motivo de busca do serviço, impôs e impõe uma série de desafios aos trabalhadores das Unidades Básicas de Saúde.

Com as mudanças recentes na reestruturação do sistema de saúde, os serviços locais passam a atender a uma demanda já acostumada a pensar o cuidado da saúde como restrito à atenção médica. A atenção voltada à queixa principal do usuário, reconhecida pelo médico como o objeto único de sua prática, passa a ser também o principal objeto da organização do sistema de saúde, onde se destaca, e de forma crescente, a modalidade de pronto-atendimento (DALMASO, 2000).

Assim, as Unidades Básicas de Saúde, a partir dos anos 80, defrontaram-se com duas necessidades que pareciam cada vez mais prioritárias: “atender mais e atender logo” (BOTAZZO, 1999), o que fez com que a modalidade “pronto-atendimento” fosse se constituindo na forma aparentemente mais adequada de responder a estas necessidades.

De forma geral, o pronto-atendimento hoje nas UBS serve à esta nova ordem: responder à demanda por atendimento imediato do usuário, centrando a investigação na queixa principal, com vistas a um atendimento rápido e, conseqüentemente, de um número maior de pacientes.

As avaliações rotineiras do trabalho desenvolvido na UBS, restrito quase que exclusivamente à quantificação da produtividade do serviço para responder aos níveis superiores da administração dos serviços de saúde, mostram que a análise dos dados voltada para a organização da dinâmica do

Apresentando o referencial teórico e construindo o objeto de estudo

funcionamento da Unidade Básica, para o planejamento da assistência, seu perfil epidemiológico, e as necessidades de saúde de sua população adscrita é pouco realizada (NEMES, 2000).

As unidades de saúde foram “engolidas” pela assistência médica, modificando o seu caráter e perfil de atuação hegemônico das ações de prevenção que as caracterizava anteriormente, para a predominância da assistência médica individual e curativa sobre a programação de saúde (SCHOUT, 1994).

Conclui-se, assim, que:

...da situação de meio, o pronto atendimento passou a um fim em si mesmo (atendimento, e pronto). Isto porque foi disposto socialmente como um serviço independente, e não parte de outro, nos segmentos da assistência que não conformaram “rede” das ações. Surge, por consequência, como modalidade alternativa de assistência e de prática médica, por referência à que deveria ser complemento (SCHARAIBER, 1993, p. 14).

Assim, às UBSs cabem o atendimento clínico dos casos, a realização de exames laboratoriais, o acompanhamento dos casos diagnosticados para alguns, sem contudo, ter a dimensão das necessidades na sua área de abrangência, pouco conhecendo o risco desses agravos para a sua população adscrita, não podendo planejar suas ações de acordo com sua realidade, continuando a oferecer uma assistência, conforme já descrita, baseada no modelo clínico, restrito, biomédico, centrado no atendimento individual com ênfase na terapêutica de cada caso, sem o conhecimento do perfil epidemiológico local.

O “assistir”, que é realizado na maioria das vezes na modalidade “pronto-atendimento”, responde apenas à queixa do momento, sem a possibilidade de acompanhamento da evolução do paciente. Após a prescrição

Apresentando o referencial teórico e construindo o objeto de estudo

da terapêutica, completa-se a assistência. Nos casos que são necessários exames complementares, o ciclo é fechado no próximo retorno para saber o resultado, se o paciente retornar.

Essa mesma crítica pode ser estendida às Unidades Básicas de Saúde que mesmo nestes atendimentos programados, onde são previstos retornos e acompanhamento das atividades, restringem-se à atenção curativa, muitas vezes baseada exclusivamente em conduta medicamentosa.

Dessa forma vários serviços prestados pela UBS perderam sua características, ou deixando de ser realizados ou perdendo, diante da nova ordem para o atendimento, suas justificativas. O atendimento das doenças de notificação compulsória se constitui num exemplo disso, pois fazendo parte do atendimento prestado pela UBS, seguirá essa mesma lógica, trazendo à luz dificuldades para sua realização.

As dificuldades encontradas para o atendimento das doenças de notificação, com inúmeras outras do cotidiano dos serviços de saúde, revelam a necessidade de se repensarem as formas como os serviços de saúde estão organizados, operando mudanças na prática de atenção que considere uma visão ampliada de saúde, interpretando e considerando os determinantes, os agravos, os riscos não centrados apenas no saber biomédico, clínico, mas que considere a qualidade de vida, as relações de exclusão social, os indicadores sociais, as condições de nutrição e moradia, trabalho, entre outros, construindo uma forma de assistir que implique o “*vigiar*”, o interessar-se por, observando e considerando todas as informações sobre aquele indivíduo, família, comunidade, objeto de nossa ação de saúde e sujeito de sua própria história.

Acreditando nas muitas possibilidades existentes no trabalho do dia-a-dia das UBSs, que poderiam ser fatores desencadeadores de uma melhor

Apresentando o referencial teórico e construindo o objeto de estudo

assistência, que poderiam trazer à luz muitos conhecimentos disparadores de uma prática de saúde atenta ao paciente e às suas necessidades, traduzidas pelo seu estilo de vida, à sua vida em relação à região em que vive, entre outros, este trabalho se propõe a estudar, um dos componentes desta prática cotidiana, particularizando nosso olhar para o entendimento que os trabalhadores das UBSs constroem a respeito das ações da Vigilância Epidemiológica, através do atendimento das doenças de notificação.

Campos (1997, p. 68) diz que:

deslocar a luz da análise para este mundo da cotidianidade pode ser uma estratégia eficaz não só para o processo de construção de consciências críticas sobre o geral e o particular, mas centralmente ajuda cada homem dominado a superar os seus limites, a constituir-se como sujeito e a apostar na construção de outros que como ele acreditem no novo.

Assim, no universo do trabalho da UBS, diante de seus diversificados serviços e diante da clientela estratificada nos processos de desenvolvimento, é construída uma prática de atenção, que além de ser traduzida em atividades técnicas, está envolvida em significados, interesses que por sua vez constroem e compõem o modo de agir em saúde de seus agentes que deve ser considerado no enfrentamento da crise dos serviços de saúde.

Cuidar da estrutura física dos serviços de saúde, estabelecer fluxos e rotinas para atendimento, construir unidades de saúde, cuidar dos recursos humanos no tocante à sua qualificação para os atendimentos são medidas importantes a serem implementadas, que contribuem para melhorar a qualidade da assistência prestada. Mas além de todas essas questões, é também de grande importância avaliarmos a assistência à saúde, no tocante a prática de atenção voltada para o interior das ações de saúde, que constituem os

Apresentando o referencial teórico e construindo o objeto de estudo

processos de trabalho em saúde e conseqüentemente constroem as práticas de atenção à saúde. Ou seja, é importante considerarmos o *modus operandi* do trabalho em saúde. É preciso refletirmos sobre o trabalho humano que vem sendo realizado nas UBSs, como está sendo realizado, com quais propósitos, motivações, habilidades, vínculos e compromisso.

Merhy (1997, p. 118) enfatiza "...não basta injetar mais recursos no sistema, deve-se modificar o modo de gerir os serviços e de se trabalhar em saúde".

No trabalho em saúde, é preciso estar atento para reconhecer situações onde a ação necessária ainda não está desvendada, necessitando de um trabalho criativo, interessado, com comprometimento, para desvendar a sua subjetividade. É preciso ir além do trabalho aparente, da execução da tarefa rotinizada e normatizada.

Sobre o modo como os trabalhadores de saúde se relacionam com seu principal objeto de trabalho, a vida e o sofrimento dos indivíduos, Merhy (1997a, p. 123).

um dos grandes desafios é a busca de um outro modo de operar o trabalho em saúde e de construir a relação do trabalhador com os usuários do sistema de atenção à saúde, buscando uma relação mais solidária entre os próprios trabalhadores do ponto de vista de seu desempenho técnico.

No intuito de desvendar o cotidiano das atividades da unidade básica de saúde, nosso grande desafio é estudar como os trabalhadores do nível local entendem as ações de vigilância na assistência. Para tanto o nosso objeto de estudo vai centrar-se nas questões do "assistir" e "vigiar" na Unidade Básica de Saúde, através da prática da Vigilância Epidemiológica.

Entendemos que no processo de trabalho em saúde o "assistir" refere-se à assistência prestada enquanto função das categorias profissionais

Apresentando o referencial teórico e construindo o objeto de estudo

envolvidas no trabalho em saúde. O médico assiste, a enfermeira assiste, o auxiliar de enfermagem assiste e assim temos dentro da UBS a execução de procedimentos técnicos, as avaliações clínicas, as orientações dadas, culminando, enfim, com a chamada assistência prestada à saúde.

Assistir, do latim *assistere*, significa socorrer, ajudar, auxiliar, acompanhar um enfermo, prestar assistência (prestar cuidado). No Novo Dicionário Aurélio, 2000, a palavra aparece com o sentido de “fazer”, que para a nossa área de formação, é função precípua do trabalho em saúde: é no “fazer” que de uma maneira ou de outra acontece o atendimento rotineiro realizado pelos Serviços de Saúde. Como ele se dá, como ocorre essa assistência é objeto de inúmeros estudos que a analisam sob diferentes olhares.

A palavra *vigiar*, no entanto, originária do latim *vigilare*, significa observar atentamente, estar de sentinela, estar vigilante, estar alerta, implicando um significado que denota interesse, atenção. Azevedo (1974), em seu dicionário de sinônimos, a classifica no item entendimento, analógica ao verbete atenção, designando outras palavras para significá-la como: observação, análise, prestar atenção, considerar, dar ouvidos, dar vista a alguma coisa, examinar muito atentamente, sondar, investigar e interessar-se por. E, é para este último verbete que chamamos a atenção.

Transportando essas diferenças semânticas para a prática do trabalho nas UBSs, relacionadas como o *modus operandi* do trabalho, reforça a nossa intenção inicial em diferenciar o “assistir” do “vigiar”.

Na prática do trabalho em saúde, os dois vocábulos, enfim, se complementam, pois é preciso assistir vigiando e é preciso vigiar para assistir integralmente.

Apresentando o referencial teórico e construindo o objeto de estudo

Neste estudo, vigiar significa assistir, acompanhar um indivíduo, família, comunidade com um exercício profissional que ultrapasse os saberes técnicos, específicos de cada profissão, transformando uma prática que privilegie o estrito desempenhar de funções estabelecidas, para se envolver numa outra prática que revele o interesse em compreender as necessidades de saúde em questão, buscando suas relações com o meio social, político, cultural e físico no qual aquele sujeito, família ou comunidade estão inseridos, transformando-o e sofrendo as transformações.

Esse “vigiar” não se encontra sistematizado apenas por normas, atribuições e funções estabelecidas. Faz parte do “todo” do trabalho, do envolvimento do trabalhador com seu trabalho, é um fazer “empenhado”; é um “fazer-se incomodado”; é “estar com os olhos abertos”; é “montar sentinela”; é “observar atentamente”; é “manter vigilância”.

Compreendendo o trabalho em saúde como processo, esse “vigiar” também é um processo, não se restringindo apenas às ações ditadas focalmente pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica, devendo ser praticado por todos os trabalhadores da Unidade, seja no desenvolvimento de práticas individuais ou coletivas.

No cotidiano do trabalho em saúde, alguns trabalhadores se interessam, se preocupam e “*vigiam*” algumas situações, atendimentos, indivíduos, famílias; outros trabalhadores fazem uma prática estritamente voltada para as funções e atribuições da própria categoria, desarticulada, sem troca, sem estabelecer relações daquele trabalho com o universo político, familiar, social, epidemiológico, no qual está inserido aquele ou aqueles a quem a assistência está sendo destinada.

Apresentando o referencial teórico e construindo o objeto de estudo

Neste estudo, ao elegermos o trabalho na UBS como cenário, e nesta, a prática da VE, queremos contribuir com esta discussão.

Souza e Kalichman (1994, p. 472) acreditam que esse permanente vigiar da Vigilância Epidemiológica “pode ser a chave para a mudança de rumo na intervenção sobre o coletivo: na emergência da vigilância epidemiológica está o nascimento possível de outras vigilâncias, em busca da saúde”.

Merhy (1997, p. 135) aponta que devemos “problematizar o cotidiano, escutando os ruídos que os problemas colocados pelos diferentes atores em peleja apresentam... perguntar sobre o modo de - no cotidiano - sermos trabalhadores. O que fazer? Com que interesse?”

As UBSs, responsáveis pela assistência primária à população, constituem a porta de entrada da maioria dos casos notificados de algumas doenças. Para outras, como exemplo a tuberculose, os casos notificados acontecem em outro nível de atenção, o terciário conforme comprovado por Watanabe (1999).

Um dos problemas encontrados na prática das ações da Vigilância Epidemiológica no nível local, como já foi dito anteriormente, é a subnotificação de casos, constituindo um sério entrave no desencadeamento das ações de controle, conforme também encontrado por Teixeira (1998), quando analisou as dificuldades do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, no nível nacional.

Igualmente no nível local este problema é presente, agravado pelo fato de que notifica-se o caso para a Vigilância Distrital e a ação de vigilância está falsamente concluída, terminada. Ao notificar o caso suspeito para a equipe de Vigilância Epidemiológica do Distrito, os profissionais de outros níveis de atenção transferem a responsabilidade da continuidade do seguimento para a

Apresentando o referencial teórico e construindo o objeto de estudo

equipe de Vigilância do Distrito, que tem assumido o caso e o desencadeamento das ações de controle, desarticuladamente de onde o problema se originou ou foi notificado.

Essa atitude denota uma concepção da ação de vigilância “fora” do processo de trabalho da Unidade Básica de Saúde, bem como dos seus trabalhadores, de sua equipe.

Parece existir uma concepção de que esse “vigiar” não faz parte das atribuições dos profissionais das UBSs. Esse “vigiar”, “interessar-se por”, é função dos profissionais específicos do Serviço de Vigilância Epidemiológica. Os motivos de tais comportamentos precisam ser compreendidos e analisados, para que as ações de vigilância sejam implementadas pelos próprios trabalhadores das UBSs que poderiam contribuir com o seu trabalho por meio do conhecimento dos problemas de saúde de sua área de atuação, pensando sobre seus determinantes, conhecendo as áreas de maior risco, indivíduos ou famílias mais expostas, desenvolvendo atitudes de interesse, de sentinela para os problemas de saúde de sua população adstrita. ***Não basta apenas notificar, é preciso “vigiar”!*** Sistemáticamente.

Os motivos que levam a tal concepção e atitudes têm múltiplas origens, sendo algumas oriundas da própria história da organização do sistema de vigilância epidemiológica no Brasil; outras, da maneira como entendemos o trabalho em saúde; outros, de como a assistência está organizada no nível municipal, estadual, federal, e além dos que ainda precisariam ser conhecidos e explicitados.

Na observação das ações dos serviços de saúde, além da notificação de doenças, nos deparamos com muitos outros problemas de saúde que correspondem aos requisitos tidos como necessários para desencadear ações

Apresentando o referencial teórico e construindo o objeto de estudo

de controle e prevenção, busca ativa de casos, de outros expostos, descobrir aqueles com maiores riscos de adoecerem, os fatores causais, entre outros. No entanto, esses problemas representam agravos ou doenças que não fazem parte do rol das doenças de notificação compulsória, mas que perfeitamente poderiam valer-se da visão epidemiológica para compreendê-las e acompanhá-las.

Atualmente, as causas mais freqüentes de mortalidade geral e morbidade, referem-se às doenças crônico-degenerativas, como as doenças cardiovasculares, as neoplasias, etc. (MONTEIRO, 2000) e essas demandas fazem parte dos problemas atendidos nas UBSs.

Acreditamos que a prática da vigilância epidemiológica, com seus principais objetivos, nos trazem importantes questões que podem servir como balizas para ações de vigilância em todas as áreas de atendimento da UBS.

Torna-se evidente um movimento “universal” em torno da reforma dos sistemas de saúde e no âmbito local, mais precisamente, no nosso município achamos especialmente oportuno a realização de tal estudo no momento em que a Secretaria Municipal de Saúde abre discussão, sobre a reestruturação dos serviços de saúde, repensando a forma como a atenção à saúde está sendo realizada no município. Acreditamos que estudos que buscam refletir e desvendar entendimentos sobre a prática dos serviços no nível local podem trazer contribuições concretas na reformulação destes serviços.

Assim, esta investigação tem como *objeto*: a prática da vigilância epidemiológica nas Unidades Básicas de Saúde e a organização da assistência no nível local.

Apresentando o referencial teórico e construindo o objeto de estudo

Os pressupostos teóricos, segundo Minayo (2000b), delineados para encaminhar a compreensão do objeto de estudo, são afirmações provisórias a respeito do problema em estudo.

Partindo da reflexão de todos os aspectos aqui apresentados, apresentamos os seguintes *pressupostos*:

- ✓ Que as ações de Vigilância Epidemiológica nas Unidades Básicas de Saúde estão restritas quase que exclusivamente à notificação de doenças de notificação compulsória;
- ✓ Que as ações da Vigilância Epidemiológica nas Unidades Básicas de Saúde configuram-se mais por coleta de dados e repasse de informações para o nível central do que por ações preventivas e de controle dos agravos à saúde;
- ✓ Que os trabalhadores das Unidades Básicas de Saúde percebem a prática da vigilância epidemiológica como uma prática fora de suas atribuições profissionais;
- ✓ Que a realização das ações de vigilância epidemiológica apresentam potencialidades para construção de um agir pautado pela integralidade das ações e pela responsabilização em relação à clientela.

Nesse contexto, este trabalho tem como *objetivos*:

GERAL

- Analisar como se conforma a prática da vigilância epidemiológica nas Unidades Básicas de Saúde, no município de Ribeirão Preto, no contexto do SUS.

Apresentando o referencial teórico e construindo o objeto de estudo

ESPECÍFICOS

- Identificar a compreensão dos trabalhadores da saúde das Unidades Básicas de Saúde, quanto às práticas de Vigilância Epidemiológica no cotidiano de suas ações;
- Conhecer e discutir a perspectiva de descentralização das ações de vigilância para os casos de doenças de notificação compulsória para a Unidade Básica de Saúde.

Apresentando o referencial teórico e construindo o objeto de estudo

2 Metodol

ogia

2 Metodologia

A ciência é uma das formas que exprime uma busca do homem pelo conhecimento da sua realidade, sendo que uma outra forma de conhecer se dá pela vivência desta realidade.

Minayo (2000b, p. 90) afirma que:

nada pode ser intelectualmente um problema, se não tiver sido em primeira instância um problema da vida prática, podendo se afirmar que a escolha de um tema não emerge espontaneamente do nada, mas surge como fruto da inserção no real.

Este estudo caracteriza-se, segundo seus objetivos, como um trabalho descritivo, exploratório realizado sob a forma de levantamento sistemático do fenômeno que se constituiu como nosso objeto de conhecimento (SANTOS, 2000). Trata-se de uma pesquisa estratégica, pois se orienta para problemas que surgem na sociedade, e lança luz sobre determinados aspectos da realidade e sua finalidade é a ação (MINAYO, 2000b).

Como nos propomos a fazer uma investigação que se aprofunda no mundo dos significados das ações e relações humanas, que são determinadas pelas visões de mundo, crenças, valores, aspirações, difícil de ser medido ou quantificado por parâmetros estatísticos, desenvolveremos nosso estudo baseado na abordagem qualitativa.

Chizzotti (1991) infere que, na pesquisa qualitativa, todas as pessoas que dela participam são reconhecidas como sujeitos que elaboram

conhecimentos e produzem práticas para intervir nos problemas que identificam.

Na elaboração deste estudo houve duas grandes etapas:

- ✓ a primeira, que chamamos de conceitual, tratou de delimitar o objeto-prática da vigilância epidemiológica na Unidade Básica de Saúde e fez uma revisão bibliográfica sobre o tema e questões que a ele estão vinculadas, como a conformação da rede básica no Brasil, os modelos assistenciais e a vigilância epidemiológica como prática de saúde pública, que nortearão e permearão todo o nosso olhar sobre a realidade;
- ✓ a segunda etapa, que chamamos empírica, foram montados roteiros de entrevistas e feitos testes-piloto, estabelecidos critérios de escolha para os locais de investigação, sorteados os trabalhadores a serem entrevistados, realizadas as entrevistas e tratados os dados empíricos.

O estudo foi realizado no município de Ribeirão Preto, em cinco Unidades Básicas de Saúde pertencentes à rede municipal de serviços de saúde.

2.1 O campo da investigação

O município

Ribeirão Preto localiza-se ao norte do estado de São Paulo, com 505.012 habitantes, segundo dados do Departamento de Planejamento da Secretaria Municipal da Saúde baseados no censo demográfico do IBGE do ano 2000. Está localizado numa região considerada como uma das mais ricas do estado de São Paulo, apresentando elevado padrão de vida (renda, consumo, longevidade), com localização privilegiada, próxima a importantes centros consumidores, e acesso facilitado devido à boa qualidade de infraestrutura de transportes e comunicação. Destaca-se como município-sede da região e se constitui num pólo de atração para atividades comerciais e de prestação de serviços, concentrando sua atividade econômica principal na agroindústria canavieira. Na área educacional, conta com importante centro de formação, com estabelecimentos de ensino público e privado, com destaque para os cursos da área da saúde, revelando-se como importante centro de pesquisa do estado e do país.

A estrutura etária da população, segundo dados elaborados pelo Departamento Econômico da CODERP (Companhia de Desenvolvimento Econômico de Ribeirão Preto), é semelhante a do estado de São Paulo com uma forte concentração da população na idade ativa (15-64 anos), possuindo cerca de 99% da população vivendo na área urbana.

Ribeirão Preto possui uma ampla rede educacional que vai do ensino básico ao universitário. Pólo universitário, a cidade atrai muitos estudantes da região, principalmente para o ensino superior.

O município conta ainda com o abastecimento de água em 100% das casas existentes e regularizadas na cidade e com coleta de lixo que abrange 97,15% da população.

Para a prestação de serviços em saúde conta com um complexo de equipamentos médico-sanitários e profissionais em grande número e diversidade.

Na década de 80, a participação dos municípios em geral, inclusive Ribeirão Preto, na assistência à saúde da população era pequena, pois cabia ao estado, através de rede própria e da rede privada financiada por ele mesmo, prestar assistência aos previdenciários, ficando a primeira responsável pelas ações preventivas de saúde pública, de caráter coletivo e pelo atendimento dos não previdenciários, e a segunda pelas ações de cunho individual e curativo.

Com a implantação das Ações Integradas de Saúde, em 1983, o município começa a se envolver com a assistência básica de sua população, ampliando a rede municipal tanto em número de Unidades Básicas existentes como na complexidade dos serviços oferecidos.

Com a implantação do Sistema Único de Saúde, advém a municipalização da saúde, na perspectiva da descentralização dos serviços de saúde, e gradativamente o município foi assumindo a gestão da atenção à saúde,. A rede de serviços é novamente ampliada e conta atualmente com 28 Unidades Básicas de Saúde (UBS), cinco Unidades Distritais de Saúde (UBDS), três Centros de Assistência Psicossocial, oferecendo atendimento básico e especializado, um ambulatório regional de especialidades e o atendimento hospitalar, através de hospitais conveniados e contratados sendo, nove hospitais gerais, dois psiquiátricos e duas maternidades. Conta com extenso setor de apoio diagnóstico, conveniado, contratado e público.

Conforme preconizado pelo SUS, o município assume a gestão da assistência à saúde de sua população, fazendo-a através da Secretaria Municipal de Saúde. A partir de 1999, passa a trabalhar em regime de gestão plena do sistema, ou seja, assume a completa responsabilidade sobre a gestão da prestação de serviços: cadastramento, contratação, controle e pagamento de prestadores entre outras atividades. Atualmente ganha ênfase na Secretaria Municipal de Saúde a implantação do Programa de Saúde da Família, conforme orientação do Ministério da Saúde, sendo que já conta com 14 equipes de saúde municipal, sendo 09 equipes formadas por servidores municipais distribuídos em algumas das UBS e cinco núcleos de Saúde da Família, localizados na zona oeste da cidade, na área básica do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo aos quais se vinculam.

2.2 O local de estudo

Para a realização do presente estudo, foram escolhidas algumas Unidades Básicas pertencentes aos cinco Distritos de Saúde.

Os critérios de escolha das UBSs em estudo levaram em conta:

- ✓ *vínculo institucional*: ou seja, todas as UBSs pertencem ao governo municipal;
- ✓ *natureza das atividades prestadas*: levamos em conta se as atividades prestadas se enquadravam na classificação de nível

básico de atendimento, excluindo as Unidades Distritais de Saúde que concentram também atendimentos especializados e de urgência, em jornadas de 24 horas.

- ✓ ***porte (tamanho)***: com este critério procuramos representar unidades de grande porte e de pequeno porte, levando em consideração a quantidade de recursos humanos e o número de consultórios existentes na UBS;
- ✓ ***perfil de recursos humanos***: todas deveriam ter um gerente, pelo menos um enfermeiro, auxiliares de enfermagem e médicos das especialidades: pediatria, ginecologia-obstetrícia e clínica médica;
- ✓ ***distribuição geográfica***: procurou-se levar em conta as cinco regiões distritais que compõem a rede de serviços básicos públicos de saúde;
- ✓ ***clientela atendida (produção de atendimentos)***: observamos neste critério o número de atendimentos realizados pela UBS no ano de 2002, sendo escolhidas as unidades de maneira a diversificar as que apresentaram maior e menor n^o de atendimentos.

Mediante esse estudo, foram escolhidas as seguintes UBSs como locais de estudo:

- ✓ UBS VILA RECREIO
- ✓ UBS PARQUE RIBEIRÃO PRETO
- ✓ UBS ÁREA MATERNO-INFANTIL
- ✓ UBS VALENTINA FIGUEIREDO
- ✓ UBS JARDIM ZARA

Cada unidade escolhida pertence a uma área distrital, que é composta na sua maioria por cinco Unidades Básicas, exceto a Distrital do Sumarezinho que congrega nove Unidades Básicas de Saúde, compreendendo uma

população estimada em 129.000 habitantes, conformando a maior área distrital do município.

Todas as Unidades de Saúde oferecem atendimento básico à saúde, compreendendo as atividades de consultas médicas de pediatria, clínica médica e ginecologia-obstetrícia em atendimentos programados como também na modalidade de pronto-atendimento para casos de urgência; atendimento de enfermagem; aplicações de tratamento; consulta de enfermagem; visita domiciliária; coleta de material para exames laboratoriais, atendimentos odontológicos, pré e pós-consulta, e imunização (exceto em uma delas, que deixou de realizar a atividade por dificuldade com a planta física).

Apresentamos a seguir, a produção de atendimentos das referidas Unidades Básicas, relacionada a consultas médicas e atendimentos da equipe de enfermagem realizados no ano de 2002, ilustrando o critério adotado referente à produção de atendimentos.

Quadro 2 – Total de atendimentos realizados pela equipe médica e de enfermagem nas Unidades Básicas de Saúde estudadas no ano de 2002

Atendimentos Realizados	UBS Área Materno-infantil *	UBS Parque Rib. Preto*	UBS Vila Recreio*	UBS Jardim Zara	UBS Val. Figueiredo
Cons. Médica Pediatria	13.561	17.689	11.942	4.112	3.860
Cons. Médica Clínica Médica	19.257	10.127	11.219	3.107	2.893
Cons. Médica Gin.-Obstetrícia	7.062	6.175	6.498	2.549	1.574
Enfermagem**	190.533	104.135	21.149	59.436	62.272

Fonte: Relatórios da produção anual das UBSs, elaborados pela Divisão de Informática da SMS-RP

*UBS com horário de atendimento extensivo ao período vespertino

**incluimos neste item os atendimentos da equipe de enfermagem realizados pelos enfermeiros e profissionais de nível médio

2.3 A população de estudo

Metodologia

Para a realização do atendimento à população adscrita, todas as UBSs contam com uma equipe de saúde formada por médicos pediatras, ginecologistas e clínicos; enfermeiros, auxiliares e/ou técnicos de enfermagem; dentistas; liderada pelo gerente da Unidade, profissional de nível universitário que poderá ser de diferente categoria profissional.

No Quadro 3, explicitamos as equipes de saúde das Unidades escolhidas.

Quadro 3 – Perfil da equipe de saúde das Unidades de estudo, segundo categoria profissional

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE	MÉDICOS	ENFERMEIROS	AUX. e TÉCNICOS ENFERMAGEM	DENTISTAS
UBS VAL. FIGUEIREDO	04	01	03	02
UBS JARDIM ZARA	04	01	03	02
UBS VILA RECREIO	12	02	16	08
UBS AREA MAT. INFANTIL	16	03	18	03
UBS PARQUE RIB. PRETO	12	03	17	06

Fonte: Departamento de Recursos Humanos da SMS-R.P. 2002

Mediante o número de profissionais encontrados nas Unidades, procedemos a um sorteio na presença do gerente das UBSs para a escolha dos profissionais a serem entrevistados, sendo sorteados um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e o gerente de cada uma das UBSs do estudo, totalizando vinte entrevistas.

Metodologia

Assim constituímos nossa população de estudo, da qual apresentamos algumas características, no quadro a seguir.

Quadro 4 – Caracterização dos trabalhadores entrevistados no nível local, segundo formação profissional e outros aspectos profissionais

NÚMERO	FORMAÇÃO/ESPECIALIZAÇÃO	TEMPO DE FORMAÇÃO (ANOS)	TEMPO DE TRABALHO NA SMS (ANOS)	ÁREA DE ATUAÇÃO
1	Médica gin.-obst.	12	07	G.O
2	Aux. Enfermagem	12	09	Todas atividades
3	Enfermeira	16	12	Gerente
4	Aux. Enfermagem	11	10	Todas atividades
5	Médica pediatra	11	08	Pediatria
6	Enfermeira	16	14	Enfermagem
7	Enfermeira	20	12	Gerente
8	Enfermeira	16	11	Enfermagem
9	Aux. de enfermagem	12	12	Pré-pós-cons.
10	Médico gin.-obstr.	26	12	G.O
11	Aux. de enfermagem	12	10	Pré-pós-cons.
12	Médica pediatra	20	19	Pediatria
13	Enfermeira	13	10	Gerente
14	Médico neurologista	20	01	Clínica-Médica
15	Aux. de enfermagem	20	10	Pré-pós-cons.
16	Dentista	19	05	Gerente
17	Enfermeira	22	10	Enfermagem
18	Enfermeira	21	10	Enfermagem
19	Médico cardiologista	22	14	Gerente
20	Enfermeira	23	12	Enfermagem

Legenda: pré e pós-consulta que podem ser nas áreas da clínica médica, pediatria ou G.O
G.O. = ginecologia e obstetrícia

É importante ressaltar que os auxiliares de enfermagem que trabalham em UBSs consideradas de pequeno porte não têm escala fixa de trabalho, ou

seja, realizam todos os atendimentos de nível médio, dividindo o trabalho com os demais profissionais de enfermagem da UBS. Todos os trabalhadores que agora estão assumindo a função de gerente, trabalharam anteriormente na SMS-RP em outra função, sendo relatado como seis anos o maior período de tempo encontrado no exercício da função de gerente. Duas gerentes que são enfermeiras relataram que exercem também atividades técnicas da enfermagem, quando necessário, nas situações de ausência do enfermeiro da UBS.

Todos os enfermeiros e auxiliares de enfermagem entrevistados tiveram como experiência profissional anterior o trabalho na rede hospitalar.

2.4 A coleta de dados

As entrevistas

Ao lançar o olhar sobre o que os trabalhadores pensam e dizem, suas percepções e atitudes a respeito de suas próprias ações na prática da vigilância epidemiológica, poderemos analisar como estes atores constroem a sua prática.

Segundo Minayo (2000a), com as entrevistas podemos obter dados objetivos e dados subjetivos (que se referem à opinião dos sujeitos, suas visões de mundo...), assim escolhemos a entrevista na forma semi-estruturada para a coleta dos dados, pois em tal modalidade, não há necessidade de uma seqüência rígida quanto aos assuntos a serem abordados, eles emergem da

fala dos entrevistados. É dada uma questão para dar oportunidade para o entrevistado abordar o tema proposto, deixando-o livre para expor suas idéias.

o entrevistador se libera de formulações prefixadas, para introduzir perguntas ou fazer intervenções que visam a abrir o campo de explanação do entrevistado ou a aprofundar o nível de informações ou opiniões. A ordem dos assuntos abordados não obedece a uma seqüência rígida e sim, é determinada freqüentemente pelas próprias preocupações e ênfase que os entrevistados dão aos assuntos em pauta. A quantidade de material produzida tende a ser maior e com um grau de profundidade incomparável em relação ao questionário, porque a aproximação qualitativa permite atingir regiões inacessíveis à simples pergunta e resposta (MINAYO, 2000b, p. 122).

Triviños (1990), coloca que a entrevista semi-estruturada é aquela que em geral, parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa, e que, em seguida, oferecem novas interrogativas à medida em que se recebem as respostas dos informantes.

Na tentativa de melhor ajustá-las a este preceito, elaboramos um roteiro e o submetemos a um teste-piloto realizando cinco entrevistas em três unidades diferentes das escolhidas para o estudo. Também discutimos com alguns técnicos da Vigilância Epidemiológica da SMS-RP, revisando-o mais uma vez com a finalidade de melhor ajustá-lo aos objetivos do estudo e novamente foi testado através de duas entrevistas, chegando a sua forma final (APÊNDICE A) que foi a mesma aplicada a todos os trabalhadores entrevistados, independente da formação ou função. Realizamos a coleta de dados durante os meses de setembro e outubro de 2002.

Todas as entrevistas foram individuais, gravadas após o prévio consentimento dos entrevistados e realizadas no próprio local de trabalho, obedecendo a um agendamento prévio para não atrapalhar o atendimento da demanda da UBS. A duração da entrevista não foi pré-estabelecida.

Segundo Triviños (1990, p. 146):

o ambiente, o contexto no qual os indivíduos realizam suas ações e desenvolvem seus modos de vida fundamentais tem um valor essencial para alcançar das pessoas uma compreensão mais clara de suas atividades. O meio, com suas características físicas e sociais, imprime aos sujeitos traços peculiares que são desvendados à luz do entendimento dos significados que ele estabelece.

2.5 Fontes documentais

A análise documental foi outro recurso utilizado complementando as entrevistas, utilizando como documentos, relatórios do Sistema Nacional de Agravos Notificáveis (SINAN), bem como relatórios do Departamento de Vigilância à Saúde da Secretaria Municipal da Saúde e Plano de Saúde Municipal, e demais impressos do Sistema de Vigilância Epidemiológica.

2.6 Aspectos éticos

O presente estudo foi apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, tendo sido aprovado nesta instância (ANEXO B).

De acordo com o disposto nos artigos 10 a 16 das Normas de Pesquisa em Saúde do Conselho Nacional de Saúde, em sua Resolução 196/96, todos

os entrevistados assinaram um Termo de Consentimento, declarando estar de acordo com sua participação na referida investigação (APÊNDICE B).

Vale também destacar que este projeto foi apresentado para os integrantes da equipe do Departamento de Vigilância à Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, no intuito de discutir os objetivos propostos de acordo com o movimento de reestruturação da Divisão de Vigilância Epidemiológica desta Secretaria. O projeto foi aceito e avaliado como de grande relevância na reestruturação do trabalho da Vigilância Epidemiológica no município, conferindo a legitimidade necessária às investigações científicas (ANEXO C).

2.7 A análise do material empírico

Optamos pela análise de conteúdo, que segundo Bardin (apud MINAYO, 2000b), pode ser definida como:

um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens.

Optamos pela análise temática, uma das técnicas de análise de conteúdo, que “consiste descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação e cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico escolhido” (MINAYO, 2000b, p. 209).

Para MINAYO (2000b), a análise temática busca “atingir os significados manifestos e latentes no material qualitativo”.

Operacionalizamos a análise dos dados seguindo as fases de pré-análise, ordenação dos dados, classificação ou tratamento dos dados e interpretação, acompanhando o preconizado por essa mesma autora.

Para a realização da análise temática, a partir do material obtido através das transcrições das entrevistas, buscamos descobrir os núcleos de sentido, que representam “uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado” (MINAYO, 2000b, p. 209).

Assim, ao analisarmos os dados empíricos, construídos a partir das opiniões, pensamentos, concepções, significados dos trabalhadores sobre a prática da VE, surgiram quatro temas, que resumem o percurso citado acima, através dos quais a discussão será realizada.

Apresentamos abaixo os temas evidenciados, a partir da análise do material empírico:

- 1. Concepção de Vigilância Epidemiológica*
- 2. Cotidiano do atendimento das doenças de notificação compulsória nas Unidades Básicas de Saúde*
- 3. Significado das ações de Vigilância Epidemiológica para a assistência prestada pela Unidade Básica e comunidade*
- 4. Perspectivas das ações de vigilância epidemiológica na Unidade Básica de Saúde – a descentralização*

É importante registrar que, no cenário da UBS, no cotidiano da execução do trabalho, estes conhecimentos aglutinados aqui em quatro

diferentes temas, se articulam, pois o entendimento da prática da vigilância epidemiológica é um produto do pensar (definir, conceituar, compreender), do fazer (aplicar), da análise e da avaliação que os trabalhadores da Unidade Básica fazem sobre este objeto: a prática da vigilância epidemiológica.

Para cada uma dessas unidades temáticas, foi elaborado um quadro, distribuindo os trabalhadores por categoria profissional e as UBSs de origem, em busca, agora, das sínteses para cada tema encontrado.

Quadro 5 – Disposição da fala dos trabalhadores, segundo a categoria profissional e a Unidade Básica de Saúde

Unidade Temática: Concepção da VE	UBS Vila Recreio	UBS Jardim Zara	UBS Val. Figueiredo	UBS Pq. Rib. Preto	UBS Área Materno-Infantil	SÍNTESE
MÉDICOS	(falas)	(falas)	(falas)	(falas)	(falas)	
ENFERMEIROS	(falas)	(falas)	(falas)	(falas)	(falas)	
AUX. DE ENFERMAGEM	(falas)	(falas)	(falas)	(falas)	(falas)	
GERENTE	(falas)	(falas)	(falas)	(falas)	(falas)	
SÍNTESE						

Sucessivamente esta forma de análise continuou para cada Unidade Temática, não justificando, embora estivéssemos trabalhando com categorias profissionais diversas, separarmos as análises por categoria profissional ou por Unidade Básica estudada, devido a sínteses convergentes encontradas.

As falas analisadas por todos os cruzamentos levaram-nos a dois grandes blocos de categorias empíricas.

2.8 A construção das categorias empíricas

Ao analisarmos as manifestações imediatas, identificadas pelas falas dos profissionais entrevistados, foram emergindo duas categorias empíricas.

Categorias se referem “a um conceito que abrange elementos ou aspectos com características comuns ou que se relacionam entre si... agrupar elementos, idéias ou expressões em torno de um conceito capaz de abranger tudo isso” (GOMES, 2000, p. 70).

As duas categorias empíricas construídas dizem respeito à compreensão da prática da Vigilância Epidemiológica nas UBS, em dois aspectos: “*controlar e prevenir*” e “*assistir e vigiar*”.

A primeira categoria, “*controlar e prevenir*” aglutina a concepção de vigilância epidemiológica como uma ação restrita ao controle e prevenção de doenças, que justifica a notificação obrigatória de doenças, associada também à visão de vigilância epidemiológica como um órgão, parte de uma Instituição, aqui no caso da SMS-RP, que seriam os responsáveis pela execução dessas ações.

A segunda categoria, “*assistir e vigiar*”, envolve uma concepção de vigilância epidemiológica articulada à organização da assistência, conseqüentemente envolta nos problemas do cotidiano da assistência na Unidade Básica de Saúde, como a sobrecarga de atividades, a falta de acompanhamento dos casos atendidos, o despreparo dos recursos humanos; e a visão de vigiar originando um novo modo de agir em saúde, pautado não apenas no atendimento aos danos, mas na atenção às condições de existência dos homens no seu viver cotidiano, no modo de “andar a vida”, seja individual ou coletivamente (MENDES, 1996).

3 O contexto da Vigilância Epidemiológica no
município de Ribeirão Preto

3 O contexto da Vigilância Epidemiológica no município de Ribeirão Preto

Neste capítulo, apresentamos como se constitui a prática de VE no município de Ribeirão Preto, resultado de nossa investigação nas fontes documentais e dos depoimentos dos entrevistados, podendo, assim, ser considerado como parte dos resultados.

Precede a exposição dos resultados obtidos pelas entrevistas, por ser o pano de fundo destes depoimentos, servindo a eles como contexto político-institucional.

3.1 A constituição do Serviço de Vigilância no âmbito municipal

Com a adoção da proposta de descentralização do sistema de saúde, a municipalização passou a ser compreendida como a possibilidade de implantação de tal diretriz a nível administrativo, político e técnico, conferindo ao sistema de saúde local maior autonomia e responsabilidade na reestruturação dos serviços de saúde.

O contexto da Vigilância Epidemiológica no município de Ribeirão Preto

O processo de municipalização da saúde no município de Ribeirão Preto iniciou-se no final de 1983, havendo, a partir desse período, significativa ampliação da rede básica de saúde, passou a assumir em 1995 a gestão semi-plena e, em 1999, a gestão plena do sistema de saúde, que é a mais avançada do processo de municipalização, levando o município a assumir a direção do sistema de saúde local, segundo as regulamentações da NOB/96.

Anteriormente ao processo da municipalização, as ações da VE eram de responsabilidade da Secretaria Estadual da Saúde, através do então Departamento Regional de Saúde, que em 1988 elaborou documento propondo a descentralização dessas atividades. Diz o documento:

A manutenção de um Sistema de Vigilância Epidemiológica verticalizado não encontra mais respaldo técnico ou político, salvo em circunstâncias especiais onde é exigida em nível local a execução de atividades bastante específicas, como no controle de vetores, mesmo assim estas atividades também deverão ser descentralizadas (SÃO PAULO, 1989).

A partir de 1989, em resposta ao postulado acima, foi implantado o Núcleo de Vigilância Epidemiológica da SMS, formado por uma médica sanitária e uma enfermeira, passando a assumir a execução de todas as atividades da VE, com a criação de um fluxo de informações para as notificações compulsórias de doenças, definidas para investigação e controle.

As ações previstas, inicialmente, pelo então chamado, Núcleo de VE da SMS-RP, eram: implantar a notificação das DNCs e de interesse em saúde escolar em todas as UBSs; avaliar os programas de controle da tuberculose e hanseníase existentes; supervisionar, coordenar, orientar e executar investigações epidemiológicas e ações de vigilância; avaliar os postos de vacinação das UBSs, considerar casos de complicação vacinal; coordenar a

O contexto da Vigilância Epidemiológica no município de Ribeirão Preto

vacinação do escolar no município, estabelecendo objetivos, metas, cobertura vacinal; analisar o comportamento epidemiológico das doenças sob vigilância, estudando a incidência e prevalência no âmbito municipal para detectar a ocorrência de epidemias (RIBEIRÃO PRETO, 1989).

Mais recentemente, o antigo Núcleo de VE transformou-se em Departamento de Vigilância em Saúde e foi constituindo e ampliando sua equipe de trabalho com a contratação de diversos profissionais, tais como: médicos, enfermeiras, visitadores sanitários, entre outros.

Apesar de a SES-SP propor a participação de médico sanitário com formação em saúde pública, até no final dos anos 80, o município não dispunha desse profissional em número suficiente para compor o quadro de pessoal da VE e um dos profissionais eleitos para desenvolver as atividades na VE foi o enfermeiro de saúde pública. A partir de 1989, houve uma inserção de enfermeiros na Divisão de Vigilância Epidemiológica gradativamente crescente, culminando com um pico de contratações em 1993, quando o município operacionalizou a organização da assistência em cinco regiões, denominadas Distritos de Saúde (SÃO PAULO, 1989).

Para atender ao processo de distritalização adotado no município, a Divisão de VE também se organizou em equipes distribuídas nos cinco distritos, chamadas de equipes distritais e constituiu uma equipe no nível central.

As atribuições dos profissionais do nível central da VE da SMS-RP se voltam para aspectos gerenciais e de gestão do SVE, tais como: coordenação, planejamento e organização de ações de VE e imunização, bem como atividades educativas e de análise e estatísticas das DNCs e da cobertura vacinal. No nível central também foram designados os responsáveis pelo gerenciamento dos Programas de Tuberculose, Hanseníase e Aids.

O contexto da Vigilância Epidemiológica no município de Ribeirão Preto

Às equipes distritais coube: receber as notificações das DNCs, digitá-las no SINAN, acompanhar a rotina da ocorrência das DNCs e dos agravos inusitados da saúde de sua área de abrangência; desenvolver ações de VE como a busca ativa, a investigação de todos os casos notificados e ações de controle específico; acompanhamento da cobertura vacinal; orientação técnica na área da VE e de imunização para os profissionais das UBSs, hospitais, escolas, creches, etc; intensificações de vacinação para grupos populacionais específicos; divulgação da ocorrência das DNCs na área para os serviços de saúde, equipamentos sociais e população da área distrital.

Como já foi dito, com a distribuição dos técnicos da VE em equipes, e ampliação das atividades da VE, tornou-se necessário o aumento do quadro de pessoal, o que levou à contratação de enfermeiras, consolidando trabalho da enfermagem nesta área, que desde então vem se constituindo na categoria mais numerosa do setor.

No ano de 2002, o quadro de recursos humanos da Divisão de VE da SMS-RP contava com pessoal técnico de 16 enfermeiros, quatro médicos sanitaristas, um médico infectologista, seis visitantes sanitários, além dos escriturários, motoristas e outros.

A Divisão de VE da SMS-RP até 1997 trabalhou com o sistema manual de notificação de doenças, conforme o preconizado pelo Centro de Vigilância Epidemiológica da SES-SP, implantando em 1998 o Sistema Informação de Agravos Notificáveis (SINAN) à princípio no nível central, descentralizando para o nível distrital no ano seguinte. Este sistema do Ministério da Saúde foi concebido com o propósito de ser utilizado em todo o território nacional, a partir do nível local, visando à racionalização do processo de coleta e transferência de dados relacionados às doenças e agravos de notificação compulsória.

O contexto da Vigilância Epidemiológica no município de Ribeirão Preto

Substituiu os instrumentos manuais de transferência de informações, entre as três esferas de governo, através do uso de instrumentos de informática. Em Ribeirão Preto, o nível distrital de VE da SMS compila através desse sistema todas as notificações recebidas das UBSs da área de abrangência, que após serem digitadas, são repassadas ao nível central para então serem encaminhadas as informações para o nível regional da SES-SP, representada pela Direção Regional de Saúde (DIR-18).

O uso desse sistema levou à substituição dos antigos impressos do Sistema de Vigilância (ANEXO D), por impressos específicos para a notificação de doenças e coleta de exames laboratoriais específicos (ANEXO E) e o uso de novas fichas epidemiológicas padronizadas para cada doença de notificação.

O município conta ainda com o SIVE, um sistema “particular” de notificação de doenças e agravos, que contempla os agravos à saúde de interesse municipal, não contempladas pelo SINAN.

Em 2002, foram realizadas 8.713 notificações de DNC e agravos de interesse municipal, segundo os relatórios dos dois sistemas de informação complementares da VE.

Além das cinco Unidades Distritais serem responsáveis pelas notificações das DNCs da rede básica, o trabalho com as notificações dessas doenças é completado pelo Núcleo de Vigilância Epidemiológica do Hospital das Clínicas da FMRP-USP que compõe com o Departamento Municipal de Vigilância à Saúde da SMS, o sistema de VE local, realizando importante trabalho de busca ativa de notificações, investigações epidemiológicas, entre outras atividades no âmbito de suas duas unidades hospitalares (HC-CAMPUS e HC-UE).

O contexto da Vigilância Epidemiológica no município de Ribeirão Preto

A seguir, apresentamos algumas das principais doenças notificadas no ano de 2002 pelo SINAN. Vale destacar que os dados apresentados referem-se a notificações de casos que são feitas por ocasião de suspeita diagnóstica, não significando casos confirmados.

Quadro 6 – Demonstrativo das principais notificações recebidas, em 2002, de pacientes residentes em RP, segundo Unidade Notificadora

DOENÇA	Hosp. das Clínicas	Distrito Central	Distrito Cast. Branco	Distrito Simone	Distrito V. Virgínia	Distrito C.S.E.	N.G.A.59
AIDS	270	43	24	4	-	30	45
AIDS criança	08	-	-	-	-	-	-
AC. Animais Peçonhentos	456	4	-	-	1	71	-
Coqueluche	10	15	1	-	1	-	-
Dengue	34	1.061	774	651	519	778	47
Difteria	1	-	-	-	-	-	-
Doença Exantemáticas	-	17	26	24	25	25	1
Hanseníase	7	-	4	10	7	14	14
Hantavirose	3	9	1	-	1	-	1
Leish. Visceral	1	-	-	-	-	-	-
Leptospirose	10	16	5	6	26	10	2
Leish. Tegumentar	8	-	-	-	-	-	12
Meningites	95	102	-	-	-	-	-
Profilaxia da raiva Humana*	1	1.011	914	895	754	1.327	-

O contexto da Vigilância Epidemiológica no município de Ribeirão Preto

Fonte: Divisão de Vigilância Epidemiológica da SMS-RP. Relatório de Notificações do Sistema Nacional de Agravos de Notificação - 2002

Legenda: Ac = acidentes; Leish = Leishmaniose

* Referem-se aos atendimentos de contatos, mordeduras ou arranhaduras ocasionadas por animais suspeitos de transmitir o vírus da raiva humana.

Sobre os dados apresentados acima, devemos informar que algumas doenças são notificadas na sua maioria no nível hospitalar, devido às especificidades de seu acompanhamento, como exemplo as meningites e os acidentes por animais peçonhentos. Os casos de DNC, internados nos outros hospitais do município, estão sob a responsabilidade do Distrito Central de Vigilância Epidemiológica que, além das notificações das UBSs de sua área de abrangência, congrega todas as notificações de DNC de casos internados nos hospitais do município, excetuando o Hospital das Clínicas da FMRP-USP. Semanalmente um técnico da VE lotado neste distrito faz a busca ativa de casos internados.

Uma das grandes preocupações da Divisão de VE da SMS-RP refere-se à situação epidemiológica da dengue no município, que registra desde 1990 transmissão de vírus da dengue em consequência da presença do vetor transmissor *Aedes aegypti*, tendo apresentado epidemia no final de 1990, no primeiro semestre de 2001 e um elevado número de casos no primeiro semestre de 2003, que já caracteriza a situação de epidemia, mas em proporções menores às anteriores. No ano de 2003, foi detectada a circulação do sorotipo 3 do vírus da dengue no município, além dos outros sorotipos 1 e 2 nos anos anteriores.

Especificamos a seguir casos de dengue no período de 2000-2003.

O contexto da Vigilância Epidemiológica no município de Ribeirão Preto

Quadro 7 – Distribuição dos casos de dengue no município de Ribeirão Preto, segundo mês de ocorrência, no período de 2000 a 2003*

MÊS \ ANO	2000	2001	2002	2003
JANEIRO	08	27	51	68
FEVEREIRO	23	79	82	85
MARÇO	31	454	73	247
ABRIL	70	1.309	54	237
MAIO	48	967	55	78
JUNHO	19	274	08	85
JULHO	01	60	-	
AGOSTO	06	08	-	
SETEMBRO	-	06	-	
OUTUBRO	-	03	-	
NOVEMBRO	01	01	07	
DEZEMBRO	01	05	14	
TOTAL	208	3.193	344	715

Fonte: Divisão de Vigilância Epidemiológica da SMS- RP
* considerados os casos confirmados até o dia 28/05/2003.

Ainda como exemplos das doenças de notificação de maior incidência, temos a tuberculose e a AIDS. Com relação à tuberculose o município apresentou 199 casos notificados no ano 2000, com coeficiente de incidência

O contexto da Vigilância Epidemiológica no município de Ribeirão Preto

em torno de 40 casos por 100.000 habitantes neste ano. Destes, 85% apresentavam a forma pulmonar, sendo também um outro fator importante para esta doença a co-infecção Tb/AIDS, que atinge, segundo os dados da Divisão de VE da SMS-RP, 30% do total de casos de tuberculose, do município. Uma das estratégias que o município tem oferecido para o enfrentamento dessa situação epidemiológica tem sido o tratamento supervisionado para alguns casos diagnosticados de tuberculose, o que tem reduzido sensivelmente o abandono do tratamento. Também segundo a mesma fonte de dados, os coeficientes de incidência da AIDS apontam a desconfortável posição de nossa cidade, sexto lugar entre os municípios brasileiros e terceiro entre os paulistas, o que impôs ao município, desde 1996, a implantação do protocolo de atenção à gestante, oferecendo na rede básica a sorologia anti-HIV, visando à redução da transmissão vertical do HIV (RIBEIRÃO PRETO, 2000).

No Quadro 8, disposto a seguir apresentamos casos confirmados de DNC no município, no período de 1999 a 2002, segundo as notificações efetuadas no SINAN.

Quadro 8 – Distribuição de casos confirmados de DNC, no município de Ribeirão Preto, no período de 1999 a 2000

DOENÇA	ANO			
	1999	2000	2001	2002
Acidentes Animais Peçonhentos	980	*	*	541
AIDS	332	319	263	137
Coqueluche	01	*	*	*
Dengue	317	208	3193	344
Difteria	01	*	-	-
Esquistossomose	53	60	24	66

O contexto da Vigilância Epidemiológica no município de Ribeirão Preto

Continua

O contexto da Vigilância Epidemiológica no município de Ribeirão Preto

continuação

DOENÇA	ANO			
	1999	2000	2001	2002
Febre Tifóide	01	-	01	-
Hepatite A	142	130	20	*
Hepatite B	72	50	103	93
Hepatite C	92	66	215	181
Hanseníase	64	47	51	49
Leishmaniose Tegumentar Americana	07	05	03	19
Leishmaniose Visceral	02	01	01	-
Leptospirose	02	04	06	05
Doença Meningocócica	16	08	07	08
Meningite por Haemophilus	01	01	02	-
Outras Meningites	174	138	274	180
Tracoma	-	05	-	02
Rubéola	07	06	06	-
Sífilis Congênita	18	14	08	03
Tétano	-	01	-	-
Tuberculose	257	199	176	154
Hantavirose	-	-	02	02
Cisticercose	*	*	05	04

Fonte: Relatórios da Divisão de Vigilância Epidemiológica da SMS-RP.

O trabalho desenvolvido pela Divisão de VE da SMS-RP abrange ainda a área da imunização, através da coordenação das atividades prescritas no Programa de Imunização do Centro de Vigilância Epidemiológica da SES-SP. Elabora e analisa os dados de cobertura vacinal do município como um todo, incluindo as cinco regiões distritais e os 29 postos de vacinação existentes no município na SMS-RP; orienta condutas quanto à aplicação de vacinas, no que

O contexto da Vigilância Epidemiológica no município de Ribeirão Preto

se refere aos esquemas vacinais, contra-indicações, ocorrência de eventos adversos anteriormente observados, entre outras atividades.

A área da imunização representa uma grande preocupação no trabalho da Divisão de VE da SMS-RP principalmente no tocante à cobertura vacinal e à rede de frio que armazena e conserva os imunobiológicos a serem utilizados.

Apresentamos abaixo os dados da cobertura vacinal em menores de um ano:

Quadro 9 – Cobertura vacinal em menores de 1 ano no município de Ribeirão Preto, segundo área distrital. (2002)

VACINA	DISTRITO V.VIRGÍNIA	DISTRITO CENTRAL	DISTRITO C.S.E.	DISTRITO SIMIONE	DISTRITO C.BRANCO
BCG	110%	90%	100%	103%	123%
POLIO	91%	84%	94%	93%	100%
DPT	94%	83%	98%	99%	95%
SARAMPO	92%	81%	93%	90%	92%
HEPATITE B	90%	78%	97%	93%	99%
HIB	93%	84%	98%	98%	96%

FONTES: Divisão de Vigilância Epidemiológica da SMS-RP- 2002

É também atribuição do nível distrital de VE: a supervisão das atividades das salas de vacinas das UBSs da área de abrangência, em conjunto com suas respectivas gerências; a vacinação de grupos populacionais (escolares, idosos, funcionários de empresas, etc); o acompanhamento de casos de profilaxia da raiva humana com indicação de sorovacinação; a supervisão da confecção de registros da sala de vacinas; a orientação de condutas quanto à conservação de vacinas; a coordenação e organização de

O contexto da Vigilância Epidemiológica no município de Ribeirão Preto

campanhas de vacinação em massa de interesse nacional, estadual e municipal. Também elabora e executa treinamento de imunizações.

A descentralização das ações da VE operada a nível municipal e distrital não chegou às Unidades Básicas de Saúde, exceto para alguns casos de esquistossomose e reação vacinal, que têm propiciado experiências com a realização de ações de VE no nível local.

Por constituir-se ainda na sua maioria uma prática desenvolvida por um grupo de trabalhadores exclusivos, as ações de VE tem se mostrado como atividades ainda não incorporadas na rotina das Unidades Básicas, que basicamente realizam a notificação compulsória de doenças.

3.2 A desarticulação

Durante as entrevistas realizadas, várias falas apontaram para as dificuldades existentes na relação de trabalho entre as UBSs e VE, traduzidas principalmente pela identificação da desarticulação entre as práticas desenvolvidas em cada uma destas esferas:

a vigilância não dá retorno. Como a gente não sabe o que está sendo feito, o profissional que está aqui pode não dar a devida importância (médico 3)

eu acho um trabalho pobre na divulgação. Pode ser que lá seja feito um trabalho bom, mas pra gente chega um trabalho bem isolado... A impressão é de um trabalho bem isolado da UBS (enfermeira 5)

O contexto da Vigilância Epidemiológica no município de Ribeirão Preto

... eu acho que deveria ser um trabalho mais junto, mais falado... (enfermeira 3)

Esses depoimentos mostram uma separação muito nítida na prática da UBSs e da VE, demonstrando diferentes lógicas de trabalho, seja para as ações da VE, seja para as ações de assistência individual nas Unidades.

A pouca articulação entre a prática da VE e as práticas assistenciais pode ser explicada, em parte, pela forma de organização do processo de trabalho da VE, que tradicionalmente tem operado com equipes treinadas e exclusivas para tal atividade, que se detém à estrita ação operatória do fazer das ações de vigilância, pouco priorizando o repasse das informações epidemiológicas para o nível local. Ao executarem as ações de vigilância, cumprindo normatização preconizada, dão por encerrados os casos e terminado o trabalho.

Caracterizando, na prática, o que os técnicos da VE chamam de “*pronto-atendimento de vigilância*”, seus trabalhadores quase sempre estão trabalhando em ritmo de “apagar incêndios”, atuando em cima de urgências, isto é, deparando-se com situações novas de agravos, concentrando esforços para controlar epidemias já instaladas, preparando campanhas de vacinação em massa, entre outras. Por sua vez, as equipes do nível local, também sobrecarregadas pela pressão da demanda, esperam passivamente o retorno das informações, demonstrando um pouco de desinteresse da UBS em ir buscar e cobrar informações produzidas através das notificações por eles realizadas:

...a gente não fica sabendo o resultado daquele caso que notificou... a vigilância não dá retorno (médico 2)

O contexto da Vigilância Epidemiológica no município de Ribeirão Preto

A falta de retorno pela VE, em nível local das informações, a respeito do acompanhamento dos casos notificados, identificada principalmente no tocante aos resultados de exames colhidos e encaminhamentos de casos para o nível hospitalar, ocupa com menor preocupação, o resultado de visitas domiciliares, busca ativa de comunicantes e outros.

você manda um paciente para outro nível de assistência, você não fica sabendo se confirmou...ninguém te retorna a informação... (médico 2)

É necessário admitir que se percebe também com a Vigilância Epidemiológica, a mesma dificuldade encontrada na interação entre as especialidades médicas por ocasião dos encaminhamentos. Por outro lado, o nível local concebe a notificação como um encaminhamento para outro serviço e, portanto, espera a contra-referência que, como podemos perceber pelas falas, não é realizada.

Essa desarticulação observada, faz parte de um processo maior de falta de comunicação. Os outros setores também não mantêm comunicação. No caso da VE, ela revela que essas ações de Saúde Pública, não constituem o processo do cuidado assistencial, que ainda não superou a fase da atenção médica curativa.

Enquanto a retroalimentação poderia permitir e estimular os trabalhadores do nível local que, ao reconhecer a importância de suas ações para a vigilância dos casos, sua ausência, ao contrário, contribui para um estado geral de apatia que repercute diretamente na capacidade de desenvolver uma eficaz atenção profilática e curativa.

O contexto da Vigilância Epidemiológica no município de Ribeirão Preto

Dentre as áreas de atendimento das UBSs, o setor de imunização é percebido como um local de melhor articulação, pelas referidas equipes:

...eu vejo que eles têm muito contato com o pessoal da sala de vacinas... eu vejo o trabalho deles nos casos de raiva, quando uma pessoa é mordida... (auxiliar 3)

... eu acho que a ligação com a UBS é um pouco deficitária...com o pessoal da sala de vacinas o contato é maior... (auxiliar 2)

O resultado dessa maior articulação pode ser em parte, devido ao fato de que, a relação entre o trabalho na sala de vacinas com a VE possui uma característica diferente das outras áreas, pois na sala de vacinas, as informações solicitadas à VE serão utilizadas para compor o atendimento no momento em que o usuário está na UBS, na maioria das vezes. Isso não acontece nas outras áreas, que ao notificarem um caso à VE deixam subtendido que o papel da UBS foi cumprido, sendo, a partir de então, tarefa para outros atores e para um outro momento. Na sala de vacinas, o trabalhador do nível local, instrumentalizado por informações da VE, ao executar o atendimento utiliza imediatamente a orientação recebida.

É preciso romper com essa prática e estar atento para o compromisso de todos os trabalhadores no atendimento dos casos, tornando-os sujeitos ativos na intervenção sobre o problema de saúde, seja no desenvolvimento de ações clínicas, seja nas ações de alcance coletivo.

3.3 O desconhecimento

O contexto da Vigilância Epidemiológica no município de Ribeirão Preto

A desarticulação já apontada, por sua vez, conduz a um outro ponto relevante levantado pelos trabalhadores que compõem o contexto da prática da VE, que é o desconhecimento do trabalho realizado pela equipe de VE, oriundo da forma como ele é organizado e na qual prevalece a divisão técnica de trabalho entre os profissionais do nível local e a equipe da VE:

...eu não sei realmente o que é feito. ...como é no nível do distrito, como funciona... (enfermeira 3)

...não conheço o trabalho da V.E... (médico 5)

...sei que é muito trabalho, mas como é, eu não sei (enfermeira 5)

Historicamente o Sistema de Vigilância Epidemiológica tem se caracterizado, ao longo de sua implantação, como um sistema verticalizado, normatizado, operado no cumprimento de suas resoluções por apenas alguns trabalhadores da equipe de saúde “exclusivos”, tornando-a uma prática “particular” que por sua vez, executa e reproduz o sistema.

O desconhecimento do trabalho suscita vários questionamentos, se concebermos que o trabalhador, ao operar suas atividades, requer recursos entre os quais, a preparação técnica, para compreender o processo, valorizá-lo, torná-lo objeto de seu trabalho, para enfim, mediante outros recursos, decidir ou não por realizá-lo.

...não há clareza do trabalho da vigilância para os casos notificados (médico 1)

O contexto da Vigilância Epidemiológica no município de Ribeirão Preto

...após a notificação, eu não sei o que mais é feito (médico 2)

eu não sei... Não sei o que a vigilância faz... eu não sei se elas passam para a Unidade, pra mim não chega (médico 3)

a gente não tem assim uma clareza do que é feito... eu não sei... (enfermeira 5)

Se os trabalhadores desconhecem de forma tão generalizada o que é feito para além da notificação dos casos, como poderemos esperar que a Unidade Básica assuma algumas dessas atividades? Esse desconhecimento também nos remete a refletir sobre o despreparo para assumir tais ações, o que, por sua vez, implica na necessidade, entre outras, de um preparo técnico para os trabalhadores do nível local para tal missão.

Ainda essa questão do desconhecimento do trabalho executado após a notificação do caso, evidencia, como já foi dito, a falta de articulação entre o trabalho da VE e o trabalho da UBS que colabora na fragmentação da assistência. Elementos favorecidos e originados pela atual forma de responder às demandas mais imediatas de saúde da população, que não integraliza a atenção mas, pelo contrário, fragmenta.

A questão que se coloca a respeito do desconhecimento do trabalho da VE nos remete à configuração histórica da estruturação da Vigilância Epidemiológica no Brasil, a partir de sua origem, nos programas de controle de algumas doenças no país.

As atividades da vigilância sempre tiveram caráter pontual, freqüentemente reduzindo-se à implantação de medidas de controle definidas

O contexto da Vigilância Epidemiológica no município de Ribeirão Preto

externamente ao sistema de saúde no país, como exemplo a campanha de erradicação da varíola e a implantação do programa nacional de imunização nos moldes da Organização Panamericana de Saúde (WALDMAN, 1991).

Essa atuação desvinculada de uma análise feita, a partir da realidade das próprias unidades, fez com que a VE tivesse sempre uma inserção diferenciada. Os setores vinculados à VE têm, em geral, atribuições que não são discutidas, ou sequer compreendidas pelos demais trabalhadores, funcionando de forma totalmente independente do conjunto. Na história da VE, é interessante observar que desde o início de tal prática apareciam as recomendações sobre a necessidade da integração das estruturas responsáveis pela vigilância epidemiológica aos serviços de saúde como um todo (WALDMAN, 1991).

No início, pensou-se que o processo de municipalização da saúde e conseqüentemente das ações de vigilância epidemiológica e da vigilância sanitária pudessem contribuir para uma aproximação com a assistência prestada no nível local, o que de fato ainda não ocorreu, persistindo a dicotomia entre vigilância epidemiológica e as demais atividades dos serviços de saúde.

Será preciso romper com esse modo institucionalizado de fazer algumas ações de saúde. É necessário que o nível local conheça, no mínimo e de forma atualizada, a incidência e prevalência dos agravos notificados, sua distribuição geográfica, o grupo etário mais susceptível e os fatores determinantes e condicionantes dos agravos. Não é mais concebível que os serviços de saúde sejam organizados sem informação epidemiológica.

Os dados gerados a partir do Sistema de Vigilância Epidemiológica, que fazem parte de um sistema de informações em saúde, devem ser repassados

O contexto da Vigilância Epidemiológica no município de Ribeirão Preto

para o nível local a fim de que possam ser utilizados pelas equipes responsáveis pela gestão da Unidade para a programação de suas atividades.

Tais informações apontam, no nosso entendimento, para uma clara necessidade de se reavaliar o modelo de vigilância epidemiológica implantado, com ênfase especial no papel desempenhado pelas Unidades Básicas locais.

Ainda que o desconhecimento da prática da VE encontre amplo favorecimento na forma como essa prática se estruturou e ainda se estrutura, precisamos estar atentos ao que o Cornetta; Maia; Costa (1996), recomendam ao discutirem a reorganização dos serviços de saúde no SUS e a formação de recursos humanos: que o levantamento de dados sobre a realidade dos serviços, o cotidiano, deve também atender à necessidade de capacitação e formação de recursos humanos, a fim de qualificar a assistência e produzir impacto favorável.

Não há dúvidas de que para os trabalhadores responderem satisfatoriamente à complexidade dos problemas de saúde, há que considerar, como condição, o desenvolvimento de processos de capacitação/formação, sobretudo na incorporação de novas práticas.

Diante disso, caberá ao serviço de VE distrital e as UBSs uma revisão de seus papéis, formas de atuação, mecanismos de articulação e troca de informações, a fim de que tais dificuldades sejam resolvidas, que o trabalho seja dividido, porém, compreendido por todos e que seja reescrita a prática de VE nas Unidades Básicas de Saúde.

4 Discussão

4 Discussão

Para a compreensão do nosso objeto de estudo, a construção das duas categorias empíricas permitiu acolher os dois grandes significados da prática da Vigilância Epidemiológica apresentados por seus atores, sob duas faces distintas, que buscaremos explicitar.

1. a face do *controlar para prevenir*, representada pela maioria das ações do modelo predominante do Sistema de Vigilância Epidemiológica, atualmente voltado para as doenças transmissíveis, definido como o cuidado dos doentes para evitar maiores danos.
2. a face do *vigiar e assistir*, baseada num outro olhar da atenção integral à saúde, que contempla a interface da prática da vigilância com o cotidiano da UBS e a perspectiva de mudança na organização das ações de VE no nível municipal.

4.1. *Controlar e prevenir*

A totalidade dos depoimentos aqui considerados revelaram o entendimento da prática da VE como sinônimo de ações de controle, tendo em vista a prevenção da transmissão da doença ou agravo, que é o objeto de intervenção. Também concebem VE como um órgão, um sistema, que tem por atribuição e responsabilidade a execução das medidas de controle necessárias para evitar “maiores danos”.

...a vigilância é fundamental para se ter o controle de doenças numa área... (gerente 1)

...é evitar danos à população e epidemias... (auxiliar 2)

... é bloquear a transmissão das doenças transmissíveis... (médico 5)

Essa forma exclusiva de entender VE atribui-lhe como significado geral apenas algumas de suas funções, pois as ações de controle representam uma das atividades da VE, assim como as ações de prevenção.

Os trabalhadores, ao entenderem vigilância como ação de controle, complementam este entendimento vinculando-a basicamente, ao controle das doenças transmissíveis. Isso também denota uma outra construção sobre a prática de VE relacionando-a com a ocorrência de casos de doença infecto-contagiosa, conferindo-lhe o mesmo papel do início do século, voltando ao sentido original da expressão, Vigilância Epidemiológica, que designava “a observação sistemática e ativa de contatos e casos confirmados ou não, em nível individual” (PAIM & TEIXEIRA,1992, p. 28).

As práticas de saúde voltadas para o controle das doenças transmissíveis e das epidemias são muito antigas e se constituem nas práticas mais tradicionais no campo da saúde coletiva, ao lado das ações de saneamento ambiental.

Waldman (1997, p.10), ao discutir o entendimento de VE como ações de controle, adverte:

em decorrência de termos vigilância epidemiológica como sinônimo de ações de controle, tivemos também a incorporação de concepções mais restritas de vigilância epidemiológica e portanto, deixamos de utilizar boa parte de seu potencial.

A construção dessa concepção restrita, pelos trabalhadores do nível local, pode ser explicada em parte pelo fato de que os trabalhadores de saúde, em geral, no enfrentamento dos problemas, utilizam como referência, a teoria da multicausalidade, que tem como ponto de partida a teoria do germe (TEIXEIRA, 2001) que caracteriza o modelo ecológico de explicação do processo saúde-doença. Esse modelo explicativo da causalidade das doenças tem como princípio a organização dos fatores causais assentados na tríade agente-hospedeiro-ambiente. Ou seja, a forma de intervenção hegemônica, nos serviços de saúde, ainda leva a uma compreensão sobre o processo saúde/enfermidade, marcado por uma visão clínica que localiza na atenção às pessoas, agentes e hospedeiros, mediante fatores determinantes de caráter individual existentes num determinado ambiente.

Nessa concepção, as atividades de prevenção e controle no âmbito coletivo e individual revelam uma preocupação com a disseminação da doença na comunidade no sentido de quebrar a cadeia epidemiológica da doença, diminuindo, assim, o risco de transmissão.

...VE é tomar as medidas necessárias para que esses problemas não ganhem uma dimensão maior, mais custosa e de difícil controle... (médico 1)

...a VE é detectar problemas em seus pródromos...(médico 2)

...VE é você atuar na prevenção e na doença infecciosa (médico 5)

Esses depoimentos revelam o “dano” como objeto da prática de VE, a doença, e conseqüentemente o entendimento de VE como um conjunto de

procedimentos, ações, medidas que se justificam na ocorrência deste dano, no caso, das doenças infectocontagiosas, e quando desencadeadas, são executadas a partir de um caso suspeito, ou de um agravo já instalado. Exemplificam estas ações de vigilância epidemiológica, como: a “visita domiciliária para buscar comunicantes e focos de contaminação; bloqueio com vacinas e medicamentos, campanhas de vacinação, entre outras”.

Nessa visão, VE denota ação, sempre em consequência a um problema já instalado ou com indícios de sua instalação, que por sua vez traz o entendimento da VE como “prevenção”:

..VE é atuar na prevenção e nas doenças que são infecto-contagiosas... (médico 2)

...é diagnosticar e acompanhar doenças que podem ser transmitidas e fazer a prevenção no sentido de reduzir a transmissão (médico 4)

A prevenção aqui relatada pelos profissionais refere-se a prevenção no período pré-patogênico, também chamada de prevenção primária, relacionada ao diagnóstico precoce pela descoberta de casos na comunidade, às medidas de isolamento para evitar a propagação da doença e à instituição do tratamento. Não foi evidenciado nas falas, entretanto, o significado de prevenção que inclui a promoção da saúde, ou mesmo a proteção específica, que nesta área tem na imunização sua principal atividade.

Uma das contribuições para essa visão de predomínio da “prevenção da doença” sobre a “promoção da saúde” foi a mudança do perfil dos Centros de Saúde, que ao incorporarem o modelo do Pronto-Atendimento passam a ter um perfil assistencialista e curativo em detrimento das ações preventivo-

sanitárias. Estas, além de terem reduzido o seu espaço no desenvolvimento das ações de saúde, não foram redefinidas diante da transição epidemiológica marcada pela predominância crescente da distribuição das doenças crônico-degenerativas.

O entendimento de prevenção refere-se, portanto, mais à vigilância dos casos, do que a dos fatores condicionantes e determinantes de doenças e agravos da saúde, o que, de certa forma, confirma o objeto da prática da vigilância epidemiológica centrado no dano, na doença.

Villa (1999), ao estudar a prática do enfermeiro na VE da SMS-RP, confirma o que foi dito acima, ao identificar que a finalidade que orienta o processo de trabalho desses profissionais na VE é o controle da doença no âmbito coletivo, em torno do qual se organizam todos os trabalhos, tais como a notificação compulsória, o controle de comunicantes, a visita domiciliar e bloqueios, reservando à vacinação, à quimioprofilaxia e às atividades de educação em saúde, o papel das ações de prevenção.

O termo Vigilância Epidemiológica, que passou a ser usado mais amplamente em meados da década de 50, para designar o “acompanhamento sistemático de eventos adversos à saúde numa comunidade, com o propósito de aprimorar as medidas de controle” (WALDMAN, 1998, p. 9), aponta hoje, em seu conceito, a superação da dicotomia entre as chamadas práticas coletivas e as práticas individuais.

Tal superação traz a perspectiva de uma vigilância não apenas dos danos e certos riscos, mas também o controle das condições de vida e de determinantes ambientais do processo saúde-doença, constituindo-se numa vigilância da saúde e não apenas da doença. Tem como objetivo não apenas ações destinadas ao controle da transmissão de doença ou agravo às

populações, mas um conjunto de atividades desenvolvidas pelos serviços locais de saúde com vistas a garantir melhor qualidade de vida para a população de seu território de ação.

Isso permite “um outro olhar” na elaboração de propostas de mudança nas formas de organização do trabalho em saúde, com uma noção de Vigilância da Saúde que:

trataria de articular o “enfoque populacional (promoção) com o “enfoque de risco” (prevenção) e o “enfoque clínico” (assistência), constituindo-se de fato, em uma estratégia de organização de um conjunto heterogêneo de políticas e práticas que assumiriam configurações específicas de acordo com a situação de saúde da(s) população(ões) em cada país, estado ou município (territórios) (TEIXEIRA, 2001, p. 90).

Ao assumirem o entendimento de VE como ação de controle, os trabalhadores entrevistados também representam as notificações das doenças sob vigilância como uma forma de se controlar a propagação dos agravos, e mais uma vez compreendem VE como uma de suas ações, conferindo-lhe a seguinte definição:

..VE seria a notificação dos casos e o controle... (auxiliar 4)

O atendimento das doenças de notificação compulsória nas UBSs representa uma pequena parcela da demanda atendida quando comparado com as outras demandas que chegam às UBSs, como a de hipertensos e diabéticos.

Ao evidenciarem a VE como a notificação de doenças, e conseqüentemente mais uma vez como ação de controle, trazemos WALDMAN

que discursando sobre os possíveis caminhos para a vigilância em Saúde Pública, lembra as recomendações de Langmuir:

não devemos confundir vigilância com ações de controle, pois isso se constitui atribuição”, e reitera “que ao confundirmos vigilância com ações de controle de doenças transformamos as instituições responsáveis pela vigilância em órgãos coordenadores de programas de controle de doenças, portanto responsáveis pela resposta às necessidades sentidas pela população e pelos profissionais de saúde o que consomem todo o tempo e recursos disponíveis pelo órgão e pelas equipes que nele trabalham (WALDMAN, 1997, p. 9).

Um dos motivos alegados para a não-realização da notificação ou de algumas ações de VE nas UBSs, espelha o que WALDMAN adverte, pois observamos nas falas de alguns trabalhadores do nível local, que a visão de VE como um órgão, no caso aqui, um órgão da Secretaria Municipal da Saúde, constituído por uma equipe exclusiva de profissionais que tem como atribuição a realização das chamadas ações de vigilância:

...VE é um órgão, uma equipe que tem como função vigiar as doenças, prevenindo que estas se tornem epidêmicas e que se perca o controle (médico 2)

...é um órgão, um grupo de profissionais trabalhando para vigiar, cuidar, descobrir, erradicar e ter as estatísticas (auxiliar 1)

...é um órgão que contabiliza os casos de determinadas doenças em áreas onde existam incidência elevada, para intervir, no sentido de diminuir ou eliminar a doença naquela área (gerente 5)

O entendimento construído por esses trabalhadores, denota vigilância como conjunto de ações parcelares, reduzidas a atribuições técnicas,

esvaziadas da noção de um trabalho coletivo, pois entende a prática da VE como atribuições exclusivas de um grupo de profissionais que integram uma equipe para realizá-las.

Entendemos que a atual organização do Serviço de Vigilância Epidemiológica no município de Ribeirão Preto, espelhada na organização do Sistema de Vigilância Epidemiológica da SES, constituindo-se em equipes técnicas formadas por sanitaristas, enfermeiras e pessoal de nível médio, com a responsabilidade pela execução das ações de vigilância das doenças de notificação compulsória, contribui para reforçar essa concepção. Apesar de ter iniciado a descentralização das ações de VE para o nível distrital, o sistema municipal de VE ainda preserva a centralização das ações, mantendo a rede básica alheia ao trabalho de VE do nível distrital e central.

Constatamos neste estudo que as ações de VE realizadas nas UBSs caracterizam-se basicamente pela notificação de doenças de notificação compulsória, com pequenos avanços na realização de controle de comunicantes para uma das doenças sob vigilância, a esquistossomose.

Waldman (1991) coloca que tradicionalmente a Vigilância Epidemiológica tem se constituído como uma prática desarticulada do cotidiano assistencial das UBSs, permanecendo independente, constituindo sistemas à parte.

A orientação atual para o desenvolvimento do SNVE estabelece, como prioridade, o fortalecimento de sistemas municipais de VE dotados de autonomia técnico-gerencial para focar os problemas de saúde próprios de suas áreas, em termos de agravos e doenças mais prevalentes. A implantação da NOB/96 significou um grande avanço para a descentralização das ações de VE, não apenas por prever o repasse de recursos financeiros específicos para

esta área, mas também por redefinir requisitos e atividades mínimas a serem desenvolvidas pelos municípios.

Esse novo modelo de VE abrange uma descentralização executiva e normativa, tomando como pressuposto a municipalização dos serviços responsáveis pela prestação da assistência integral à saúde. Possibilita uma prática de saúde pública com vistas ao aprimoramento técnico e a agilização do controle das doenças, não visando apenas ao acompanhamento de contatos de doentes ou doenças, mas o acompanhamento de forma abrangente, do estado de saúde e bem-estar da comunidade, por meio da análise contínua de uma série de indicadores epidemiológicos.

Nessa nova organização, são previstas atribuições para o nível municipal e local, considerando este último também como espaço para o desenvolvimento das ações de VE. As atribuições do nível municipal seriam a coordenação local do trabalho da VE, a normatização de novos agravos incluídos no Sistema Municipal; a produção, coleta e análise de dados; a retroalimentação* aos notificantes; a investigação de casos e surtos e a execução de treinamentos; ao nível local, correspondente principalmente aos Centros de Saúde e Unidades Básicas de Saúde caberiam as funções de diagnóstico e tratamento; notificações dos casos e de resultados de exames; análise dos dados; investigação de casos e surtos e orientação à comunidade (BRASIL, 1998a).

*A retroalimentação é a dinâmica na qual a informação analisada e processada retorna aos locais de onde ela foi gerada localmente

Entendemos que a prática da VE é apreendida como um produto do pensar (definir, conceituar, compreender), do fazer (aplicar), da análise e

avaliação que os trabalhadores da UBS constroem ao se depararem com este objeto no cotidiano dos serviços de saúde. Assim, acreditamos que será preciso cuidar da organização dos serviços de saúde possibilitando sua estruturação sob a forma descentralizada e horizontalizada, a fim de que seja possível não só a superação da dicotomia curativo-preventiva, mas também o desenvolvimento de ações que visem à adequada superação dos problemas de saúde da comunidade e não somente o controle de determinado agravo à saúde.

Esse entendimento ampliaria o significado do controlar e prevenir agravos, para além das ações de controle que buscam evitar a sua disseminação, designando uma série de outras intervenções voltadas de forma integrada para a promoção da saúde.

Ressaltamos, assim, que as ações de controle e prevenção são de caráter, fundamentalmente, complementar da assistência e dependerão dos objetivos que se quer alcançar (erradicação; redução da incidência; redução da gravidade, da letalidade, etc.) dos agravos e doenças. Assim como o termo vigilância, o uso do termo controle é muito amplo, englobando várias medidas, procedimentos e para serem alcançados seus objetivos devem estar coerentes com as medidas preventivas adotadas, levando em conta o tipo de estrutura de serviço de saúde que as implementarão.

Da mesma forma que as práticas de saúde devem ser reorientadas, o Sistema de VE também requer uma nova organização, para que o atual conceito de VE, baseado no reconhecimento de um conceito ampliado de saúde e dos seus determinantes, possa ser operacionalizado.

4.2 Assistir e vigiar

Esta outra categoria empírica retrata a concepção da prática da VE dada pelas percepções e entendimentos que os trabalhadores constroem, permeados pelo cotidiano assistencial da UBS, principalmente pela vivência do atendimento das doenças de notificação compulsória. Alguns entendem a VE como modo de agir em saúde, outros vislumbram a problemática que envolve a realização de algumas de suas ações no cotidiano da assistência, outros, ainda, analisam as dificuldades para realizá-la, conformando a sua prática ao nível local.

Iniciaremos abordando o entendimento de alguns trabalhadores entrevistados sobre a VE como uma prática definida mais pela presença de características pessoais como envolvimento com o trabalho, interesse, compromisso e motivação, do que por determinado perfil definido pela categoria profissional. As falas demonstram um entendimento de VE como parte das ações que o trabalhador executa no exercício de seu trabalho:

...deve ser preocupação de todos... (enfermeira 2)

...é dever de todo mundo... (gerente 3)

...é função de todos... tem que envolver todo o pessoal... (médico 3)

... é de todo profissional...todos nós temos que estar envolvidos (enfermeira 3)

não precisa ter alguém específico... o que precisa é ter vontade, envolvimento, interesse, ...é preciso ter consciência (médico 4)

Abaixo os trabalhadores complementam esse pensar, denotando uma forma de assistir atenta à ocorrência de uma doença ou agravo que se apresenta para atendimento:

...é estar atento a ocorrências de doenças num determinado local... (enfermeira 1)

... é ficar atento às doenças que podem causar epidemias ou que podem ser transmitidas e perder o controle... (enfermeira 2)

...é estar vigiando todas as alterações que não são esperadas numa determinada comunidade, num determinado indivíduo... (gerente 3)

...é estar atento... detectar focos de infecção... (médico 4)

...é dar uma atenção maior às doenças que podem ser transmissíveis e podem ser preveníveis... (médico 3)

...é estar vigilante na epidemiologia das doenças... o que vamos fazer... se arrastão, mutirão... (enfermeira 4)

Todas essas falas traduzem um comportamento ao assistir, “um modo de atuar”, sistemático, “uma atitude vigilante” que vai além de conhecer as ações de vigilância e conceituá-las. Este “modo de atuar” que aqui chamamos de “vigilante” traduz para nós “permanente observação, atenção” no fazer do trabalho cotidiano.

As doenças de notificação, por apresentarem especificidades para o atendimento e por serem, na sua maioria, moléstias transmissíveis, implicam na visão do trabalhador, em um estado de permanente atenção, uma “constante vigilância”:

... o atendimento das doenças de notificação compulsória implica nessa responsabilização, um envolvimento maior que simplesmente diagnosticar e tratar... É preocupar além... com os comunicantes imediatos e com a comunidade, os vários expostos ao risco. O atendimento já cria para você essa responsabilidade... (médico 4)

A apreensão do significado do atendimento da DNC implica aos serviços de saúde uma ampliação das responsabilidades para além da assistência às pessoas acometidas por determinados agravos, abrangendo a identificação dos indivíduos ou grupos expostos ao risco de adoecimento, o acompanhamento dos casos entendido como “um envolvimento maior” com aquele atendimento. O papel do profissional de saúde, nessa situação é o de reconhecer a DNC como um problema, reconhecendo também outras necessidades que demandam desse atendimento e sua dimensão coletiva.

A vivência dos trabalhadores entrevistados da prática da VE operada nas UBSs, ainda constitui-se numa prática limitada quanto à sua abrangência, voltada unicamente para doenças transmissíveis, cujas ações são desencadeadas a partir da notificação da ocorrência ou da suspeita do agravo.

Na medida em que relataram suas experiências com o atendimento das DNC, os trabalhadores trazem à luz importantes significados para a prática da VE na UBS.

Discutir, então, as questões levantadas pelos atores de nosso estudo é construir o significado que fazem da prática da VE. Ao conceberem a prática da VE, como um outro modo de agir em saúde, refletem sobre o cotidiano das UBS, fazendo emergir elementos presentes no dia-a-dia dos serviços de saúde.

Algumas das ações da VE como a investigação de casos, ações de controle, orientação à comunidade deveriam compor os serviços de saúde, como ações da atenção básica, como uma de suas tarefas. Campos (1997b), ao discutir esta questão, coloca para a rede básica duas tarefas principais: o atendimento ambulatorial básico às intercorrências clínicas de todas as faixas etárias e o desenvolvimento de ações de saúde pública. Defende que mediante o atendimento dessas intercorrências clínicas, seria criado também uma demanda para ações preventivas. A organização das práticas individuais e coletivas demandaria alteração nos mecanismos de gestão, de investimento, garantindo recursos de infra-estrutura e de pessoal, capacitando as UBSs para tal fim.

O distanciamento do cumprimento da tarefa de organizar práticas preventivas coletivas e individuais tem centralizado a atuação das UBSs no atendimento da demanda espontânea em busca de atendimento médico e das ações da terapêutica instituída, levando, segundo os trabalhadores estudados, ao enfrentamento de dificuldades para atuarem segundo a concepção de “vigiar atentamente”.

*hoje o trabalho da UBS é do tipo “peação”, somos tragados por atividades essencialmente curativas...
(enfermeira 1)*

Em seus discursos, enfatizam que diante da situação apresentada pelos serviços de saúde, o atendimento da DNC requer habilidades para lidar

com a *imprevisibilidade* frente à emergência dos casos, a *sobrecarga* que representa para a rotina da UBS, devido a suas especificidades e desdobramentos, com *o despreparo técnico* para atendê-las e com uma *maior responsabilidade e envolvimento* que exigem, devido à possibilidade de transmissão para os contatos e comunidade.

A imprevisibilidade dos atendimentos

Os casos de doenças de notificação compulsória, na sua maioria, chegam para atendimento nos serviços de saúde através da demanda eventual, em busca de assistência médica. Essa forma de comparecimento, sem agendamento prévio nas UBSs que diariamente enfrentam a pressão da demanda reprimida, ocasiona uma visão semelhante aos inúmeros outros atendimentos “fora” do dia: é o “a mais” da demanda estipulada para atendimento!

a maioria dos casos que atendi, nem sei quantos foram, nós atendemos como eventual... (médico 5)

geralmente eles chegam para encaixe. Não está agendado (auxiliar 5)

como os pacientes não estão agendados, aquele que não está no esquema... tem sempre alguém que diz que este paciente não é nosso... é da distrital... (enfermeira 5)

então não está agendado... vai aparecendo e você vai ter que atender... (enfermeira 3)

Essas falas exemplificam como os trabalhadores do nível local cotidianamente precisam lidar com casos de DNC que mais do que considerados eventuais, alguns são melhores definidos como imprevisíveis, sendo necessário para alguns desses casos, imediatas ações de tratamento e controle.

Ao lidar com esta imprevisibilidade, que pode demandar emergência no atendimento, os trabalhadores identificam o trabalho da VE como um trabalho de “correr atrás”:

... vigilância é correr atrás das coisas emergentes e isso atrapalha um pouco o trabalho da gente, atrapalha porque você não está esperando, não está preparado... não está estruturado para isso e de repente aparece uma chuva de coisas... como foi com a vacinação de mulheres grávidas na campanha contra rubéola... achávamos que era só a campanha e de repente veio todo o acompanhamento das mulheres grávidas vacinadas... tivemos que acompanhar os Rns... até hoje tenho que ir atrás (enfermeira 3)

Neste relato, é possível avaliarmos que para o atendimento das DNCs, os trabalhadores se vêem diante não só de atendimentos eventuais, mas sim diante de atendimentos totalmente imprevistos na rotina da UBS. Notamos diferença entre esses dois termos quando entendemos que, apesar da apresentação eventual para atendimento nos serviços de saúde, alguns atendimentos podem ser de certa forma “esperados” dependendo da situação epidemiológica daquela doença ou agravo numa determinada região, cidade, etc., enquanto na questão da imprevisibilidade, os atendimentos são inesperados, súbitos e imprevistos.

Apesar de algumas DNCs serem responsáveis por epidemias que podem ter duração longa (meses), ou endemias que nos fazem conviver freqüentemente com casos, outras podem surgir de forma inesperada nos serviços de saúde e exigir, na maioria das vezes, atendimento imediato. Como exemplo, há as intoxicações alimentares que poderão abruptamente ocasionar tanto o atendimento de um ou dois casos, quanto o de trinta, cinquenta ou mais, num curto espaço de tempo. Lidar com situações como esta requer que o trabalho na rotina esteja organizado de forma a permitir o trabalho com número de profissionais suficientes, recursos materiais disponíveis e adequados para então estarem minimamente preparados para enfrentar o imprevisível. Com uma rotina já improvisada, tais situações transformam o atendimento em verdadeiro caos.

Como não é possível alterar essa característica de certas doenças de notificação, é possível, então, que os serviços de saúde sejam planejados para o atendimento chamado “de rotina”, já tendo em vista a necessidade de atender a estes casos, e não colocar um em detrimento dos demais e vice-versa.

À medida que os serviços de saúde começarem a conhecer a realidade sanitária de seus grupos populacionais e passarem a utilizar estas informações como instrumento do planejamento das ações de saúde necessárias para responder às necessidades de sua população, as dificuldades oriundas desta “imprevisibilidade” dos atendimentos poderão ser minimizadas. Poderíamos aqui fazer uma analogia com os atendimentos de urgência e emergência que também são eventuais nas UBSs, mas contam, no mínimo, com estrutura montada com recursos tecnológicos adequados que possibilitam a assistência ser prestada.

Algumas DNCs, mediante o conhecimento de seu perfil epidemiológico, numa determinada região ou população, podem ser esperadas não só para atendimentos nos serviços de saúde daquela região, como devem fazer parte dos problemas de saúde a serem enfrentados. Poderíamos exemplificar essa questão com a situação da dengue em RP: apesar de não serem agendáveis, os pacientes são atendidos na qualidade de eventuais, porém não são imprevisíveis, pois o município, bem como algumas de suas regiões, têm esta doença como um dos seus principais problemas. O conhecimento do perfil epidemiológico da população adscrita favorece atuar sobre “constante vigilância”.

O depoimento a seguir demonstra o entendimento da DNC na rotina da UBS:

Como nós tivemos a epidemia de dengue cada paciente precisava fazer o hematócrito, prova do laço, encaminhamento para colher hemograma, alguns hidratação parenteral... então é uma coisa que não está na rotina deles (enfermeira 5)

nesse ano tivemos muitos casos de dengue, então isso demanda mais trabalho, gera mais procedimento que não faz parte da rotina... então tivemos muito problema... tivemos que fazer muita reunião... porque sair da rotina é um problema (gerente 5)

Portanto, acreditamos que atrás da dificuldade de lidar com a “imprevisibilidade” das doenças de notificação, o despreparo dos trabalhadores, a desinformação do perfil epidemiológico local e a forma de organização dos serviços de saúde conformada pelo atual modelo de atenção vigente sejam, no mínimo, coadjuvantes.

O município de RP, seguindo o modelo vigente de atenção à saúde a partir de sua reestruturação no nível local, atende a uma clientela já “acostumada” a pensar o cuidado da saúde como que restrito à atenção médica, como era nos moldes previdenciários e tal como é no sistema privado (POSSAS, 1989).

A forma como estão organizados os serviços de saúde em RP não difere de inúmeros outros municípios brasileiros, que não contemplam as informações epidemiológicas no planejamento das ações de saúde e na estruturação de rotinas de atendimentos, nem no preparo das equipes para o enfrentamento dos principais problemas de saúde que a população está ou estará enfrentando.

Estruturado segundo uma rotina voltada para atender a alguns segmentos da população, o atendimento oferece tratamento medicamentoso, principalmente para as doenças crônicas e suas intercorrências, faz o acompanhamento de mulheres grávidas para pré-natal e de crianças nos primeiros anos de vida.

Do conjunto de unidades estudadas, constata-se que as atividades sanitárias são limitadas à notificação de doenças; é desconhecido o perfil de morbi-mortalidade da população adscrita; as atividades preventivas se voltam mais para a imunização e controle de câncer cérvico-uterino; ainda estão incipientes as ações programadas voltadas ao adolescente, ao adulto como um todo, e à pessoa idosa; a gestão colegiada nas Unidades, com a participação da população e dos trabalhadores da saúde atende mais a uma questão formal, mas sem participação e controle social expressivos; o sistema de referência e contra-referência apresenta limitações, pois o que é encaminhado para outro

nível não retorna ao nível local com as informações necessárias para a continuidade da assistência.

A notificação de doenças

Quanto à notificação das DNCs, existe uma rotina que segue normatização do CVE da SES-SP bem como do Ministério da Saúde. De acordo com a rotina estabelecida, existe orientação diferenciando as notificações a serem feitas com urgência ao SVE distrital, por via telefônica, daquelas que podem seguir a rotina semanal através de malote. Todas as UBSs possuem uma lista de DNC, constando as informações necessárias à notificação de urgência. No caso de dúvidas, existe a orientação para consultar o SVE distrital ou central.

Historicamente o sistema de informações de doenças de notificação compulsória tem sido o principal instrumento da VE. As doenças que vêm compondo esse sistema têm sido aquelas que podem colocar em risco a saúde da coletividade e tradicionalmente vêm se restringindo às doenças transmissíveis, ainda que no guia vigente estejam incorporados outros agravos e algumas doenças crônico-degenerativas, como exemplo o câncer e diabetes (BRASIL, 1998a). Em RP, é seguida a orientação para a notificação de doenças, conforme portaria do MS (ANEXO A), e para outras de interesse municipal e estadual, como a conjuntivite, a varicela e a caxumba.

A notificação é o substrato principal de um sistema de Vigilância, pois a partir dela é que se inicia o levantamento de informações necessárias, através da investigação dos casos suspeitos ou confirmados da doença de notificação, para a implementação das medidas necessárias ao seu controle e prevenção. Deve ser realizada no local, onde o caso suspeito de doença de notificação

chega para o atendimento, porém, envolve intensa discussão sobre de quem é a responsabilidade pela sua realização, não existindo um padrão para realizá-la.

Nas UBSs pesquisadas, encontramos diferentes abordagens para esse problema, pois numa das UBSs, a notificação é feita preferencialmente pelo médico, que é quem faz a suspeita diagnóstica; em outras, pela enfermagem e pelos médicos, dependendo do momento e situação. Na maioria das UBS, apenas pela equipe de enfermagem, como é apresentado a seguir:

...esperamos o médico atender e fazemos a notificação (auxiliar 1)

...os médicos não lembram muito, mas no pós-consulta a gente vê e já faz a notificação... o clínico geral é que dá o maior trabalho, é o mais desligado... (gerente 2)

aqui nós já combinamos... já que é o médico que vai atender é ele que faz a notificação... quando ele não faz o pessoal de enfermagem pega a ficha e leva para o doutor preencher, lembrando-o do que ele esqueceu (gerente 3)

eu que faço a notificação... quando tem muita consulta fica muito cansativo (médico 3)

eu nunca faço a notificação... quem faz é o pessoal de enfermagem (médico 4)

se há suspeita peço para notificar (médico 5)

Apesar da maioria dos trabalhadores considerar de fundamental importância a notificação para o controle das DNCs, há diversos motivos para a não-realização da notificação. Sabemos que, no cotidiano das UBSs

pesquisadas, alguns trabalhadores não notificam rotineiramente, o que pode levar a um Sistema de VE pouco sensível para a detecção de doenças e agravos e para a identificação de surtos.

É imprescindível, para o funcionamento adequado de um sistema de vigilância epidemiológica, a coleta de informações sobre o caso suspeito e apesar dos trabalhadores considerarem importante a notificação de doenças e conhecerem as principais doenças de notificação compulsória, há diversos motivos para a sua não-realização.

A questão do preenchimento dos vários impressos do Sistema de Vigilância Epidemiológica figura como um impedimento importante à notificação, pois é despendido muito tempo para realizá-la, há muita dúvida na coleta dos inúmeros dados que são solicitados, gerando uma situação de “peso”, “fardo”, para aquele que ficou com a incumbência de realizá-la. As falas abaixo exemplificam isto:

o preenchimento da papelada é que atrapalha, tanto na pediatria como na clínica médica. O paciente que precisa fazer a notificação demora mais para atender... precisa checar o endereço, onde estuda, onde trabalha... então os que estão esperando já começam a reclamar... então atrasa bastante o atendimento da gente e às vezes começa a dar briga na porta da sala da gente... (auxiliar 5)

Waldman (1991) coloca que o compromisso do profissional em realizar a notificação depende da percepção que tem da importância do evento adverso à saúde pública, ou seja, existe uma valorização das patologias de maior gravidade no ato da notificação ou daquelas em época dos surtos e epidemias.

A subnotificação é um fato que prejudica a assistência à saúde de uma comunidade, e deve ser melhor estudada, pois em alguns casos demonstra ser

a notificação uma tarefa burocrática e sem nenhum retorno para sua prática, e para outros é mais uma tarefa a ser cumprida, que não será trabalhada no nível local e, portanto, poderá ser repassada para outros trabalhadores do nível central.

Em síntese, todos os trabalhadores entrevistados sabem sobre a notificação de doenças, percebem-na como algo importante, mas ao voltarem para o cotidiano de suas atividades, a prática contradiz o discurso.

tem muita polêmica nisso aí. A enfermagem não gosta de notificar... no concreto quem faz é a enfermagem... tem muita resistência do médico preencher... e da enfermagem também.. (enfermeira 5)

A alegação da falta de tempo não seria uma justificativa para não realizar notificação, porque ela em si deveria ser considerada como parte do atendimento. Também é preciso considerar que há falta de estímulo para a notificação, uma vez que não há “feed-back”, uma retroalimentação por parte da equipe da VE para os profissionais notificantes. Nas poucas vezes que houve essa retroalimentação, ela foi feita sob a forma de boletins, gráficos, com pouca comunicação entre os diversos serviços da UBS, exemplificando, como já foi dito anteriormente, a falta de comunicação existente.

tem que preencher ficha, levantar os dados, que não é coisa pequena, preencher SINAN, tudo isso leva tempo... (enfermeira 3)

A notificação é o primeiro passo do processo do sistema de informação e investigação. Notificar significa comprometer-se em iniciar todo o processo da VE; longo, trabalhoso e com cobranças dos outros níveis do sistema.

Baker; Millar; Melius (1988) relatam em seu trabalho sobre a vigilância das doenças ocupacionais, que muitos sistemas de vigilância falham por não demonstrarem que os dados colhidos são usados de forma que propiciem uma intervenção ativa e direta na prevenção e no controle de tais condições.

A sobrecarga

As exigências normatizadas para o atendimento das DNCs levam ao entendimento de que as atividades da prática da VE geram sobrecarga às atividades cotidianas dos trabalhadores da UBS, principalmente devido:

- ✓ ao preenchimento de impressos como a ficha de investigação epidemiológica, ficha de notificação do SINAN, requisição para solicitação de exame laboratorial, livro de registro de doenças de notificação (SVE-2) além dos impressos constantes do prontuário do paciente;

acho que é um atendimento mais trabalhoso, principalmente dengue... os funcionários fogem... porque é realmente muita coisa para preencher... é muito papel... (gerente 2)

- ✓ aos vários procedimentos a serem realizados:

nesse ano tivemos muitos casos de dengue, então isso demanda mais trabalho... gera mais procedimento... o hematócrito, a prova do laço não é da rotina do auxiliar... e dependendo do dia precisava fazer 7,8 por período... então... (enfermeira 4)

Algumas doenças, como exemplo a dengue possuem um protocolo para o atendimento, orientando a realização de alguns procedimentos como microhematócrito e a prova do laço, não previstos nas rotinas das UBSs até a necessidade da implantação dessa orientação, devido ao risco de dengue hemorrágica no município. A situação epidêmica provocou uma grande demanda suspeita para atendimento, o que, sem dúvida, ocasionou séria sobrecarga de atividades para as UBSs já com problemas para atender à demanda geral, comprometendo, em algumas, o seguimento do protocolo de orientações.

- ✓ a maior atenção exigida durante esses atendimentos:

acho que significa mais trabalho, mais responsabilidade, melhor orientação, menor custo... precisa de um envolvimento maior do profissional, ele tem que estar mais consciente... (médico 4)

eu acho que a equipe toda tem mais cuidado com este tipo de doença (gerente 3)

- ✓ a grande demanda que gera para atendimento se for o caso de epidemia:

...na época da epidemia de dengue tivemos muitos problemas para conseguir atender a toda a demanda... (enfermeira 5)

Observamos tais revelações em trabalhadores de todas as UBSs do estudo, inclusive nas que atendem a menor demanda. O atendimento de

doença de notificação, independente da demanda das Unidades, foi considerado por si mesmo “mais trabalhoso”. Veja a seguir:

eu acho que demanda mais trabalho para a unidade pois tudo tem que estar documentado... tem dados muito repetitivos, deveria ser estudado uma forma de mudar isso, de ser menos cansativo... (médico 2)

a UBS precisa investigar toda a história.. em curto espaço de tempo (médico 3)

A abordagem da sobrecarga de trabalho ocasionada pelo atendimento da doença de notificação deve ser considerada sob dois aspectos: o primeiro é de que o atendimento de doença de notificação é, de fato, um atendimento mais complexo, que requer informações detalhadas e um conjunto de saberes que devem compor, com a clínica, um corpo de saberes para a sua execução, o que conseqüentemente demanda um gasto maior de tempo e atividades que não fazem parte da rotina diária dos atendimentos. Um segundo entendimento diz respeito à organização da assistência no nível local e seus problemas com recursos humanos e materiais para atender todas as necessidades requeridas nesse tipo de atendimento e articulá-lo com a assistência à saúde.

Um dos aspectos que pode estar relacionado à manifestação de sobrecarga, para além da complexidade e diversidade dos atendimentos, é o fato deles não serem entendidos como parte do trabalho também da equipe de saúde do nível local. Pautada por afazeres diários organizados sob a lógica da consulta médica presidindo as práticas em saúde, a realização de novas práticas que não atendam a esta lógica ficam bastante comprometidas, mantendo os trabalhadores cercados por atividades essencialmente curativas, realizadas principalmente dentro dos muros da UBS.

Na fala dos profissionais, a questão mais relevante citada como responsável pela sobrecarga gerada pelo atendimento da DNC, foi quanto ao preenchimento dos impressos, explicitada anteriormente por ocasião da própria notificação compulsória. É preciso tomar essa questão sob duas formas: a primeira referente ao preenchimento dos inúmeros impressos necessários, fornecendo todas as informações exigidas; a segunda diz respeito ao retorno dessas informações já processadas para aqueles que a colheram e para todos os que possam se beneficiar de seu uso.

eu percebo que tudo que exige muito papel eles reclamam, às vezes você suspeita que não estão notificando porque não querem preencher aquele monte de papel, pois tudo que você vai passar eles reclamam... Ah! Mais papel para preencher! (gerente 5)

Os impressos do SVE, na verdade, têm uma grande complexidade de dados, pois devem subsidiar as conclusões quanto ao local provável de infecção, formas de contágio, comportamentos chamados “de risco”, contatos com outros casos suspeitos ou confirmados, além de dados clínicos e de evolução do paciente, que em alguns casos requerem um conhecimento da doença ou agravo em questão para poder preenchê-los. Dependendo do agravo a ser notificado, as informações têm maior ou menor complexidade.

Essas informações, fundamentais à investigação epidemiológica, não fazem parte do universo dos trabalhadores do nível local, principalmente do nível médio, acostumados a outras atividades rotineiras de orientação medicamentosa ou coleta de exames laboratoriais de rotina. Na sua maioria, esse tipo de atendimento de casos suspeitos de doenças de notificação exige dos trabalhadores do nível básico uma outra forma de assistir.

No preenchimento dos inúmeros impressos do Sistema de Vigilância Epidemiológica, observamos que a atuação do nível local tem se caracterizado pela coleta de dados e repasse aos outros níveis, reforçando a concepção de ser esta tarefa um “fardo”, enfadonha, geradora de mais trabalho, principalmente se o trabalhador não entende a utilidade e importância desse seu fazer.

É preciso admitir que é necessária uma revisão desses impressos no sentido de facilitar o seu preenchimento pelos que estão fazendo o atendimento do caso, revisando seus conteúdos, priorizando informações a fim de facilitar e desmistificar o seu preenchimento. À medida que o nível local efetuar outras ações de vigilância, perceberá as informações como importantes instrumentos para sua ação, pois, o bom desempenho da VE depende também e principalmente da qualidade das informações.

Fischmann (1994) considera a Vigilância Epidemiológica como sendo *informação para a ação*. Prossegue referindo que um sistema de vigilância epidemiológica será tanto mais operacional quanto maior for a capacidade de os níveis locais obterem a informação, analisá-la oportunamente, agindo, assim, de forma adequada.

No modelo vigente de VE implantado no país, estado e município, como atribuições previstas para o nível local, cabe a coleta das informações básicas a respeito do caso que desencadeará a investigação epidemiológica dos técnicos da vigilância de variados níveis, percebendo-se uma acentuada centralização de todo o trabalho de análise dos dados coletados, bem como sua utilização em avaliações e planejamento de medidas de controle.

Tais informações, por sua vez, gerarão outras mais elaboradas, que resultarão nas análises epidemiológicas sobre os agravos, seus fatores

condicionantes, entre outros, que deverão retornar, e segundo Goodman; Remington; Howard (1995) chegar ao conhecimento de dois grupos principais: à população que corre risco de exposição a determinado agravo e aos serviços de saúde e seus trabalhadores encarregados de realizar as intervenções necessárias.

Outra questão que se coloca a respeito do preenchimento dos impressos exigidos, é referente ao retorno dos dados analisados para aqueles que iniciaram o atendimento e colheram as primeiras informações. Hoje, eles ficam sem saber de fato se os casos foram confirmados e ignoram ainda as demais informações sobre os locais de provável infecção, as medidas tomadas, entre outras.

Para Tasca (1999), um sistema de informação em nível local deve ter como características: a participação da comunidade; informações que contenham além de dados médicos, dados sócioeconômicos; informações que sejam realmente utilizadas, também no nível que as coletou e gerou.

A participação da comunidade na geração das informações permite muitas das vezes o conhecimento antecipado dos casos, sendo um primeiro alerta da ocorrência de uma epidemia. Permite a criação de um canal de comunicação entre a população e os serviços de saúde, facilitando à comunidade conhecer a sua situação de saúde e, conseqüentemente, exigir ações que mudem favoravelmente aquela situação, exercitando sua cidadania.

Sabemos que o retorno da análise desses dados aos profissionais que forneceram as informações é imprescindível para o funcionamento de um sistema de vigilância. A vigilância epidemiológica não pode ser desenvolvida sem informação, tendo-se claro que a informação é uma atividade “meio” e não “fim” e que deve ser usada como sustentadora das ações.

Tal retorno, conforme já dissemos, seria também uma estratégia de sensibilização dos trabalhadores quanto à notificação, percebendo-a não como uma tarefa burocrática e compulsória, mas como uma atividade de importância fundamental para o conhecimento das condições de saúde da população usuária de seu serviço, bem como para a promoção de ações eficazes no controle e prevenção das doenças.

*a vigilância não dá retorno dos casos notificados...
(enfermeira 3)*

*não saberia dizer quantos casos atendemos, se já foi
passado para a UBS, para mim não chegou... (médico 3)*

*ninguém te retorna as informações da UBS, com as DNCs
também é assim... (médico 2)*

As questões já discutidas no terceiro capítulo, sobre a desarticulação do trabalho da equipe de VE distrital com o trabalho das UBSs explicam um pouco a falta de retorno sobre o trabalho realizado a partir das notificações recebidas, bem como dos dados gerados, a partir das investigações epidemiológicas realizadas. Urge, no nosso entendimento, uma mudança de comportamento também dos técnicos atualmente responsáveis pelas ações de vigilância no município, no sentido de procurar buscar uma maior integração do seu trabalho com o trabalho da UBS, modificando a questão colocada da vigilância epidemiológica como uma abordagem de ações de saúde realizada por equipes diferentes, separadas geograficamente, que apresentam dificuldades de integrar seus agentes, informações e atividades.

No nosso entendimento, realimentar o nível local com dados quantitativos produzidos não basta. Será preciso ir além do repasse de

informações, considerando a retroalimentação como um processo de discussão do significado dos dados epidemiológicos gerados para aquela região, comunidade e para o serviço de saúde responsável pela assistência à saúde. Dar subsídios, alimento, para uma discussão da operacionalização de uma abordagem coletiva do cuidado, preventivo ou curativo, contribuindo assim para a discussão do Sistema de Saúde Municipal na reorganização de suas práticas.

É necessário, portanto, que o nível local conheça, no mínimo de forma atualizada, a incidência e prevalência dos agravos notificados, sua distribuição geográfica, o grupo etário mais susceptível e os fatores determinantes e condicionantes dos agravos, sendo capaz de detectar um aumento do número de casos no momento em que ele ocorre, e prontamente realizar ações de saúde pública voltadas para o controle e prevenção de tais agravos. Na maioria das vezes o retorno dessa análise por parte do nível central é algo tardio, tendo a epidemia já se instalado.

Todas as UBSs que compõem este estudo confeccionam o livro de registro das doenças de notificação que atendem, chamado de SVE-2, que significa Sistema de Vigilância Epidemiológica - 2. Para o SVE ele se constitui na segunda forma de registro da doença de notificação nos Serviços de Saúde, pois o primeiro registro é representado pela Notificação Compulsória das Doenças, composto pelo nome da suspeita diagnóstica e dados de identificação do paciente. A principal função desse registro das notificações realizadas na UBS é fornecer resumidamente informações sobre os casos suspeitos atendidos, os tipos de moléstias que poderiam estar ocorrendo na área, propiciando um acompanhamento da incidência de alguns agravos para a tomada de medidas de prevenção e controle.

O chamado SVE-2, nas UBS pesquisadas, é preenchido por qualquer profissional que saiba da notificação ou que a tenha realizado, sendo mais comum o seu preenchimento pela equipe de enfermagem. Nos deparamos com depoimentos de alguns trabalhadores, que denotam total desconhecimento dessa forma de registro interno:

se tem algum tipo de registro, eu não conheço (médico 5)

algum registro interno dos atendimentos? Que eu saiba nenhum! (médico 2)

não temos registro interno na Unidade. Isto é feito pela Vigilância (gerente 4)

Nas Unidades Básicas de Saúde com maior demanda, o seu registro não é atualizado, sendo apontados como motivos para tal situação a falta de tempo para preenchimento de papéis diante do volume de atividades a serem realizadas e a quantidade de impressos a serem preenchidos por ocasião das notificações. O acompanhamento da produção realizada nas UBSs a respeito desses atendimentos não é conhecido pela equipe que a produz, pois em todas as UBSs pesquisadas o registro está desatualizado e não há, segundo o relatado pelos trabalhadores, nenhuma utilização de qualquer de seus registros, quer para a divulgação entre a equipe de saúde e população, quer para a organização das atividades das UBSs.

Os trabalhadores representam a VE como um processo de coleta de dados, que permite o “conhecimento epidemiológico”, mas não vêem nos dados importância para a sua prática. Poucos estão preparados para este olhar.

Segundo a fala dos trabalhadores, não são realizados estudos, avaliações ou discussões com os dados constantes neste livro, o que para nós figura como um provável motivo para o seu não-preenchimento:

os dados estão lá no livro. Ninguém trabalha com esses dados... (enfermeira 5)

os registros no livro é meio esquecido... tenho poucos funcionários, então o papel você acaba deixando... (enfermeira 2)

eu não tenho a noção de quantos casos têm, mas nós temos uma pasta onde estão registrados... (gerente 5)

tem um livro de registro... não trabalhamos com ele (auxiliar 5)

para falar a verdade, estes registro na UBS ficam meio esquecidos... (enfermeira 1)

A falta de acompanhamento

O desconhecimento do registro dos casos atendidos e de seus desdobramentos, como sua evolução, a confirmação ou não da suspeita, também demonstram que a atual forma de organização da assistência é entendida pelos trabalhadores como desfavorável ao atendimento das DNCs, principalmente porque após a notificação do caso à equipe de Vigilância Epidemiológica distrital, são poucos os pacientes com retornos agendados para acompanhamento clínico.

O mais freqüente em tais situações é o paciente ser orientado a retornar se necessário (perpetuando a situação de caso eventual), ou então

marcar o retorno quando chegar o resultado de exames, se houver esta solicitação. Isso evidencia o quanto a notificação, que deveria ser o início de um acompanhamento do paciente, contraditoriamente, representa o fim do seu atendimento na UBS. Ao notificar o caso para a equipe de vigilância epidemiológica distrital, algumas UBSs se isentam até mesmo de sua atribuição precípua que é o acompanhamento clínico do paciente, talvez na expectativa do acompanhamento do caso pelos técnicos da VE.

A equipe de vigilância epidemiológica do nível distrital, por sua vez, ao tomar ciência da notificação desencadeia as medidas de controle preconizadas, tomando-as como seu objeto ao invés e em detrimento do acompanhamento clínico do paciente. Convém ressaltar que não estamos querendo dizer que os técnicos da vigilância epidemiológica não se preocupam com a evolução clínica dos pacientes, mas sim ressaltar que o acompanhamento clínico, de fato, deve ficar também a cargo do profissional que o avaliou, que tem a responsabilidade pelo tratamento indicado e pela evolução clínica dele decorrente.

Queremos chamar a atenção para o fato de que não podemos continuar dispensando o paciente sem a garantia do seu acompanhamento. A realização da notificação compulsória não o torna prescindível. Vários trabalhadores entrevistados denotaram sua preocupação com este aspecto, “que fica para ninguém”. Abaixo trazemos a fala de dois trabalhadores para bem exemplificar isto:

...acho que a gente deveria ter o acompanhamento dos casos, saber se confirmou, se melhorou... só que a gente não tem de perto este controle, este vínculo com o paciente (auxiliar 4)

Eu acho que o problema maior destes atendimentos é ter uma orientação maior sobre o seguimento, o que fazer com

esse paciente... principalmente comigo, pois eu não tenho nenhuma experiência como fazer estes acompanhamentos, sinceramente... eu chamo a enfermeira, eu tenho que pedir ajuda... a gente não vê mais o paciente... seria importante para ter a experiência... (médico 5)

Essa forma de organização do trabalho não garante a responsabilização do profissional que fez o atendimento, nem mesmo da equipe de saúde com o paciente, não permite o desenvolvimento de um vínculo com o usuário, se restringindo à ação de notificar. A notificação de uma suspeita de doença pode revelar à equipe de saúde da UBS uma série de informações imprescindíveis para a assistência de toda a população adscrita e apontar outros caminhos para a vigilância à saúde e à vida.

Como foi explicitado, no caso da dengue há um protocolo explicando e orientando o seguimento a ser realizado e mesmo assim ele não é seguido. A questão aqui, então, ultrapassa os horizontes da orientação técnica, do “como atender” e nos remete ao modelo de atenção vigente, que ao mesmo tempo em que hipertrofia o pronto-atendimento, esvazia-o de eficácia.

Na realidade, os atendimentos não acontecem conforme a normatização proposta. A maioria dos pacientes sai sem o devido preenchimento da carteira com dados do paciente, sem agendamento para acompanhamento clínico, até sem a notificação do caso, prejudicando todas as medidas necessárias para a assistência integral ao paciente.

Ao refletirmos que a maioria dos atendimentos de doenças de notificação chegam às UBS como demanda eventual, e que são atendidos na modalidade de pronto-atendimento, é importante considerarmos que:

quando se hipertrofia o pronto-atendimento como a forma principal de assistência médica, sua eficácia reduz-se bastante, uma vez que não

é dada às pessoas a garantia de acompanhamento de suas afecções, especialmente as mais crônicas, além de informações e atividades para a promoção da saúde (DALMASO, 2000, p. 152).

A fragmentação da assistência ao paciente, com processos de trabalhos desarticulados nos vários níveis é aqui explicitada:

eu acho que se existe um setor de VE, então ela toma conta desses casos... (enfermeira 3)

Outros trabalhadores, percebem esta falta do acompanhamento também pela UBS:

eu acho que deveria ter um pouco mais de atenção com estes casos... deveria ter um acompanhamento mais de perto pela UBS... (auxiliar 2)

...e acho que a gente deveria ter o acompanhamento dos casos, saber se confirmou, se melhorou... só que a gente não tem de perto este controle, este vínculo com o paciente (auxiliar 4)

Processos de trabalhos desarticulados, fragmentação da assistência, falta de visão do conjunto, desconhecimento e despreparo para a assistência, são ingredientes que não se afastarão de nossas análises.

Em Ribeirão Preto, a maioria da demanda de doenças de notificação compulsória encontra porta aberta para seu atendimento nos serviços de pronto-atendimento estruturado nas Unidades Distritais de Saúde, que atende à queixa principal, às vezes notifica ou encaminha à UBS à qual pertence o paciente para a notificação e acompanhamento. Isso na maioria das vezes não acontece, pois o paciente não tendo garantido o atendimento na Unidade

Básica, retorna ao pronto-atendimento da Unidade Distrital, se necessário for. Caso ele não sinta esta necessidade, mesmo sendo uma suspeita de doença de notificação, perde-se o caso.

Dalmaso (2000) reitera que atualmente o pronto-atendimento responde à demanda por atendimento imediato do usuário sendo que, para a grande maioria destes, é dada alta do acompanhamento já neste primeiro atendimento e quando o indivíduo sentir-se novamente doente deverá retornar para ser outra vez prontamente atendido, sempre na eventualidade de haver vaga.

As necessidades de saúde, embora possam ser expressão de outras demandas sociais, nos serviços de atenção médica, tendem a ser reduzidas a problemas do corpo, tornando-o passíveis de manipulação (MENDES-GONÇALVES,1994), assim a demanda espontânea motivada pela queixa do doente reconhecida ou traduzida pelo médico passou a ser o principal emblema da organização dos serviços de saúde, e o pronto-atendimento hoje responde à demanda por atendimento imediato do usuário, centrando a investigação médica na queixa principal. O médico investiga o problema de forma freqüentemente sucinta, enquanto o tempo da consulta é restrito (PAIM, 1999).

Assim estruturada a assistência, na maioria das vezes assim também são os atendimentos dos casos suspeitos de DNC, perdendo-se a oportunidade de melhor assisti-los.

hoje em dia as pessoas vêm assim: atendeu-medicou-curou... e não é assim, e você pode ter médico 24 horas, milhares de remédios e você não vai resolver o problema... (médico 2)

você não tem o resultado da ação, notificou... você não sabe o que aconteceu com o paciente... (médico 5)

O encontrado nas UBSs não difere da situação das DNCs nas Unidades Distritais. Os dados referentes às notificações de 2002, num dos distritos de VE do município, mostram que a grande maioria das notificações é gerada por atendimentos ocorridos nos serviços de PA, com funcionamento de 24 horas prestado nas UBDs. Das 1.510 notificações realizadas, 677 (44%) foram geradas por atendimentos no serviço de pronto-atendimento da Unidade Distrital.

Tal questão merece um maior estudo, pois aponta aos gestores a situação de atendimento das UBSs referente à capacidade de absorção de suas demandas e a forma como a assistência vem sendo realizada, entre outros.

Essas situações encontradas, por ocasião do atendimento da DNC, nos possibilitam discutir aspectos deste atendimento relacionados à longitudinalidade, uma das características da Atenção Primária à Saúde, que portanto, também deveria ser uma das características da atenção prestada pela UBS, ao estabelecer relações entre sua equipe e a população adscrita.

Muitos pacientes têm identificado também o serviço de pronto-atendimento das Unidades Distritais como fonte de atenção aos seus problemas, não por estes se enquadrarem no nível de atenção das Unidades Distritais de maior complexidade, mas por não encontrarem vaga para atendimento na UBS, descaracterizando entre outros atributos, a longitudinalidade como característica do atendimento da UBS.

Alguns casos de DNC, como casos de dengue, quando avaliados somente quanto aos aspectos da assistência médica, podem ser atendidos diversas vezes, devido à evolução de seu quadro clínico nos serviços de pronto-atendimento, sem nenhuma continuidade da atenção nos diversos

atendimentos realizados, com a grande rotatividade de profissionais destes serviços e ao fato de não utilizarem prontuário médico no atendimento.

A essência da longitudinalidade, que é dada pela relação pessoal duradoura do profissional, ou equipe de profissionais, ou o serviço de saúde com o usuário, independente do problema apresentado, não é percebida por muitos dos usuários das UBSs, pois tem encontrado dificuldades para se firmar como uma das características do trabalho das UBSs, devido à assistência estar caracterizada em sua maioria na queixa principal, o que tem contribuído para o desconhecimento de muitos dos problemas da população adscrita. Ou seja, a longitudinalidade é continuidade da assistência à saúde, principalmente. Considera o vínculo entre a equipe e o usuário. Usuário e equipe compartilham os papéis de responsabilização pela saúde.

Os profissionais entrevistados admitiram que o município tem rede de serviços bem estruturada, com retaguarda laboratorial e serviços de apoio diagnóstico, faltando de fato “um projeto para assistir”.

a estrutura que o município tem é boa. Você tem a possibilidade de pedir exames, tem para onde encaminhar... O que não temos é retorno do que foi encaminhado... e não temos projeto... (médico 3)

É preciso reorganizar o atendimento, direcionar a demanda, buscar formas para atendimentos de uma equipe de saúde que pense as intervenções de saúde numa outra lógica que não apenas na do pronto-atendimento, que responde a uma pequena parte dos problemas de saúde.

No atendimento da DNC realizado no nível secundário tem maior chance de ocorrer a subnotificação, devido ao volume, à complexidade e à diversidade dos atendimentos.

na UBS a notificação é mais fácil de fazer... mas na UBDS não dá... o médico tem muito caso para atender, uma ficha atrás da outra... para o pessoal de enfermagem também é muito corrido... assim como para o médico, então eu acho que perde muita coisa (médico 3)

A UBDS atende a uma população que não chega à UBS, prefere o atendimento da distrital por ser “mais rápido” e *ter certeza do atendimento*.

Os papéis das UBS e UBDS são distintos, e quando melhor definidos, reestruturados, poderão se complementar. Hoje o atendimento é também desarticulado, essencialmente centrado na queixa principal na chamada “assistência só para hoje”, como referiu uma das enfermeiras entrevistadas.

os casos atendidos no PA não passam para a UBS. Como o PA não faz acompanhamento na maioria das vezes, como fica o paciente? De quem é o paciente de dengue atendido na UBDS? (enfermeira 1)

O ideário da implantação do SUS, representado pelo acesso universal ao sistema de saúde, ligado à idéia de expansão de cobertura, através da chamada “porta de entrada” representada pela UBS, através da estratégia da hierarquização dos serviços, na prática tem se constituído numa imagem diferente da projetada, primeiro porque a rede básica não tem conseguido garantir o acesso universal de todos os que buscam os serviços de saúde, devido ao estrangulamento da oferta, que ocasiona repressão da demanda, que é “empurrada” para os chamados serviços de pronto-atendimento do nível secundário, prontos-socorros e hospitais em alguns municípios e segundo porque os serviços responsáveis pela atenção básica conseqüentemente não têm conseguido articular as ações e serviços exigidos para cada caso, em

todos os níveis de complexidade do sistema. “As pessoas acessam o sistema por onde é mais fácil ou possível” (CECÍLIO, 1997, p. 472).

No relato dos trabalhadores entrevistados sobre os atendimentos em geral realizados pela UBS onde trabalham, é possível perceber que não há visão do conjunto sobre essa demanda atendida. O entendimento que têm está direcionado pontualmente para o setor onde este trabalhador executa suas atividades. Assim ocorre também com os atendimentos das DNCs, pois os trabalhadores relatam experiências e conhecimento de casos exclusivamente na área onde estão desempenhando suas atividades. As falas de diferentes profissionais da mesma UBS exemplificam o que foi dito:

temos as DST, principalmente a gonorréia, tivemos dois casos de HIV... (médico 4)

as mais freqüentes são a dengue, a catapora e alguns casos de esquistossomose... (enfermeira 4)

as DNCs que atendemos é a hepatite, rubéola, dengue... (auxiliar 4)

Vale ressaltar que alguns trabalhadores têm idéia da ocorrência de algumas doenças concentradas em determinados períodos do ano, demonstrando o conhecimento de uma das características de algumas doenças de notificação que é a sazonalidade, e identificam principalmente a dengue e a varicela como doenças “de época”.

depende da época do ano... agora é época de muita catapora... no começo do ano é a dengue... (auxiliar 2)

Podemos constatar que nas Unidades Básicas com menor número de atendimentos, apesar da existência de um quadro reduzido de funcionários e de, não havendo escala individual todos fazerem todas as atividades, também ocorre a falta de visão de conjunto sobre o quanto a Unidade atende, denotando que, atualmente, nas UBSs, as equipes de saúde desconhecem os principais problemas que chegam à sua porta para atendimento, ignorando as características da demanda atendida na Unidade, principalmente no tocante aos tipos de atendimentos realizados e sua morbidade, resultando, enfim, no desconhecimento e despreparo para o enfrentamento dos problemas de saúde da comunidade que assistem.

Das categorias de trabalhadores que entrevistamos, o relatado acima não ficou restrito à equipe consultante ou aos responsáveis por trabalhos e áreas específicas. Foi observado, inclusive, na fala dos gerentes que estão envolvidos nas atividades de planejamento e avaliação do trabalho da UBS como um todo.

eu não tenho muita noção sobre quantas notificações a gente faz, nem sobre quais as doenças... (gerente 5)

atendemos dengue, rubéola, sarampo... mas o registro disso está na vigilância... eu não saberia dizer quantos casos tivemos positivos de dengue (gerente 4)

Os trabalhadores descrevem que o atendimento às DNCs se diferenciam dos demais tipos de atendimento, como apresentamos a seguir:

acho uma diferença: a maior complexidade do atendimento... as doenças crônicas são mais fáceis de serem detectadas... já têm um programa a seguir. As DNCs são muito diversas... é preciso uma reciclagem maior... os

médicos, quando acontece uma situação destas, vêm perguntar prá gente... e às vezes as mudanças ocorrem e você não está atualizada... a gente recebe uma quantidade muito grande de comunicações de todos os níveis e como você não tem aquele caso naquela hora, você guarda o “papelinho”, porque não é uma coisa dinâmica, como a hipertensão, a diabetes... todo dia eu tenho hipertenso e diabético na UBS e a doença de notificação compulsória, não (gerente 1)

vejo muita diferença porque a hipertensão é controlada de imediato com medicação, na diabete você faz a insulina, agora na dengue você não tem como prever o que vai acontecer... com a meningite também... acho que é mais urgente... mais grave (auxiliar 4)

Os depoimentos apresentaram que nas doenças crônicas o atendimento está previsto em protocolos e são ações realizadas rotineiramente, o que os enquadram “na rotina” do atendimento, particularizando o olhar para o tratamento curativo, medicamentoso, apenas.

Entretanto, frente a uma DNC, os profissionais referem que a evolução do caso é imprevisível. Sentem-se despreparados para lidar com casos como a dengue, meningite, em termos de preparo para o acompanhamento. A preocupação com o tratamento medicamentoso, em muitos casos de doença de notificação, não se revela como o motivo principal do acompanhamento.

O exercício requerido ao atender esse tipo de doença, é ir além da preocupação do tratamento curativo, revelando as singularidades de cada caso atendido, que se transformam também em objeto do acompanhamento do caso, como exemplo: onde mora; com quem mora; onde estuda ou trabalha; com quem estuda ou trabalha; locais frequentados; alimentos ingeridos; entre outros.

Outra barreira enfrentada pelos profissionais de saúde é o preenchimento dos impressos do Sistema de Informações, conforme já discutido, que é mais complexo e não se restringe ao prontuário médico. Inclui registros que abrangem um conjunto de informações de caráter individual e coletivo.

acho que é mais trabalhoso... é muita coisa para preencher... em relação às outras doenças, se for um hipertenso controlado... as orientações são sempre as mesmas... as medicações... já com a dengue, não... (gerente 2)

tem que preencher ficha, levantar os dados, preencher o SINAN. Leva tempo. É complicado. As fichas são difíceis de preencher. É muito diferente dos outros casos (enfermeira 3)

Uma das falas também revela, mais uma vez, um entendimento das doenças crônicas como algo mais fácil de ser tratado e cuidado, pelo fato de ter as medicações prescritas “para o controle “do problema, valorizando a dimensão do cuidado individual, restrito a ação curativa e desconsiderando os outros aspectos importantes na assistência ao portadores de doenças crônicas. O que, por sua vez, denota também um despreparo para tal assistência.

Um outro aspecto muito freqüente nas falas dos trabalhadores, a respeito das diferenças percebidas entre as DNCs e os demais atendimentos, é a representação que fazem da DNC ser doença transmissível, conferindo-lhe grande importância pelo fato de poder ocasionar o aparecimento de outros casos e “trazer conseqüência para todos”, exigindo maior atenção para atendê-la.

eu acho que as DNCs são mais graves para a população, pois a pessoa que tem hipertensão o problema está centralizado nela, ela vai ter que se cuidar... agora uma rubéola, uma meningite, é um problema que não está centrado apenas no individual. Eu acho que tem essa dimensão... (enfermeira 1)

no caso de DNC eu vejo uma diferença muito importante: o paciente pode transmitir para outras pessoas... não que haja uma discriminação, pois não há o porque disso, mas é preciso ter uma atenção maior (auxiliar 2)

eu acho mais importante devido à contaminação que pode haver (enfermeira 3)

A grande preocupação, na vigência de casos definidos como de doenças transmissíveis, é exatamente esta: impedir que o processo se instale em outros indivíduos, constituindo a transmissão.

A história vem nos mostrar a presença dessa preocupação desde a Antigüidade até o século XIV manifestada pela instituição da quarentena e pelo isolamento como medidas de proteção da disseminação de doenças infecciosas da época. Com a transformação e evolução do conhecimento científico, as medidas de controle também se modificaram, foram aperfeiçoadas, acrescidas de tecnologias, objetivando evitar a transmissão das doenças transmissíveis conhecidas, bem como daquelas consideradas emergentes e reemergentes.

Evitar a transmissão dessas doenças também foi objeto de outros interesses, tais como: a necessidade de manutenção da mão-de-obra, a produção-reprodução das classes sociais, a preservação da dominação entre segmentos populacionais, entre outros.

Na Europa do século XVIII, a necessidade de se preservar a mão-de-obra crescente que paralelamente adoecia (os ares, as águas poluídas, as condições insalubres das cidades), evitando-se a interrupção da produção, justificou um rígido controle das epidemias, sendo tomado um conjunto de medidas restritivas e policiaescas de caráter punitivo para controlar a propagação de doenças (ROSEN, 1994).

Assim, sistemas rudimentares de monitorização foram criados, estabelecendo regras para sepultamentos, normas contra a poluição das ruas, águas, instrução para o manuseio de alimentos, dando início a um sistema também rudimentar de Vigilância Epidemiológica (ROSEN, 1994).

O despreparo para o atendimento

Hoje com muito maior complexidade, a VE ainda traz a exigência de maior preparo técnico para atender a doenças que não são comuns. Diversificadas, imprevistas, complexas e externas à rotina diária, esses atendimentos tornaram-se diferentes dos demais que rotineiramente fazem parte do cotidiano da UBS.

Eu acho que o problema maior destes atendimentos é ter uma orientação maior sobre o que fazer com esse paciente... principalmente comigo, pois eu não tenho nenhuma experiência como fazer estes acompanhamentos, sinceramente.. .eu chamo a enfermeira, eu tenho que pedir ajuda... (médico 5)

Eu sinto dificuldade, eu não fiz saúde pública... Eu tenho que ler sobre isso... tenho que aprender... tenho dificuldade para preencher as fichas. A vigilância cobra... e eu fico

com um peso... Eu me sinto totalmente perdida! (enfermeira 3)

Vários motivos poderiam ser elencados para tentar explicar a falta de preparo para o atendimento, como por exemplo, a pouca experiência de alguns profissionais no atendimento desses casos, a diversidade de orientações quanto à coleta de exames laboratoriais para diagnóstico, entre outros.

Também é preciso considerar que a maioria dos profissionais tem muitas dúvidas ao atender às doenças de notificação, principalmente aquelas com quadro clínico semelhante a outras doenças. Se observarmos o último Guia de Vigilância Epidemiológica (BRASIL, 1998a), teremos a dimensão dessa problemática, pois congrega 40 moléstias com indicação de notificação compulsória.

No entanto acreditamos que a falta de preparo mais importante referenciada nas entrevistas, está relacionada à falta de conhecimento dos profissionais de saúde sobre o que fazer ao se depararem com doenças de notificação, principalmente as de maior gravidade. Foi interessante perceber durante uma entrevista realizada que um dos profissionais médicos, cuja especialidade o capacita para melhor atender a uma das doenças de notificação considerada grave se sentia o mais despreparado para a notificação. A raiz de seu despreparo não está em atender o paciente clinicamente, mas sim nas dúvidas quanto aos procedimentos necessários a este tipo de atendimento.

A grande maioria dos trabalhadores, entretanto, desconhece outras ações de VE, e apesar de não saberem quais são as ações, eles têm o entendimento de que o trabalho da VE é de urgência e demanda a tomada de

condutas imediatas, reforçando a preocupação com a transmissão daquele agravo em questão para outros espaços e pessoas.

sei que são coisas imediatas, visita domiciliar urgente, bloqueios, estatísticas... (enfermeira 4)

Além da falta do conhecimento específico sobre as DNC, consideradas por eles como “complexas e diversas”, há também um desconhecimento, por parte da equipe de saúde do nível local (gerente, enfermeiro, médico, auxiliar de enfermagem), sobre a utilização da informação epidemiológica, de trabalhar com este conhecimento, estabelecendo nexos epidemiológicos para as sintomatologias apresentadas, utilizando-se de outros saberes.

as DNC são muito diversas, eu sinto que a gente não tem muito esclarecimento, é preciso uma reciclagem maior (gerente 1)

O trabalho dos agentes tem como instrumento de trabalho a clínica, “que faz uma leitura dessas necessidades de modo a reduzi-las a diferentes rótulos de doenças com uma expressão individual que, por sua vez, exige intervenções na particularidade do corpo anatomofisiológico” (PAIM, 1999, p. 208).

todo dia eu tenho hipertenso e diabético na UBS... é uma coisa dinâmica, seguimos o programa, é mais ou menos igual... já a DNC... ocorrem muitas mudanças, você vê um caso e quando se depara com um outro as orientações já mudaram, a gente não vê todo o dia e na hora de detectar fica insegura... (gerente 1)

A prática na UBS, conforme já citado, ao oferecer atendimento médico orientado no modelo do pronto atendimento, volta-se exclusivamente para a atenção de doentes (indivíduos), fundamentada principalmente no saber da clínica que considera as queixas individuais (muitas vezes resumidas na “queixa principal”), mirando o seu olhar para a “essência patológica”, o que em parte explica a falta de preparo relatada ao atender um paciente portador de doença de notificação.

Segundo Almeida-Filho (1999), o raciocínio clínico ao se deparar com um problema de saúde-doença, constrói-se na elaboração de um diagnóstico mediante um perfil sintomatológico apresentado por um corpo individual, apresentado na sua singularidade, no que tem de individual e exclusivo, denominado de raciocínio dedutivo. Por sua vez, o raciocínio epidemiológico parte da constatação de problemas de saúde-doença observados numa dada população, analisando o que têm em comum, estabelecendo associações e buscando explicações para a ocorrência dos fatos observados, construindo, desta forma, o conhecimento através do raciocínio indutivo.

Na forma atual como os serviços de saúde estão organizados, sob a égide de um modelo assistencial essencialmente curativo, os atendimentos também vão se caracterizar sob esse enfoque particularizado, acentuando o que há de singular sobre o caso atendido, buscando a produção de um diagnóstico, chegando, portanto, à doença, o que de certa maneira os distanciam do saber epidemiológico que tem o olhar voltado para determinantes epidemiológicos que afetam uma dada população produzindo doentes .

Ainda esse mesmo autor coloca que:

não obstante as complexas relações dialéticas entre esses campos de conhecimentos, as suas formas privilegiadas de aproximação aos objetos da saúde-doença não podem ser reduzidas uma a outra... a

clínica é soberana, a epidemiologia também. Governam reinos vizinhos, semelhantes em vários aspectos, com intenso intercâmbio, porém afastados por fronteiras bastante precisas... As duas soberanas são muito ciosas das suas diferenças, dos seus poderes e de suas propriedades, que precisamos aprender a respeitar. Portanto, a cada uma o seu objeto (ALMEIDA-FILHO, 1999, p. 212).

No aspecto da preparação dos recursos humanos, é relevante também a capacitação dos trabalhadores, segundo as diretrizes do SUS, que propõe elementos que deverão nortear a assistência à saúde, segundo os quais os serviços deveriam ser reorganizados. Cornetta; Maia; Costa (1996), numa reflexão sobre a reorganização dos serviços de saúde no SUS, chamam a atenção para a importância da educação continuada dos profissionais como elemento essencial para um novo modo de agir em saúde.

A construção desse novo modelo, segundo o mesmo autor, adotaria o referencial conceitual que incorpore saúde como qualidade de vida; qualificaria os serviços tendo como elementos estratégicos os recursos humanos, com definição de perfil e desempenho esperado; e adotaria mecanismos de participação efetiva dos consumidores e produtores desse processo, ampliando sua base de sustentação política.

Para tanto, considera três questões fundamentais, a serem compreendidas pelos trabalhadores na sua preparação e capacitação para a assistência, segundo o ideário do SUS:

1. O conceito de saúde, que deve orientar a organização das práticas, de modo a possibilitar a compreensão e a articulação dos elementos que incorporam o homem em toda a dimensão de sua vida (nascer, trabalhar, adoecer, morrer) considerando suas relações econômicas, sociais, culturais, reconstruindo o conceito de saúde-doença, que traria como conseqüência o rompimento com o modelo assistencial prevalente e hegemônico, caracterizado por uma prática individual, curativa e biologicista.

2. A análise da realidade sanitária que deveria balizar a determinação das prioridades de intervenção; quais ações realizar; para quais grupos populacionais; quando realizar as ações; quais recursos humanos e quais perfis profissionais; quais recursos tecnológicos serão necessários e com quais poderemos contar entre outros, considerando os aspectos como a transição demográfica, indicando o envelhecimento da população e a conseqüente mudança na pirâmide populacional e a transição epidemiológica, com um perfil nosológico onde convivem as doenças infecciosas, as crônico-degenerativas, as provocadas por causa externas como as violências e os acidentes de trânsito, os agravos ambientais, acrescentando-se ainda o ressurgimento de doenças (reemergentes) epidêmicas como a dengue e cólera entre outras, e as chamadas doenças emergentes, que surgiram recentemente como exemplo a hantavirose.
3. A avaliação e acompanhamento da produção de serviços, permitindo uma dinamicidade nas relações entre as “demandas-necessidades-problemas-intervenções” e a prática nos serviços de saúde. Esta análise torna-se possível, a partir dos dados gerados no processo de assistir, que acompanhados e analisados devem orientar as ações de saúde necessárias à intervenção e avaliar o impacto destas sobre a realidade sanitária.

A capacitação dos recursos humanos constitui-se num desafio, pois deve fazer parte da implementação de uma política de recursos humanos adequada, com vistas às novas condições do sistema de saúde, à reorganização das práticas profissionais e à implantação de estratégias para o desenvolvimento dos profissionais existentes na rede.

O atendimento da DNC para o trabalho da UBS

Ao refletirem sobre o atendimento da DNC para o trabalho da UBS e a comunidade que assistem, os entrevistados apontaram a necessidade de superar as dificuldades oriundas do modelo de atenção essencialmente centrado na queixa biológica, conforme ilustrarão suas falas.

Por elas, basicamente, apreendemos dois significados. O primeiro pautado por uma visão de que este atendimento contribui para a melhoria da assistência prestada, oportunizando à equipe da UBS cumprir o seu papel de atender às necessidades de saúde de seus usuários. O segundo, que recoloca em discussão o atendimento da DNC como gerador de sobrecarga, o despreparo dos profissionais e a questão da atual organização da assistência como elementos que não favorecem o assumir desta atividade pela UBS.

Alguns trabalhadores manifestaram compreender tais atendimentos como um avanço nas práticas de saúde, pois, embora haja a falta de preparo técnico, propiciam conhecimento e experiência para o trabalho, principalmente quanto ao quadro clínico relacionado a informações epidemiológicas e os exames complementares indicados pelas normatizações:

eu acho que a Unidade cresce com cada caso desse. A gente se torna mais experiente... vai vencendo as dificuldades... (médico 1)

eu não sabia quase nada de reação vacinal... Aprendi muito discutindo os casos que apareceram para atender com a vigilância (médico 3)

eu vejo que aqui na Unidade os médicos ficam interessados em saber o que está acontecendo com o paciente... eles não

colocam só febre, ou virose e deixam passar... têm interesse em saber o que está acontecendo... (enfermeira 2)

Os trabalhadores expressam que este tipo de atendimento colabora para a UBS assumir o próprio papel, ou seja, significa assumir aquele usuário de sua área de abrangência, que vem em busca de assistência e de um cuidado que são de responsabilidade do nível local. Às Unidades Básicas de Saúde cabem ser a porta de entrada de sua população adscrita, devendo acolher o usuário que chegar, atendê-lo da forma necessária e encaminhá-lo para níveis de assistência de maior complexidade quando for o caso. Assim, os casos suspeitos de doença de notificação se enquadram perfeitamente como parte dessa missão.

Ao se constituírem uma rede de serviços responsável pela atenção básica à saúde, tendo como atribuição executar um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, na promoção da saúde e na prevenção e tratamento da doença, os profissionais devem ir além da simples notificação das doenças e agravos, buscando identificar a vulnerabilidade e a descrição da ocorrência daqueles agravos à saúde de maior relevância para a população adscrita, executar as medidas para prevenir e controlar esses agravos, entre outras.

Assim, a incidência de uma doença de notificação compulsória na área de abrangência deve levar os trabalhadores a refletirem sobre tal ocorrência. Trabalhar com responsabilização, avaliando as condições ambientais de sua população de sua área de abrangência, preocupando-se com os indícios de danos, é uma das formas da Unidade Básica assumir seu verdadeiro papel na satisfação das necessidades de seus usuários. E os trabalhadores do nível local também vêem isto como papel do serviço de saúde:

...eu acho que faz parte do atendimento da Unidade Básica... É aquele paciente nosso... aquele usuário nosso... que está ali na nossa área e portanto pode estar tendo um foco ali... tem que se trabalhar lá... (gerente 2)

eu acho que é papel fundamental da Unidade Básica, fazer esses atendimentos. Você deve ter um compromisso com os usuários, com aquele caso... você vê que é de responsabilidade da UBS e não exclusivamente da vigilância (gerente 3)

eu entendo que é um trabalho importante. Um trabalho que acho que nossa função é essa mesmo. Muito mais que esse “peazão” que a gente atende... (enfermeira 4)

Os profissionais vêem que esses atendimentos também contribuem para uma assistência integral ao coletivo, pois podem, cobrindo todos grupos etários, incorporar à prática uma concepção ampliada de saúde, trabalhando a dicotomia entre as atividades de alcance coletivo *versus* a assistência curativa ao indivíduo hoje presente nos nossos serviços.

acho que faz parte do nosso trabalho, de um trabalho integral, da criança... do adulto... (médico 3)

a gente está dando uma atenção maior para o paciente... (auxiliar 2)

Starfield (2001) coloca que:

as mesmas predisposições à doença que ocorrem no paciente específico também podem existir em outros que vivem na mesma comunidade ou estão expostos às mesmas condições sociais, ambientais ou ocupacionais. O reconhecimento da gênese do

problema de um paciente fornece, assim, uma poderosa ferramenta para o profissional a fim de influenciar a natureza dos serviços, que deveriam ser prestados à população sob cuidado na unidade... (p. 314).

A fala a seguir evidencia a importância da atenção ao problema apresentado pelo paciente como uma das formas de conhecimento de outros problemas, vendo as limitações evidentes da atenção a partir da perspectiva clínica restrita:

...acho importante porque dependendo da doença fica evidente que em sua área pode haver falha em algum aspecto. Para algumas doenças é importante descobrir as causas porque senão de repente tem um caso ali, daqui a pouco outro lá, e mais outro, outro e se ninguém ligar aparece mil... É importante saber para poder atuar (médico 2)

Muito embora o atendimento da doença de notificação compulsória ainda não seja visto e realizado como deveria, ele prescreve atividades básicas de atenção integral, definida “como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema de saúde” e defendida como um dos princípios do SUS, conforme o segundo capítulo da Lei 8080/90 (BRASIL, 1990).

Assim, nesta concepção da integralidade da assistência à pessoa e à comunidade, o atendimento da DNC implicaria em:

- ✓ atividades de promoção como as de educação em saúde, apoio a organização popular e outras que visam a aumentar o nível de consciência sanitária e de cidadania dos indivíduos, contribuindo para a melhoria das condições de vida e de saúde;

- ✓ atividades de prevenção, com a valorização das atividades da imunização, vigilância nutricional e outras medidas específicas que objetivem evitar doenças ou agravos à saúde;
- ✓ ações de saúde coletiva dirigidas à comunidade e meio ambiente com base nas necessidades de saúde das populações, tendo a saúde como direito;
- ✓ atividades terapêuticas, com a assistência clínica, de urgência e emergência aos casos mais graves.

Garantindo uma atuação e abordagem interdisciplinar ao indivíduo e à população na realidade em que se inserem, Campos (1997b) defende a idéia da assistência integral construída pela atuação de uma equipe, sendo que as unidades deveriam ser dotadas de iniciativa e criatividade para articularem um conjunto de ações para cada problema, para responder à dinâmica epidemiológica e social de cada região, tendo equipes de apoio formadas por técnicos formados para atuação em saúde pública.

como o problema da dengue, trabalhamos com o controle de vetores e outros setores como a limpeza pública e fizemos o mutirão da dengue... trabalhamos também com toda a população da área..., foi tirado lixo, entulho, visto problema de esgoto... tudo junto com a comissão local de saúde... (gerente 4)

O depoimento acima, sobre as ações organizadas para o combate ao vetor transmissor da dengue, exemplifica Campos (1997b) que defende que a atenção integral só se constrói com uma abordagem interdisciplinar, assim como Carvalho (1993) que considera a integralidade da assistência como capaz de “assegurar aos indivíduos o direito à atenção à saúde, dos níveis mais simples aos mais complexos, da atenção curativa à preventiva, bem como a

compreensão do indivíduo em sua totalidade e dos indivíduos/coletividades em suas singularidades”.

Starfield (2001), sobre o mesmo tema, coloca que:

não deve ser esperado que nenhum tipo de profissional lide sozinho com todas as necessidades na população. Ao invés disso, a integralidade requer que os serviços estejam disponíveis e sejam prestados quando necessários... a variedade de tipos de problemas de saúde na atenção primária é muito maior do que em qualquer outro tipo de atenção, sendo mais ampla, portanto, a variedade de todos os tipos de intervenção (p. 315).

A dengue, entre muitas outras, é um bom exemplo para analisarmos a necessidade de uma atenção integral para com as doenças de notificação, pois, se forem executadas apenas as ações terapêuticas no cuidado dos doentes, ou as atividades de prevenção entendidas como medidas específicas de controle químico, elas não darão conta por si só do problema e nós continuaremos a ter dengue por muito mais tempo. Para o controle dessa doença são necessárias ações de outra natureza, dirigidas à população e ao meio ambiente visando a aumentar o nível de consciência sanitária e de cidadania dos indivíduos e da comunidade, com a conseqüente melhoria das condições de vida e saúde.

Starfield (2001) coloca que “todas as necessidades relacionadas à saúde dos pacientes ocorrem em um contexto social”, então, o enfrentamento dos problemas de saúde vai se refletir em ações setoriais e intersetoriais, exigindo assim ações que estão situadas fora dos limites convencionais do setor saúde.

O atendimento da DNC e o trabalho com a comunidade

Os trabalhadores entendem que o atendimento da DNC enfrenta limites impostos pelo modelo assistencial vigente, tanto na realização das atividades dentro da UBS quanto no trabalho a ser feito com a comunidade:

... dependendo da doença, fica claro que na sua área deve haver alguma falha, em algum aspecto. Por exemplo: a dengue, vamos procurar ver onde estão os focos, as evidências, é preciso trabalhar nisso... o que não fazemos (médico 2)

...na UBS quando começa a ter muitos casos você pensa... será que está tendo uma epidemia?...mas na UBS temos problemas dos períodos... a tarde... não tem ligação com o que atendeu de manhã... então você não fica sabendo... (auxiliar 4)

Esses depoimentos apontam a possibilidade de compreensão de um conceito de assistência à saúde e do uso da epidemiologia que encaminhe uma proposta de uma nova modalidade de intervenção, articulando assistência individual com questões de saúde coletiva, demonstrando também os limites da atual forma de organização da assistência para essa atuação.

Para o trabalho das UBSs, diante do modelo atual, sob o predomínio da clínica individual e seu paradigma centrado na biologia, que reduz o processo saúde-doença na queixa/procedimento, há uma descaracterização da missão enquanto serviços de saúde na produção de serviços que integrem os cuidados de assistência individual e as ações voltadas para a saúde coletiva de modo a

responder, com eficiência e eficácia, às demandas colocadas pela complexa realidade de saúde da população.

hoje o trabalho da UBS é do tipo “peazão”, somos tragados por atividades essencialmente curativas (enfermeira 1)

Portanto essa modalidade de assistência, que deveria ser finalidade apenas do ponto de vista imediato, comporia com outras formas de atendimento uma mesma assistência, que apesar de realizadas por distintos trabalhos parcelares, seriam integradas. Ao contrário disso, percebemos um atendimento da UBS resumido nesta modalidade de atenção, conseqüentemente marcado por ações parcelares, desarticuladas, oriundas de uma divisão técnica do trabalho, que atribui ao ato médico o “ponto-chave” da assistência.

A rede básica, responsável pelas ações de saúde à nível primário, se constitui “porta de entrada única” para outros níveis de atenção especializados e por isso precisa “atender tudo e a todos” (DALMASO, 2000). Esta mesma autora realizou estudo, em 1992, buscando conhecer como médicos e auxiliares de enfermagem organizavam seu trabalho quando faziam pronto-atendimento e o que pensavam sobre isso, encontrando de forma unânime para os médicos uma caracterização deste pronto-atendimento como um espaço para atendimento de condições clínicas graves e urgentes, o que na verdade hoje representa a menor proporção dos atendimentos realizados.

Ao serem habilitados pela NOB/96, os municípios devem assumir as responsabilidades pela coordenação e operacionalização do Sistema Municipal de Saúde e o desenvolvimento de mecanismos de controle e avaliação da atenção básica; o que conseqüentemente os levam a assumirem ações na atenção à saúde das pessoas como a execução de ações educativas que

possam interferir no processo saúde-doença da população, ações sobre grupos de risco e fatores de risco tendo em vista a prevenção do aparecimento ou a manutenção de doenças evitáveis, investigações de casos de doenças de notificação compulsória e atendimento às pequenas urgências médicas e odontológicas demandadas na rede básica (BRASIL, 1999).

Na conformação do sistema saúde, mediante a égide da atenção curativa, o pronto-atendimento tem sido a solução encontrada para dar conta da demanda de dois tipos de serviços: os de urgência-emergência, com iminente risco de vida, bem como os de uma outra demanda representada por queixas clínicas originadas nos mais variados processos mórbidos que sob este tipo de assistência contraria os ensinamentos da própria clínica, não havendo, na maioria dos casos, perspectivas de seu seguimento e da hipótese diagnóstica suspeitada.

Dessa maneira, o atendimento restrito à queixa principal desencadeia ações na maioria das vezes de aplicação de medicamentos e orientações sobre conduta terapêutica e agendamento de coletas de exames complementares, deixando de lado outras práticas de cuidado à saúde. No caso das doenças de notificação, a expectativa é que a equipe de vigilância execute estas ações.

...eu não tenho tempo para sair daqui, eu até oriento comunicantes mas aqui na UBS, eu não tenho como sair daqui... (enfermeira 4)

...eu não tenho pernas para sair daqui... eu não tenho como sair daqui... eu acho que a Vigilância Epidemiológica é para isso. O papel dela é esse. Cabe à Vigilância Epidemiológica o trabalho com a comunidade. Nós não temos perna (enfermeira 3)

Devido às limitações impostas pelo cotidiano do atendimento das UBSs, alguns profissionais concebem as atividades de prevenção, promoção da saúde fora de suas atribuições, incumbindo à equipe de vigilância epidemiológica a realização dessas tarefas, reforçando a idéia de que as ações de vigilância fazem parte do processo de trabalho de um grupo de trabalhadores apenas, conforme já discutimos em outro momento dessa produção.

As práticas de saúde atuais lidam com a identificação de necessidades constituídas todas da mesma forma, embora com distintas apresentações, como exemplo a solicitação por consultas médicas, curativos, imunização, exames laboratoriais ou outro tipo qualquer de atenção do trabalhador de saúde são todos realizados sob o mesmo entendimento e centrados numa ação principal. O atendimento das doenças de notificação compulsória, que para alguns trabalhadores representa um trabalho principalmente “extramuro”, através de visitas na comunidade, não se enquadra nesta lógica. Todas as ações preconizadas para a investigação epidemiológica caminham no sentido contrário ao caráter imediatista e pontual do pronto-atendimento.

Entendendo que para ocorrer um trabalho com a comunidade será preciso melhorar a infra-estrutura e reorganizar a prática de atenção da UBS, os trabalhadores assim se expressaram:

eu acho que falta um trabalho com a comunidade... na época da dengue trabalhamos com a sala de espera, ensinamos sobre os criadouros... depois não foi mais possível... (gerente 1)

eu entendo que é um trabalho importante. Um trabalho que acho que nossa função é essa mesmo, mas... tem ficado de lado (enfermeira 5)

E enfatizam a falta de condições para operacionalizar atividades “extra-muro” que possibilitaria uma maior aproximação com a comunidade que assistem:

já cheguei a fazer palestras no PIC, mas não pude ir mais... a UBS absorve demais a gente! (enfermeira 4)

eu acho que está faltando, que está ficando muito de lado... o posto de saúde do bairro deveria ter um trabalho melhor sobre isso e não só aqui dentro... (auxiliar 5)

you deveria sair mais da UBS, mas com 4 horas de jornada não dá... Para conseguir às vezes sair da UBS eu pego o meu carro e vou... às vezes não dá... você prepara para sair e de repente chega algum problema que demanda um tempo maior e aí não dá mais (enfermeira 1)

a UBS deve estar trabalhando com a comunidade... precisa ter pernas para esse tipo de coisa... acho que deixa muito a desejar... a gente não consegue fazer, não tem infraestrutura, nem pessoal suficiente... (gerente 3)

Assim como as necessidades dos usuários podem apresentar-se sob diferentes formas, poderão também traduzir necessidades da comunidade que podem não estar aparentes, reconhecidas e tomadas como objeto pelos trabalhadores, preocupados em dar conta das atividades tomadas como “próprias”.

Starfield (2001) coloca que pouco tem sido feito para explorar a utilidade ou os benefícios da atenção primária orientada para a comunidade na melhoria dos níveis de saúde e redução das desigualdades de saúde dentro ou entre diferentes comunidades. A atenção convencional, a partir da perspectiva

clínica restrita e direcionada aos pacientes que aparecem para atendimento (grifo nosso), tem limitações evidentes. Ainda coloca que muitos dos problemas de saúde que revelam problemas na comunidade, podem nunca vir a chamar a atenção do médico, até que se agravem.

eu acho que está ficando muito de lado... na hora que eles vêm que esta surgindo muito mais casos... que está complicando é que vão atrás para ver o que está acontecendo, o que está errado... (auxiliar 5)

Starfield (2001, p.136) coloca a questão da dificuldade do trabalhador de saúde em “entender o impacto relativo dos fatores ambientais, sociais e comportamentais na progressão das enfermidades”. O conhecimento da área de abrangência do seu serviço, o perfil da população que a compõe e suas reais necessidades, é uma das formas de tornar os trabalhadores mais sensíveis às demandas, assumindo o papel de sujeito de sua prática, tendo uma postura de análise crítica a respeito dos problemas de saúde da população, levando a um maior compromisso social e profissional com a realidade dos serviços de saúde.

o número de casos vai me mostrar mais a necessidade de se trabalhar aquela população... com a dengue foi assim, quando ficamos sabendo da quantidade de criadouros encontrados na nossa área, percebeu-se que nessa área estava muito intensa e aí me chamaram e com a Comissão Local de Saúde fizemos uma campanha nos bairros... (gerente 4)

Para Burgess (1976), o principal objetivo da vigilância é facilitar a provisão de um serviço de saúde mais efetivo para a comunidade. Para ele,

vigilância e serviço não podem ser separados; vigilância fornece informações que guiam um serviço de saúde, enquanto tais dados de vigilância são obtidos através dos serviços médicos.

A vigilância permite ao gerente de uma unidade de saúde a avaliação de programas desenvolvidos, uma vez que a vigilância permeia ou deveria permeiar tais programas. Na fala do gerente, observamos que a utilização de uma das informações epidemiológicas sobre dengue desencadeou importante trabalho para a UBS e população.

Isso reforça a idéia de que o conhecimento do perfil epidemiológico da população e a identificação dos principais problemas de saúde que ela apresenta, através da prática da VE, permitem que se planejem as atividades de uma UBS mais racionalmente, priorizando-as e orientando os recursos de acordo com o que é mais prioritário para esta população.

Ao contemplar os problemas de saúde em populações, a proposta de trabalho em um território, é preciso reforçar o caráter coletivo das necessidades de saúde e, conseqüentemente, sua determinação histórica e social. Os problemas de saúde não se resumem às necessidades de serviços médicos, o que impõe o projeto de redefinição das práticas de saúde, no caso da VE, passando a requerer novas formas de apreensão desse objeto e outros modos de organização da assistência (PAIM, 1999).

A idéia da produção social da saúde, além de dar conta de um estado de saúde em permanente transformação – porque é passível de acumulação e desacumulação – permite a ruptura com a idéia de um setor saúde isolado. A saúde deixa de ser mero resultado de uma intervenção especializada e isolada sobre fatores e passa a ser vista como produto social resultante de fatos econômicos, políticos, ideológicos. Exigindo, como campo de conhecimento, a

interdisciplinaridade e, como campo de práticas, a intersetorialidade que se constitui:

uma arma importante para o fortalecimento dos processos de condução e liderança quando coloca sob a reitoria de uma autoridade sanitária local, problemas que, manifestando-se substancialmente no campo da saúde, são causados por fatores situados fora de seu âmbito de ação administrativa convencional (MENDES, 1996, p. 146).

Segundo Labonte (1994), o principal axioma do desenvolvimento da prática da promoção é permitir aos indivíduos e grupos identificar e nomear seus próprios problemas e preocupações de saúde que podem ser bem diferentes dos identificados pelos profissionais e serviços de saúde.

Esse mesmo autor coloca que existe uma concepção diferente entre programas de atenção baseados na comunidade e programas voltados para o desenvolvimento da comunidade.

Nos programas de atenção baseados na comunidade, os problemas de saúde são definidos pelos profissionais e centros de saúde e são desenvolvidas estratégias para medicalizar os problemas, já os programas voltados para o desenvolvimento da comunidade consistem em apoiar grupos na identificação de suas preocupações e problemas e sua habilidades de planejar e implementar estratégias para resolvê-los, através de projetos a longo prazo cujos resultados esperados visam a aumentar a capacidade do grupo agir sobre seu mundo social.

Assim, o trabalho na UBS, ao ampliar o seu olhar sobre o território, sobre as informações extra-setoriais na organização de sua prática, ao se instrumentalizar pelos conhecimentos da VE, pode desenvolver na equipe de saúde do nível local uma cultura de envolvimento no planejamento da

assistência à saúde da comunidade, uma vez que tem se restringido a prestar o cuidado, ao invés de planejá-lo.

O planejamento local dos serviços de saúde, seja no nível municipal, seja no nível distrital, deveria buscar formas de fortalecer a participação popular, através das Comissões Locais de Saúde, o que possibilitaria a transformação da população em “sujeitos de direito”, à saúde e não apenas a assistência médica...que leva a uma concepção densamente medicalizada da atenção à saúde” (BODSTEIN, 1993, p. 36).

O conjunto dos depoimentos sobre o trabalho com a comunidade, toma-a, ainda como objeto de intervenção das ações de saúde do que como sujeito das ações de promoção e prevenção, denotando o entendimento de saúde como tutela e não como direito:

eu acho que a comunidade ainda não está atenta para este tipo de coisa, o porquê disso ou daquilo... (enfermeira 2)

*...a prevenção representa você estar ali, **dando** a noção que muitas doenças podem complicar ou trazer conseqüências sérias... (médico 2)*

acho que a comunidade não entende o que é feito com eles... o que a Vigilância Epidemiológica faz... (médico 3)

*é preciso fazer a descoberta e **proteger** os comunicantes (médico 4)*

*...a gente tem a sensação que ainda tem desinformação da população... acho que não é obrigação da população ter esses conhecimentos... a gente tenta toda vez que a pessoa passa a gente tenta **passar** estes conhecimentos, mas não resolve...(gerente 4)*

...eu acho que para a comunidade a importância é principalmente para aquelas pessoas que convivem mais diretamente com o caso... (gerente 5)

Como objeto do seu trabalho, a VE deverá proteger os expostos ao risco, os comunicantes e buscar novos focos de transmissão. Urge fazer, descobrir, investigar, intervir, proteger. Após essas ações o que mais é feito? Que projetos estamos construindo com essas práticas de saúde, para que se qualifique a vida? (CAMPOS, 1997b).

O trabalho com a comunidade evidencia problemas que na maioria das vezes não se limitam ao setor saúde, necessitando como já foi dito, de ações intersetoriais, que não terão resolução sem luta política, a qual requer cidadãos organizados, aptos a participar democraticamente, fazendo valer os seus direitos, que constituem um território para as ações, numa concepção de território-processo, que segundo Mendes (1996, p. 249) configura “uma situação de saúde determinada pela dinâmica das relações sociais, econômicas e políticas que se reproduzem historicamente, entre indivíduos e grupos populacionais existentes no território...”;

“...vê o território como um espaço em permanente construção, produto de uma dinâmica social em que se tensionam sujeitos sociais... como território de vida pulsante, de conflitos de interesses, de projetos, de sonho.”

No cotidiano da atenção prestada pelo sistema, esse acesso universal às ações de saúde, como direito de cidadania garantido em nível constitucional, opõe-se ao acesso particularizado dado por uma estrutura que permanece atrelada a outros interesses vinculados à própria dinâmica interna dos serviços de saúde, como o corporativismo médico e as resistências das instituições à demanda etc. (VELLOZO & SOUZA, 1993). Isso pode explicar, em parte, por

que nas UBSs pesquisadas não existe trabalho com a comunidade. Prevalece ainda a visão de que, quando ocorre um caso de DNC, *“algo está errado lá fora”*.

Em nossa relação de trabalho, temos de considerar o usuário enquanto homem constituído socialmente da mesma forma que suas necessidades. Neste momento o SUS constitui uma das manifestações de um conjunto de necessidades sociais de saúde, que defende a saúde como direito de todo cidadão, propondo-se a garanti-lo, através de seus princípios de acesso, universalidade, eqüidade, integralidade. É num conjunto de necessidades que procuramos apreender os problemas dos usuários que atendemos e traçar o projeto para suas intervenções.

A universalização do atendimento médico, preconizada na Constituição promulgada em 1988, constitui o marco de um processo, que foi progressivamente incorporando, através de resoluções e programas, novas parcelas da população ao sistema de saúde previdenciário (AIS-1983; SUDS, 1986), culminando com a criação do Sistema Único de Saúde e a promulgação da Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990).

No documento “Descentralização do SUS: prioridade do Ministério da Saúde (GEDMS), o texto “Municipalização das ações e serviços de saúde: A ousadia de cumprir e fazer cumprir a Lei”, traduz a preocupação surgida com a situação de desigualdade social, causada principalmente pelo desemprego e recessão, e a política de redução dos gastos públicos que afetaram os programas sociais, em particular os da saúde, com a preocupação de prover para um maior número de pessoas ações e serviços, garantidos pela ampliação do dever do Estado na Constituição de 1988 e a conseqüente consagração da saúde como direito social.

Sobre essa questão, Mendes (1996, p. 68) coloca:

saúde é, por consequência, direito dos cidadãos e seus serviços, e suas ações devem ser providos de forma descentralizada e submetidas ao controle social... e desta forma a proposta do SUS encontra-se com a melhor doutrina da construção da cidadania....

Pela primeira vez no Brasil uma Constituição assegura a saúde como direito social, um direito de todos os cidadãos e dever do Estado e estabeleceu que:

- *a saúde tem como fatores determinantes o meio físico (alimentação, habitação, etc.); o meio sócio-econômico e cultural (ocupação, renda, educação) e a oportunidade de acesso a serviços e ações que configurem a integralidade da assistência;*
- *a saúde é um direito de todos, e é do Estado o dever de prover o pleno gozo deste direito.*

Embora os dias atuais tragam avanços na legislação em direção a uma ampliação, tanto de direitos sociais, quanto da clientela a ser beneficiada por eles, segundo Vellozo e Souza (1993, p. 100) “historicamente o que vem fundamentando o perfil da intervenção estatal no campo social é uma concepção, ao contrário, negadora do direito social.”

Segundo Fleury (1994), a regulamentação constitucional do setor saúde representou um ganho jurídico legal e político. Foi o primeiro setor a ter sua regulamentação inscrita na Constituição, abrindo a possibilidade de construção de um sistema mais comprometido com a vida das pessoas. As Leis Orgânicas da Saúde 8.080 e 8.142 de 1990, e as Normas Operacionais Básicas constituem a base jurídico-legal do processo de implantação do Sistema.

Nós, os trabalhadores da saúde, devemos ajudar a construir um projeto coerente com os princípios do SUS, de acesso, de universalidade, do direito à saúde, da equidade, da integralidade, respeitando o direito à cidadania, entendendo-se como um ator social, que tem uma intencionalidade no fazer e que este fazer cotidiano produz ações de saúde que, ao serem constituídas, devem contribuir para a clientela, o paciente, a população a que se destinam, tornando-os também sujeitos dessas ações, desse cuidado, considerando o usuário, constituído socialmente da mesma forma que suas necessidades.

Em algumas doenças de notificação, principalmente a dengue, que é a mais freqüente em nosso município, entendemos que o seu controle não pode prescindir do apoio e da ação da população, pois além de seu controle englobar ações intersetorias de combate ao vetor, sem a participação efetiva da população ocorrerão maiores dificuldades para controlá-la, uma vez que o controle químico e o mecânico instituídos pelos órgãos responsáveis pelo controle do vetor necessitam da participação da população para serem eficazes.

A idéia representada pelos trabalhadores de que “*é preciso proteger*”, pode ser explicado em parte pela prática de VE ter se estruturado no cuidado das doenças transmissíveis, com vistas principalmente ao controle, tendo como função a observação dos contatos de pacientes acometidos por moléstias graves, com a finalidade de “*proteger*” os contatos individuais.

Algumas das ações preconizadas para o controle das DNCs, baseiam-se em normatizações preestabelecidas, com ações principalmente voltadas para o atendimento do caso e seus contatos, a serem instituídas num tipo de atenção e cuidado que, na maioria das vezes, não valorizam estes contatos como sujeitos desses cuidados.

À medida que os trabalhadores entenderem a necessária participação da população como sujeitos das ações de saúde, talvez possam torná-los também sujeitos na luta para a reorganização dos serviços de saúde e na melhoria da qualidade da assistência.

É necessário reconhecer que o setor saúde no Brasil sofre transformações, estando longe de terminar o seu processo de mudança. Mendes (1996) aponta que “o SUS, entendido como processo social em marcha, não se iniciou em 1988, com a consagração constitucional de seus princípios, nem deve ter um momento definido para o seu término, especialmente se esse tempo está dado por avaliações equivocadas que apontam o fracasso dessa proposta. Assim, o SUS nem começou ontem e nem termina hoje”.

Na perspectiva do modelo assistencial do SUS, explicitado nas leis orgânicas (8080/90 e 8142) e nas normativas (NOB/96, NOAS 1 e 2), o atendimento da DNC e a investigação epidemiológica devem compor os chamados “atendimentos primários” à saúde, fazendo parte dos serviços de saúde responsáveis pela atenção básica que devem ser organizados para propiciar o acesso de seus usuários, independente do problema de saúde identificado para assistência e garantir o acompanhamento necessário, tendo em vista uma assistência integral que conjugue não apenas o atendimento curativo e preventivo, mas que promova e “vigie” a saúde.

Essas ações da prática da VE, ao nosso ver, podem também construir a atenção primária, à medida que os atendimentos não restringirem o seu enfoque na doença e no cuidado individual e isolado, mas reconhecendo o caráter coletivo das necessidades de saúde e o paciente como sujeito das ações de saúde, numa dimensão territorial onde poderão ser identificados

peças ou grupos em situações de risco, e desenvolver ações não apenas para a prevenção da doença, mas também para a promoção da saúde.

O atendimento da DNC pode servir, assim, como baliza, para um novo modo de agir em saúde, onde as ações de VE ultrapassem a preocupação com a vigilância do caso e suas medidas de controle, considerando um “vigiar” que contemple uma atenção à saúde na sua concepção ampliada e não a vigilância restrita a doenças. Uma atenção provida no lugar certo, no tempo certo, na qualidade certa, integrada numa rede de serviços de saúde que se responsabilize pelo atendimento prestado e conseqüentemente pelo paciente.

Nesse sentido, na perspectiva da atenção básica, o nível local figura como um importante espaço das práticas de saúde e não vem contemplando as ações de VE, ainda limitadas quanto à sua abrangência e ao processo de trabalho de um grupo restrito de profissionais.

Desde 1998, no Guia Epidemiológico (BRASIL, 1998), está proposto que as UBSs se responsabilizem pela VE dos casos atendidos de DNC. Ainda que voltada para as atividades, segundo o seu conceito tradicional, não podemos negar que já constitui um avanço (ANEXO F).

A perspectiva da descentralização das ações para a Unidade Básica

É importante esclarecermos que ao utilizarmos o termo “descentralização”, estamos seguindo a mesma linguagem utilizada pelo Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, quando redirecionou as orientações desse sistema tendo em vista adequá-lo aos princípios de descentralização e de integralidade das ações, definidas no SUS. A descentralização do SNVE tem-se pautado na transferência de ações e

atividades para os níveis descentralizados de forma gradual, de acordo com o desenvolvimento dos sistemas locais de saúde. A implantação da NOB/96 significou um grande avanço para a descentralização das ações de VE, não apenas por prever o aporte contínuo de recursos financeiros, como também, na definição das atividades mínimas de VE a serem desenvolvidas pelos municípios, o que de certa forma direcionou a formulação de sistemas municipais de VE. O município de Ribeirão Preto, atendendo a esses preceitos, conta com um SVE, responsabilizando-se pelas ações de VE à nível municipal, conforme já explicitamos anteriormente. No entanto, nossa intenção ao trazer a luz essa discussão, é particularizá-la no interior da assistência prestada pelas UBSs, oportunizando às equipes de saúde local a incorporação das atividades da VE no processo de assistir, na busca da integralidade da assistência (BRASIL, 1998a).

Convém, *à priori*, também explicar que não temos o objetivo de constituir uma proposta de descentralização das ações de vigilância epidemiológica para ser aplicada ou colocada em prática de forma imediata, nossa intenção é colaborar nesta discussão trazendo alguns elementos importantes que pudemos apreender ao realizar este estudo, que poderão contribuir para o redirecionamento, ou reestruturação, da Divisão de Vigilância Epidemiológica, nessa caminhada rumo à reorganização dos serviços de saúde, no município de Ribeirão Preto, encampada pela SMS tendo em vista a perspectiva da atenção primária à saúde.

Durante as entrevistas realizadas, os trabalhadores também revelaram suas opiniões sobre a descentralização das ações de VE para as UBS.

deveria existir uma centralização assim... mas não tão específica assim... você não sabe o que aconteceu no fim da linha, muitas vezes você não tem o retorno...

Você não tem o resultado da ação e isso acontece quando vem um resultado de um exame que você pediu e você é o último a saber... isso é ruim em termos de interlocução com o paciente... parece que você não está nem um pouco interessado, pois o resultado foi direto para a casa dele e você não ficou sabendo...

você atende uma dengue, notifica, manda para o hospital e acabou!! Você só ficará sabendo o que aconteceu quando encontrar o paciente. Isso eu acho terrível....

quando existe uma hierarquia muito acirrada... eu só faço uma parte e a outra para quem é que fica?

A centralização tem esse problema (médico 2)

No nosso estudo dos 20 trabalhadores das Unidades Básicas entrevistados sobre a descentralização de algumas ações de VE para a UBS, nove acharam a proposta uma mudança positiva na assistência prestada na UBS com ressalvas à necessidade de mudanças na organização da assistência no nível local para viabilizá-la; oito trabalhadores acharam que a estrutura atual deve ser mantida pois vêm dificuldades para a UBS assumir tais atividades diante da situação atual do atendimento; três trabalhadores acham que estas atividades devem vir para a UBS, desde que tenha profissionais específicos para executá-las.

Podemos observar que, para alguns trabalhadores, a estrutura existente de VE responde às necessidades atuais, justificando que há profissionais preparados e treinados para as atividades:

Eu acho que não estou preparada, eu não sei direito o que elas fazem, acho que são atividades muito mais complexas,

eu acho que não daria conta... não sei se nós teríamos perna para isso... a primeira coisa a fazer seria um bom treinamento (gerente 2)

A fala descrita a seguir aponta para uma das questões principais da incorporação de algumas das atividades da VE no cotidiano da UBS, que é a inserção de mais atividades nas atribuições dos profissionais que atuam no nível local.

Eu prefiro que continue assim. Fica mais tranqüilo, você passar uma doença e discutir com uma pessoa que está lá te passando a orientação de como você deve fazer... Porque eu não tenho só esta atividade, tenho várias. Eu não posso assumir que vou fazer aquela ação naquele dia, porque o trabalho muda a toda hora, são várias as ações. Você vai fazer quase tudo um pouco e quase tudo nada... (gerente 1)

Alguns trabalhadores, diante do quadro atual do volume de atendimentos que as UBSs realizam diariamente, vêem a descentralização como uma sobrecarga de atividades ainda maior do que aquela descrita apenas pelo atendimento da doença de notificação, e, para tanto entendem que serão necessárias mudanças no quadro de funcionários, na forma como os trabalhadores constroem o seu trabalho e principalmente uma reorganização da forma atual de assistir.

As demais falas traduzem impedimentos para a descentralização, diante da “falta de estrutura” na UBS para assumir novas tarefas no tocante aos recursos humanos e materiais :

Aqui como só tem uma enfermeira eu acho que não seria bom. Eu não teria como fazer as ações. E as outras ações do posto, quem vai fazer? (enfermeira 1)

Eu não sei certo como é o trabalho da vigilância, mas acho que é muito serviço, tem muitas coisas para fazer. Nessa unidade eu não sei como ficaria, pois somos em poucos funcionários e eu sei que eles têm mapas, estatísticas, visitas então eu acho que tumultuaria a UBS, é um serviço que tem que ser feito, não pode deixar passar (enfermeira 2)

Eu não concordo. Já está difícil para a UBS e se vier tudo para UBS eu não sei como vai ficar. Eu nem tenho idéia. Acho que tem que ficar tudo centralizado como está. Acho que tem que melhorar o intercâmbio, vamos saber o que a vigilância faz, o que compete a UBS, o que compete a vigilância... (enfermeira 3)

A UBS não daria conta, precisaria de mais gente. Até para o trabalho do posto tem pouca gente... (auxiliar 5)

Outros depoimentos já denotam uma outra forma de atender como facilitadora da execução das ações da VE na UBS. Os depoimentos a seguir vêem a possibilidade da descentralização, desde que os trabalhadores se envolvam, se interessem, estejam motivados para realizá-las.

Acho que de repente se você deixar para cada UBS cuidar de vigiar a sua área de abrangência... Acho que depende muito do envolvimento dos profissionais que tem naquela área. Porque infelizmente a maioria funciona quando é cobrada por aquilo... (gerente 5)

Acho que seria válido... se aquele funcionário da UBS estiver envolvido, motivado ele vai fazer muito bem. Agora

se ele não estiver interessado, envolvido, motivado, você pode criar uma bela estrutura que ele não vai fazer... (médico 4)

Esses relatos apontam outros elementos que compõem o trabalho em saúde que vão além das condições materiais e de recursos humanos. Tratam de um “fazer” que é próprio de alguns trabalhadores que estão motivados e interessados no trabalho que realizam.

As falas a seguir concebem a descentralização como uma mudança positiva para a assistência prestada na UBS:

Acho que seria muito interessante pois quem está em contato com o paciente somos nós... então se você tiver uma noção mais global o que você vai fazer com o paciente, vai facilitar para o paciente e para você. Você vai saber o resultado final do caso. A UBS é o primeiro contato, apesar do trabalho que dá fazer isso, é interessante você ter um controle maior do que você vai fazer. Se você tiver autonomia acho que funciona mais... nós que estamos na ponta da corda não temos noção do tamanho que está o problema, o que está acontecendo. Acho que se o problema ficasse para nós também cuidar seria diferente... A gente notifica a suspeita, mas foi confirmado? Nem sempre. Não temos a noção de como está o problema e é preciso o pessoal da ponta saber isso (médico 2)

Eu acho que seria bom prá gente... acho que a gente fica sabendo mais, entendendo melhor... passar para a UBS a gente fica melhor informado, não vai ter tanta dúvida... (auxiliar 4)

Os trabalhadores entendem que a UBS se responsabilizando por este trabalho contribuirá para melhor conhecer os problemas de sua área de

abrangência, compreenderá melhor os atendimentos, pois eles saberão o que aconteceu com os pacientes, se os casos foram confirmados. Entendemos que esses trabalhadores vislumbram que essas ações guardam potencialidades para uma melhor qualidade na assistência oferecida no espaço mais próximo do paciente, representado pela UBS.

Dois trabalhadores entrevistados entendem a descentralização da vigilância como uma mudança positiva nos serviços de atenção básica, no entanto denotam uma concepção de um trabalho de VE como prática específica de alguns profissionais que estariam na UBS nesta nova proposta. Essa visão, em parte, reproduz o modelo atual das vigilâncias distritais nas UBS. Vêm na verdade como positivo o fato de estarem mais próximos, no mesmo espaço de uma equipe específica para desenvolver as ações da vigilância epidemiológica e resolver as dificuldades que enfrentam com o trabalho da vigilância distrital, principalmente no tocante ao repasse das informações dos casos e outras de interesse, que têm muita dificuldade para consegui-las.

Seria o melhor, se cada UBS tivesse uma enfermeira de vigilância, eu acho que teria muito serviço... Acho que deveria ter uma enfermeira só para a vigilância e se tivesse uma auxiliar seria melhor ainda para poder fazer as visitas... acho que funcionaria super bem. Porque às vezes a gente tem dificuldade até de ligar nos distrito... e quantas vezes não fiquei com um caso esperando para conseguir falar... um telefone só fica muito moroso (enfermeira 4)

se tivesse aqui dentro uma equipe, dispensa esse lado do trabalho de ficar ligando e tal, a gente passaria direto e elas trazendo mais informações para nós sobre os casos, pois se tiver alguém aqui ligado diretamente à vigilância a gente vai ter o controle daqui da Unidade, vai saber

quantos casos... pois provavelmente vai vir para elas, na mão delas os resultados de exames, quantos casos, então a gente vai estar sempre por dentro do número de casos, se é epidemia, né? (auxiliar 4)

Ao discutirmos o trabalho da VE nesta visão de um trabalho especializado, convém trazer Campos (2000) que sugere uma aplicação dos conceitos de campo e de núcleo para pensar a prática da VE e suas especializações, que implicam recortes verticais no saber (área de competência) e na prática (área de responsabilidade). Núcleo é entendido como o conjunto de saberes e de responsabilidades específicos de cada profissão ou especialidade. O núcleo marca, dessa forma, a diferença entre os membros de uma equipe, os conhecimentos e ações de exclusiva competência de cada profissão ou especialidade são os elementos de singularidade que definem a identidade de cada profissional ou especialista.

Campo de competência e de responsabilidade são os saberes e responsabilidades comuns a várias profissões ou especialidades, como por exemplo todo o saber básico do processo saúde-doença.

Ao considerar que as ações de vigilância epidemiológica poderão ser desenvolvidas nas Unidades Básicas de Saúde, abrimos a discussão da questão de considerar a VE tanto uma especialidade (conjunto singular das práticas da vigilância epidemiológica), quanto um corpo básico de saberes (conjunto indiferenciado de práticas de vigilância), para todas as profissões da saúde. Assim, parte-se da premissa de que os profissionais das UBSs tenham o conhecimento sobre o risco epidemiológico e as ações de controle da vigilância epidemiológica, como o campo de saber básico do processo saúde-doença, além das ações burocráticas relacionadas ao fluxo de informação.

A VE é entendida enquanto uma especialidade, no momento que tal prática implica especificidade de conhecimentos e ações de exclusiva competência de saúde pública, ou seja, os elementos de singularidade que definem a identidade desta especialidade.

As estratégias de intervenção na Vigilância se fazem sobre indivíduos (bloqueio, imunização, visita domiciliar, quimioprofilaxia, controle de comunicantes, etc.), consideradas como exemplo de prática clínica normatizada, expandida, ou ação individualizada, que ampliada, se transforma em medida de Saúde Pública.

Apesar de ser um trabalho de alcance coletivo, a sua operacionalização tem se reduzido à execução de atividades parcelares relativas à dimensão individual do cuidado. A concepção do trabalho das enfermeiras da Divisão de Vigilância Epidemiológica, conforme estudou Villa (1999), está fundamentada na concepção de trabalho técnico, reduzido a procedimentos e condutas tomadas no âmbito estrito da ação normatizada, que não se articula com as atividades da Unidade Básica de Saúde contribuindo para o que foi dito acima: uma prática parcelar e por conseqüência uma assistência fragmentada.

Na avaliação dos trabalhadores quatro pontos foram levantados que teriam implicação direta na questão da descentralização de algumas ações da VE:

- ✓ a atual forma de organização dos serviços de saúde no município, o que implicaria numa mudança do modelo de assistência;
- ✓ o desconhecimento do trabalho da vigilância epidemiológica, que exigiria um preparo técnico capacitando-os para o desempenho das atividades;
- ✓ a falta de estrutura física, de materiais e de recursos humanos;

- ✓ uma mudança na atitude dos trabalhadores no desempenho de suas atividades profissionais, pois estas requerem, na visão deles, uma prática com maior envolvimento, interesse, motivação e responsabilidade.

Na discussão da descentralização com a atual forma de organização dos serviços de saúde, é fundamental que olhemos para a constituição dos serviços de saúde, procurando entender alguns de seus “princípios norteadores”, segundo a lógica dominante.

Um primeiro ponto que poderíamos trazer é que, se observarmos concretamente a rede básica de serviços de saúde presente no contexto atual da maioria dos municípios, encontraremos uma rede de serviços municipalizados, caracterizados pelo predomínio da clínica individual baseada no paradigma biológico em favor das ações de saúde pública. Inclusive as formas de financiamento vão de certa forma priorizar as ações de cunho curativo.

Merhy & Queiroz (1993, p. 182) colocam neste sentido que:

é uma redução do problema saúde-doença a uma questão de organização racional (custo-eficácia) das ações médicas, auxiliadas pelas ações coletivas, na qual a rede básica de serviços de saúde se transforma numa verdadeira triagem dos problemas de saúde, a partir do eixo “queixa/procedimento”, descaracterizando a dimensão coletiva do processo saúde-doença e realizando, em nome da unificação das ações de saúde, uma “deslavada” medicalização.

Os mesmos autores ainda colocam que o grande desafio da medicina seria a reconciliação entre uma clínica que dimensione o caráter individual e subjetivo da doença e o saber contido na epidemiologia, originando um novo modelo que embora incorporasse a assistência médica, não estaria centrado na medicina, mas abarcaria questões envolvendo meio ambiente, a vigilância

sanitária e epidemiológica, enfim numa outra visão do cuidado à saúde e do ser humano.

As necessidades da população que demanda aos serviços de atenção básica são entendidas como advindas de problemas nas funções anatômico-fisiológicas de seu corpo físico, que gerarão por sua vez cuidados para restabelecer essas disfunções, o que para nós, enfatiza a importância de reafirmar que os problemas de saúde não estão restritos às doenças, podendo ser resultantes de riscos ambientais, riscos ocupacionais, riscos sociais, aos quais estão expostos indivíduos, grupos sociais ou a sociedade em geral. Nesta lógica, o ponto de partida da VE é a análise da situação de saúde, dos seus determinantes e condicionantes, para compreender a identificação dos problemas de saúde e sua priorização. Embora ainda acreditemos que a operacionalização da VE no nível local em nosso município, devido ações de VE ainda estarem centralizadas em sua maioria no nível distrital, se caracterize, à princípio, pelas atividades de investigação epidemiológica, definindo os casos suspeitos ou confirmados, caracterizando os casos segundo pessoa, tempo e local, identificando fontes prováveis de contaminação e os grupos susceptíveis, planejando e implementando medidas de prevenção e tratamento da doença.

Compreendemos que a prática da VE implica em saberes específicos tais como a clínica, a administração, a epidemiologia, que utilizam como técnica de ação, medidas preventivas e de controle, educação sanitária, campanhas, programação, avaliação e pesquisas e envolve o estabelecimento de relações com o usuário-família-comunidade, através de ações educativas, promocionais, preventivas e terapêuticas.

A descentralização das ações da VE, ainda que restritas ao atendimento das DNCs, exige uma outra forma de assistir, exige um outro

processo de trabalho em saúde, que ultrapasse o cuidado individual, exigindo também uma atitude de envolvimento, interesse e compromisso com o trabalho.

Pesquisas, utilizando diversas abordagens metodológicas para investigar a prática da vigilância, foram realizadas em diferentes locais, durante as décadas de 80 e 90. Os resultados encontrados evidenciam a dificuldade de integração das ações individuais e coletivas, curativas e preventivas, conforme apresentamos a seguir.

As abordagens em relação às possibilidades de organização das práticas de vigilância, apresentadas por Campos (2000); Barata (1992), respectivamente, encaminham para a questão sobre considerar a saúde pública e a Vigilância Epidemiológica uma especialidade (conjunto singular das práticas de vigilância epidemiológica) e defendem a existência de equipes de saúde pública para atuar como apoio às equipes das unidades de saúde em nível local.

Campos (1997b) sugere que as ações de saúde pública, sejam coordenadas por uma equipe de sanitaristas, que comporiam os núcleos de saúde coletiva que, dependendo do município, poderiam ser distritais ou municipal, e que teriam como principal objetivo a coleta e análise de informações, coordenando as ações de promoção e prevenção e articulando-as às ações de outros agentes. Ou seja, *as equipes locais fariam a intervenção diretamente*, sendo apoiadas e articuladas por um grupo de sanitaristas em algumas das ações como exemplo o controle da dengue, coordenação de campanhas, etc.

Nessa abordagem, essa equipe de saúde pública justifica-se pelo fato de que o sistema local deve assumir, progressivamente, a responsabilidade pela implementação de grande parte das ações de impacto coletivo, sem as

quais não se atingiria a integração sanitária, e fundamenta-se também, no reconhecimento da saúde pública tanto uma especialidade quanto “um corpo de saberes, básico, para todas as profissões de saúde”, o que dentro da divisão de trabalho que ocorre, a equipe de saúde do nível local não teria tempo disponível, nem competência técnica para o desenvolvimento *completo* desse campo de atenção à saúde (CAMPOS, 1997b).

Este autor sugere que as ações de saúde pública, como a visita domiciliária, atividades sobre a comunidade, prevenção de epidemias e endemias, deveriam ser divididas entre a equipe da rede básica e os *núcleos de saúde coletiva* em cada distrito de saúde. Ou seja, mesmo quando as equipes locais interviessem diretamente, deveriam ser apoiadas por grupos de sanitaristas. Algumas medidas mais amplas como, por exemplo, coordenação de campanhas, investigações de um agravo súbito e inesperado, as análises epidemiológicas com o acompanhamento da incidência e prevalência de algumas doenças de maior importância, deveriam estar a cargo desses *núcleos*, que utilizariam, prioritariamente, o enfoque epidemiológico para orientar sua prática para o campo da prevenção.

Nos vários diagnósticos realizados sobre a integração de atividades do SUS, Paim e Teixeira (1992) citam que área de controle de endemias tem sido a que apresenta as maiores dificuldades, pela natureza específica de suas ações.

Mishima et al. (1999) identificaram que entre as atividades realizadas pelos enfermeiros, no cenário de algumas Unidades Básicas de área distrital de Ribeirão Preto, com menor frequência, estão a de caráter educativo e as atividades voltadas para a saúde coletiva, tais como imunização, visitas domiciliares e ações da vigilância epidemiológica, destacando que isso

caracteriza o desenho do modelo assistencial observado no município que se assenta em uma prática de atenção curativa e individual.

Os resultados da avaliação do trabalho realizado por Mendes-Gonçalves (1993) nos Centros de Saúde de São Paulo no que diz respeito à vigilância epidemiológica, no período de 1976 a 1983, apontam que estes mantiveram-se restritos à vacinação e à investigação burocrática dos casos notificados e destina à vigilância um papel marginal, às vezes legitimado em situações de emergência como surtos ou epidemias.

Essa incorporação de um conjunto de ações, “voltadas para uma questão coletiva de saúde aparece, implicitamente, como um transtorno no desempenho das atividades “normais”, da mesma forma que ocorre quando das campanhas de imunização em massa” (MENDES-GONÇALVES, 1994).

Novamente Villa (1999), em seu estudo sobre a prática do enfermeiro na vigilância epidemiológica da Secretaria Municipal de Ribeirão Preto, constatou que gerentes e gestores justificam a necessidade de descentralização das ações de vigilância para o nível local como possibilidade da equipe de saúde conhecer o território de abrangência, o modo de vida da população e seus problemas de saúde, favorecendo uma atuação de prevenção e controle de doenças de forma mais rápida pela facilidade do acesso geográfico. Também destacou o papel fundamental que os profissionais da Vigilância Epidemiológica, dos níveis distrital e central do município, aqueles que, diretamente executam as ações de Vigilância, podem desempenhar na luta por uma nova concepção de vigilância, que acompanhe o perfil global de saúde, de agravos e determinantes do processo saúde-doença, buscando uma maior integração às demais atividades do sistema de saúde como um todo, descentralizando-as e estabelecendo conexões entre o trabalho de Vigilância e

o de assistência à saúde, compondo uma articulação com outros saberes complementares.

Os limites impostos pela atual organização dos serviços de saúde serão superados mediante o grande desafio de ficar alerta junto à UBS, para entender os problemas apresentados pelos usuários do ponto de vista também de sua dimensão coletiva, abrindo possibilidades de novas opções tecnológicas de intervenções, assim conclui que :

o grande desafio da medicina passou a ser a superação da forma degradante do pronto atendimento, através da reconciliação entre uma clínica que dimensione o caráter individual e subjetivo da doença e o saber contido na epidemiologia e na medicina social. Neste novo modelo, as ações de saúde, embora incorporem a assistência médica, não podem mais ser centradas na medicina. Todo um leque de questões envolvendo a vigilância sanitária e epidemiológica e uma visão holística do ser humano e da saúde deve estar acoplado organicamente na concepção de sistema de saúde (MERHY & QUEIROZ, 1993, p.183).

Assim, nos deparamos, de fato, com a questão implícita trazida pela discussão da descentralização de ações da VE para a UBS, que diz respeito à lógica da integração de um serviço tido como especializado como a VE e suas interações e integrações com o nível primário, a atenção básica. Ou seja, como integrar no cotidiano da assistência, ações que historicamente estiveram centralizadas na atuação de equipes exclusivas, distantes do “fazer” cotidiano dos serviços de saúde?

Eu não sei se daria certo esse tipo de coisa... eu não sei se a gente teria estrutura para isso. Estrutura humana para este tipo de trabalho e não sei se daria certo... acho que assim , você vai precisar de mais pessoas, um veículo para visita... será que a gente teria condições para isso?

Será que a gente teria pernas para isso? Não se seria viável...

Tudo é compatível...

Acho que para saber se vai dar certo ou não, será preciso experimentar... mas eu acho que a gente pode tentar... eu acho que eu preciso refletir mais sobre isso. Precisarei pensar mais! (gerente 3)

O conjunto desse depoimento encaminha para uma proposta de reflexão sobre tal questão, para viabilizar a continuidade do processo de descentralização das ações de VE para o território da UBS, na busca de integrar o conjunto de ações da VE com o sistema de saúde local. Ressalta que é possível descentralizar algumas ações de VE com a co-responsabilidade do nível local, entretanto aponta que a equipe de saúde do nível local ainda carece de capacitação específica e infra-estrutura de trabalho para executar as ações de VE em sua área de abrangência.

O sistema atual de saúde, o SUS, ao incorporar o conceito ampliado de saúde demandou ao SVE uma readequação de seu conceito e a reorganização de suas práticas, deixando as doenças transmissíveis de ser o único objeto da VE e incorporando os seus determinantes e também as condições que influenciam a sua ocorrência e manifestação. A apreensão desse novo objeto requer a reorientação das práticas de saúde e a ampliação das responsabilidades dos serviços de saúde para além da coleta de dados e assistência às pessoas acometidas por determinados agravos. Devendo abranger, também, o conhecimento das condições de vida, dos determinantes e dos condicionantes da saúde individual e coletiva, na perspectiva de buscar melhor qualidade de vida para a população da área de abrangência de tais serviços. O que não pode mais ser respondido pelo trabalho exclusivo de uma

equipe de profissionais com processo de trabalho desarticulado da prática dos serviços de saúde.

Concordamos com Campos (1997b) quando propõe às equipes de saúde coletiva, como equipes “assessoras” da operacionalização das ações de saúde pública diante da atual conformação da rede básica. Entendemos que existe uma grande diferença entre o trabalho atual desenvolvido pelas equipes de VE e a proposta dos chamados “núcleos de saúde coletiva”, principalmente na forma de atuação no nível local. Enquanto a primeira executa as ações de VE para os casos atendidos pelos serviços de saúde, a equipe proposta teria como atribuição assessorar, orientar, acompanhar e preparar as equipes do nível local para tal trabalho, executando as ações apenas nas situações de maior complexidade.

Vislumbramos, como uma das estratégias para operacionalizar tal proposta, a realização de discussões, através de oficinas de trabalho com equipe de VE e os profissionais das UBSs, gestores dos serviços da rede básica, sobre as possibilidades de organizar ações de VE integradas ao cotidiano dos serviços de atenção básica operados no nível local; e também sugerimos que, a partir de situações reais/concretas identificadas nas UBSs por ocasião do atendimento das DNCs, seja já iniciado um trabalho de maior integração entre as equipes de VE e do nível local.

Entretanto ressaltamos que o caminho da descentralização das ações de VE deverá ser precedido, primeiro, de um processo de sensibilização, conscientização e preparo da equipe de saúde local sobre a necessidade de uma mudança no enfoque da atenção, que além do cuidado do doente, no âmbito individual, se volte para o gerenciamento e controle das ações de saúde que incidem sobre o seu território, entendido no âmbito coletivo.

O respeito aos princípios da integralidade assistencial, da universalidade do direito de acesso, da equidade, o fortalecimento das ações e serviços de atenção básica, o cumprimento de seu papel como porta de entrada do sistema público de saúde e a subordinação de todas as estratégias e diretrizes de programas e ações específicos a esses princípios constituem os maiores desafios à consolidação do SUS. A articulação entre as diversas áreas da atenção à saúde como a promoção, a prevenção, a assistência, a reabilitação e a vigilância precisa ser enfrentada para que seja garantida uma assistência de qualidade e a saúde, de fato, venha a se constituir como um direito social.

5 Considerações finais

5 Considerações finais

A trajetória deste estudo, ao analisar como se conforma a prática da Vigilância Epidemiológica nas Unidades Básicas de Saúde, no contexto do Sistema Único de Saúde, identificou que os trabalhadores do nível local, constroem duas formas para compreender a VE. A primeira como uma prática de controle e prevenção das DNCs, também entendidas como as doenças transmissíveis; e a segunda como uma forma de assistir, nos serviços de saúde caracterizada por um “modo de atuar” traduzido por uma permanente observação, atenção, no fazer do trabalho, numa atuação que possibilite o conhecimento dos fatores determinantes e condicionantes das doenças e agravos, vigiando não apenas os casos, mas produzindo intervenções de prevenção e controle no processo coletivo de saúde-doença.

A conformação da prática da VE foi analisada através do atendimento das DNCs nas Unidades Básicas que se constitui numa das ações da atenção básica dos serviços de saúde. As ações da VE fazem parte de um contexto de reorganização do sistema de saúde nacional, que prevê a integralidade preventivo-assistencial das ações de saúde, e a conseqüente eliminação da dicotomia tradicional entre essas duas áreas, que muito dificulta as ações de vigilância.

Assim, a prática da VE se configura nas UBSs pelo atendimento das DNCs de uma pequena parcela da demanda atendida no nível primário, resumindo-se na avaliação médica individual e realização da notificação compulsória na maioria dos casos, o que vem confirmar nosso primeiro

pressuposto do estudo que coloca como base da prática de VE, nas unidades de saúde estudadas, a notificação compulsória de doenças e agravos conforme normatização vigente.

A notificação de doenças de notificação compulsória e sua conseqüente investigação figuram como responsabilidades para com a atenção básica, do município, segundo o regulamentado na NOB/96.

O atendimento da DNC é caracterizado por certa imprevisibilidade, tornando-o parte da demanda eventual das UBSs, o que pode representar para alguns profissionais como um atendimento “fora” da rotina.

A equipe de saúde do nível local não tem visão do conjunto dessas doenças atendidas na UBS, sendo, para ela, as doenças ou agravos mais freqüentes, aqueles que aparecem para atendimento no setor onde estão desenvolvendo suas atividades profissionais. Não há análise ou estudo dos dados registrados sobre os casos dessas doenças, atendidos pela unidade, e coletados pela equipe de saúde do nível local. O registro de casos de DNC não está atualizado, não é utilizado para o acompanhamento dos atendimentos e não é de conhecimento da equipe que o produz. Na prática, não há nenhuma utilização desses registros, quer para a divulgação entre a equipe de saúde, quer para organização das atividades da UBS.

Os atendimentos de DNCs, são compreendidos como geradores de sobrecarga no cotidiano assistencial da equipe da UBS, principalmente, por fazerem parte de um sistema de notificação obrigatória, requerendo por isso o preenchimento de vários impressos; por exigirem algumas dessas doenças, a realização de vários procedimentos, durante o atendimento, e ocasionarem uma grande demanda para atendimentos, quando em situações de surto e epidemia.

Faz-se necessário uma revisão dos impressos do SVE, no sentido de facilitar e desmistificar o seu preenchimento pelos profissionais que estão fazendo o atendimento dos casos, revisando seus conteúdos e priorizando informações.

Por se constituírem, em sua maioria, em doenças transmissíveis, as DNCs exigem na visão dos trabalhadores maior responsabilidade na assistência, tendo em vista as possibilidades de contágio para os contatos do caso. Também são representados como atendimentos que necessitam de maior interesse e envolvimento no trabalho, por parte dos profissionais de saúde, implicando um novo modo de atuar em saúde, pois requer “assistir” e “vigiar”.

Esses atendimentos, conseqüentemente, levam à outra ação da prática da VE, realizada pela UBS, que é a notificação compulsória de doenças, que deveria preceder um acompanhamento sistemático do paciente pelo serviço de saúde local, mas representa, contraditoriamente, o fim de sua assistência em algumas UBSs, que ao notificar o caso ao Serviço de Vigilância Epidemiológica, se isentam do acompanhamento clínico dos pacientes atendidos.

O atendimento da DNC, quando comparado com os outros atendimentos realizados pela UBS, se sobressai por exigir dos profissionais uma prática de atenção caracterizada por maior preparo técnico e específico, pois tais atendimentos são diversos e complexos e não fazem parte da rotina de atendimentos diários dos serviços de saúde. Observamos que falta formação em VE para os profissionais responsáveis pela atenção básica, o que indica a necessária capacitação nessa área, principalmente relacionada à dimensão coletiva da doença ou agravo, representado pela preocupação com a

transmissão da doença para outros indivíduos, seus determinantes, e a necessidade de uma nova atuação no agir em saúde.

Os profissionais do nível local reconhecem que o atendimento da DNC tem grande importância para o trabalho da UBS, por propiciar conhecimento, experiência, o que possibilitaria assumir um dos seus papéis, como a realização de ações preventivas e o atendimento das necessidades de saúde de sua população adscrita, não apenas verificadas nos processos individuais do adoecimento.

A notificação de um suspeito de DNC pode revelar à equipe de saúde da UBS uma série de informações imprescindíveis para assistência de toda a população adscrita, e apontar outros caminhos, dando visibilidade aos problemas e necessidades de saúde.

No entanto, esses profissionais também apontam as dificuldades existentes no cotidiano assistencial, dos serviços de saúde, originadas na forma como a assistência está organizada, centrada na atenção curativa e individual, medicalizada, e executada através dos pronto-atendimentos.

Os trabalhadores evidenciam que a forma como os serviços de saúde estão organizados, não privilegiando a realização das chamadas ações coletivas de atenção à saúde, não favorece as atividades educativas com a comunidade que assistem. O imperativo do trabalho nas UBSs tem sido a consulta médica e as atividades dela decorrentes como a aplicação de medicamentos, coleta de exames complementares, curativos, relegando para planos distantes o trabalho com a comunidade.

Os profissionais desconhecem o perfil epidemiológico de seu território e não trabalham com essas informações no planejamento das ações de saúde e na assistência à população adscrita.

Eles desconhecem o trabalho da equipe de VE a nível distrital, a mais próxima de sua atuação profissional, e como consequência, desconhecem as ações de VE como um todo, relatando superficialmente algumas delas como as campanhas de vacinação, os bloqueios medicamentosos, a visita domiciliária, as orientações sobre as doenças, subentendendo que muitas dessas ações têm o objetivo de “correr atrás” dos casos, caracterizando um certo imediatismo na atuação.

Constatamos a existência de um trabalho desarticulado entre as equipes de VE do nível distrital e as equipes das UBS, no tocante ao retorno das informações sobre os casos notificados, as investigações epidemiológicas e as intervenções realizadas. A VE operada, constitui-se em uma prática fragmentada e desenvolvida através de ações isoladas do cotidiano assistencial dos serviços de saúde, formada principalmente por ações desencadeadas a partir da ocorrência ou suspeita da doença ou agravo, cabendo ao nível local além de notificar o caso, o mero papel de informante dos dados coletados por ocasião do atendimento realizado.

Isso vem confirmar também o segundo pressuposto de nosso estudo, colocando que as ações de VE nas UBSs configuram-se mais por coleta de dados e repasses de informações para o nível central do que por ações preventivas e de controle dos agravos. Pudemos constatar que, no nível local, a operacionalização das ações de VE, ao se restringirem à notificação das DNCs, restringe também a coleta de dados constantes dos impressos utilizados no SVE, para a notificação do caso, não realizando, portanto, o processo de investigação epidemiológica. A identificação do caso suspeito ou confirmado constitui-se no ponto de partida para a coleta dos dados, que não contemplam

outras informações de interesse epidemiológico como a provável fonte de infecção, os comunicantes, etc.

Quanto à realização de ações preventivas e de controle, encontramos na UBS um cotidiano assistencial voltado essencialmente para as atividades curativas em detrimento das ações de prevenção da doença e promoção da saúde. Problemas de saúde não se reduzem às necessidades de serviços médicos, urge, assim, a reorganização das práticas de saúde no sistema municipal de saúde, a fim de que sejam contempladas as ações preventivas e o caráter coletivo das necessidades de saúde no processo de assistir.

A expectativa demonstrada por alguns profissionais das UBSs é que a equipe de vigilância epidemiológica se responsabilize pelas ações de controle e prevenção das doenças e agravos notificados. Denotando com isso a visão de uma prática atribuída somente a alguns profissionais, conseqüentemente fora das atribuições dos profissionais do nível local.

Essa questão é trazida também pelo nosso terceiro pressuposto, em que apontamos que os trabalhadores das UBSs percebem a VE como uma prática fora de suas atribuições profissionais, o que em parte confirmamos pelos depoimentos, porém não corresponde à totalidade dos relatos observados. A visão de que as ações de VE não se constituem em atribuição do nível local, fundamenta-se muito mais por existir na SMS, um grupo de profissionais exclusivos para tais atribuições, que executam as ações de VE, do que pelo fato dos trabalhadores não entenderem estas ações como parte da assistência do nível local. O Guia de VE do MS ao atribuir, conforme já descrito, ao nível local algumas ações da prática da VE, atribui também aos profissionais desse nível de atenção a “notificação, investigação de casos e

surtos, orientação à comunidade, ações de controle e análise dos dados” (BRASIL, 1998a, p. 22).

Uma outra discussão a ser observada, nesse assunto refere-se à área de competência (saber) e de prática (responsabilidade) da VE, não ser específica de uma profissão, demonstrada a preocupação que se coloca ao discutir sua prática como especialista ou generalista. A prática da VE pode se realizar nas ações do atendimento médico, de enfermagem, dos profissionais de nível médio, como também pode ser constituída por ações complementares a estes fazeres específicos, como resultante da ação da complementação de diferentes conhecimentos por meio de ações interdisciplinares. Sua operacionalização compreende funções específicas e intercomplementares. Assim, parte das ações da prática de VE pode se constituir área de competência e de responsabilidade também dos profissionais do nível local, pautando-se “por distintos graus de desenvolvimento técnico, administrativo e operacional dos sistemas locais segundo a organização da rede de serviços em cada município” (BRASIL, 1998a, p. 3).

A descentralização e a municipalização dos serviços de saúde admitiram a criação e a operação de sistemas municipais de VE, formalizados pela NOB/96, no seu item 14 que prevê a transferência de recursos financeiros fundo a fundo para os municípios para o custeio das ações de epidemiologia e de controle de doenças. Dessa forma, não podemos admitir que a atuação, no âmbito local, das UBSs, esteja restrita apenas à notificação de doenças e ao seu repasse a outros níveis. O sistema de VE de RP, no âmbito municipal, se responsabiliza por todo o espectro das ações da VE, que vai se caracterizar além das ações assistenciais desta prática até suas funções específicas de processamento, interpretação e análise dos dados coletados, recomendação de

medida apropriadas de controle e prevenção, avaliação da eficácia e efetividade das medidas adotadas e divulgação de informações pertinentes.

A maioria dos depoimentos encaminha para uma proposta de intervenção que viabiliza a continuidade do processo de descentralização de algumas ações da VE para o nível local, para o território da UBS, na busca de integrar o conjunto de ações da VE com o sistema de saúde local. Os depoimentos ressaltam, entretanto, que a equipe de saúde das UBSs ainda carece de capacitação específica, infra-estrutura de trabalho para executar as ações de VE em seu território, e, conhecimento e habilidade para analisar e utilizar os dados epidemiológicos produzidos no planejamento da assistência, neste nível de atenção.

Outrossim, admitimos que o SVE municipal deve coordenar as ações a serem desempenhadas pelo nível local, constituindo um subsistema de informações, conforme preconizado pelo SVE nacional, perfeitamente articulado com o planejamento e elaboração das normas utilizadas no nível local dos serviços de saúde, funcionando como fonte de informações, processando-as, interpretando-as e analisando-as, para que possam realimentar a prática assistencial das UBSs.

Tradicionalmente, pode-se pensar a organização do SVE a partir de elementos, compartimentos ou fases que compõem suas atividades, como a coleta de dados, implementação de medidas de controle (intervenção) e retroalimentação, o que tem dificultado a sua implementação na prática cotidiana dos serviços de saúde e facilitado o seu entendimento como prática específica de alguns profissionais da saúde.

A forma de organização vertical e centralizada na VE tradicional colaborou para o seu entendimento, ao nível dos serviços de saúde, como um

conjunto de atividades automatizadas, “burocráticas” e, principalmente de “coleta de dados”. A busca do conhecimento dos fatores relacionados à saúde, e do seu entendimento como decorrente de fatores ambientais, sociais e econômicos, conforme inscritos na Constituição, impõe desafios à organização da prática da VE e a recomendação e adoção de medidas de controle e prevenção no nível local para além das ações normatizadas para determinados agravos e doenças.

Esse novo enfoque, certamente, implica uma nova organização da VE, em todos os níveis, tendo em vista a perspectiva da integração das ações assistenciais da prática da VE nas atividades assistenciais dos serviços locais de saúde.

A prática assistencial, realizada através dos serviços de saúde, se preocupa sobretudo com problemas atinentes à doença e estrutura-se predominantemente como assistência médica individual, enquanto as chamadas “ações coletivas” são desenvolvidas fora dos cotidianos assistenciais. Acreditamos que o conteúdo da prática da VE poderá propor e oportunizar uma nova modalidade de intervenção, sobretudo por referência ao cuidado individual, articulando assistência individual com questões de saúde coletiva, calcadas na dimensão da vida coletiva.

A questão da integração dessas práticas específicas, e sua articulação, através de “intervenções em saúde”, correspondente tanto às práticas clínicas quanto às práticas epidemiológicas, no interior dos serviços locais de saúde, nas respostas ao conjunto de demandas e necessidades de saúde que lhe coloca a população, parece ser a problemática, de modo subentendido, a ser tratada.

A descentralização das ações de VE, como chamamos a perspectiva da realização de atividades desse sistema no nível local, no interior das UBSs, ainda que restritas ao atendimento das DNCs, exige uma outra forma de assistir. Exige um outro processo de trabalho em saúde, que ultrapasse o cuidado individual, exigindo também uma atitude de envolvimento, interesse e compromisso com o trabalho.

As práticas de vigilância, apontadas pelos entrevistados como “controlar e prevenir, e assistir e vigiar” que se complementam ou se integram, apresentam-se como potencialidades na atuação dos profissionais de saúde do nível local e na adaptação da prática da VE integrada ao conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde nas realidades de seu cotidiano assistencial. Entendemos que essa adaptação deverá ter suas ações coordenadas e complementadas pela atuação da equipe coordenadora do SVE municipal, que articularia as ações de todos os agentes, fossem eles de outros setores ou do próprio sistema de saúde, nas intervenções para cada problema, ou grupos de problemas identificados.

Contribuindo, assim, no desenvolvimento de modelos de organização e gerenciamento da atenção à saúde que contemplem o acompanhamento das pessoas e da população de um determinado território pelas equipes de cuidados primários de saúde, lidando com o contexto, o meio social e físico, no qual a doença existe e as pessoas vivem e trabalham.

Essa reorganização das práticas de saúde envolverá a reestruturação das atividades (do trabalho propriamente dito), dos profissionais e das técnicas sob as quais se realiza o processo de trabalho. A operacionalização dessas idéias supõe identificar novas maneiras de pensar o processo de trabalho em saúde,

independente das diversas concepções acerca da vigilância. É possível destacar a preocupação com os danos, os riscos, os determinantes das necessidades sociais de saúde, o que significa a redefinição do objeto da prática da VE e na medida em que se processa, no âmbito dos serviços, a reconceitualização do objeto das práticas de saúde, na perspectiva da vigilância da saúde, do bem e da vida.

Após percorrermos o processo de nossa investigação, podemos pontuar a necessária discussão com as equipes de saúde das UBSs, a equipe de VE municipal, os gestores municipais para a implementação desse novo modo de agir em saúde, pautado num permanente “vigiar” para:

- ✓ transcender espaços institucionalizados dos serviços de saúde e buscar ações intersetoriais na satisfação das necessidades de saúde;
- ✓ articular ações de promoção à saúde, preventivas e curativas;
- ✓ redefinir o processo de trabalho em saúde;
- ✓ para desencadear ações no território de abrangência da UBS, conhecendo a lógica das relações entre condições de vida, saúde, acesso aos serviços de saúde, exclusão social e doença;
- ✓ diminuir os danos provocados pelos problemas de saúde, os transtornos para os indivíduos, família, comunidade quando vivendo experiências de doenças e
- ✓ enfim, vigiar para resgatar ao cidadão, à família, ou à comunidade o direito de ser assistido com dignidade, com tecnologias apropriadas, com qualidade e resolutividade.

Técnica e serviço, estejam a serviço do bem e da vida!
(Pedro Casaldáliga)

Referências

Bibliográficas

Referência Bibliográficas

ALMEIDA, M. C. P. **O trabalho de enfermagem e sua articulação com o processo de trabalho em saúde coletiva: rede básica de saúde em Ribeirão Preto.** 1991. 297f. Tese (Livre Docência) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 1991.

ALMEIDA FILHO, N. A clínica e a epidemiologia: laços, contratos e contradições. In: ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & saúde.** 5ª. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. cap.9, p.207-14.

ASSIS, M. M. A. **O processo de municipalização no município de Feira de Santana.** 1994. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 1994.

AZEVEDO, F. F. S. **Dicionário analógico da Língua Portuguesa.** São Paulo, editora Nova Fronteira, 1974.

BAKER, E. L.; MILLAR, J. D.; MELIUS, J. M. Surveillance of occupational illness and injury in the United State. **MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report**, v.41, p. 91-9, 1988.

BARATA, R. C. B. Reorientação das práticas de vigilância epidemiológica. In: Seminário Nacional de Vigilância Epidemiológica. **Anais...**Brasília: Ministério da Saúde, 1992.

BODSTEIN, R. C. A. (Org). **Serviços locais de saúde: construção de atores e políticas.** Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993.

BOTAZZO, C. **Unidade básica de saúde: a porta do sistema revisitada.** Bauru: EDUSC, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. Divisão Nacional de Epidemiologia e de Estatísticas em Saúde. **Vigilância epidemiológica e imunizações: legislação básica.** 3. ed. Brasília, 1977. 36p.

BRASIL. Leis, Decretos. Lei 8080/90. **Lei Orgânica da Saúde.** Brasília, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Especial para Descentralização (GED). Descentralização do SUS - Municipalização das ações e serviços de saúde - A ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei. **Saúde em Debate**, n.38, p. 4-17, março 1993a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma operacional básica- SUS 01/93.** Brasília, 1993b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma operacional básica- SUS 01/96.** Brasília, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia epidemiológico.** Brasília, 1998a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para a organização do modelo assistencial.** Brasília, 1998b.

Referências Bibliográficas

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Manual para a organização da atenção básica**. 2ª. ed. Brasília, 1999. 40 p.
- BURGESS, H. J. L. **Surveillance of the population at risk: the community**. Geneva: WHO,1976. p.256-67.
- CAMPOS, G. W. S. Modelos assistenciais e unidades básicas de saúde: elementos para debate. In: CAMPOS, G. W. S.; MERHY, E. E.; NUNES, E. D. **Planejamento sem normas**. São Paulo: HUCITEC, 1989. cap.4, p. 53-60.
- CAMPOS, G. W. S. **A saúde pública e a defesa da vida**. São Paulo: HUCITEC, 1994.
- CAMPOS, G. W. S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas: o caso da saúde. In: CECÍLIO, L. C. O.; MERHY, E. E.; CAMPOS, G. W. S. **Inventando a mudança na saúde**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 1997a. cap. 1, p.29-87.
- CAMPOS, G. W. S. . Análise crítica das contribuições da saúde coletiva e a organização das práticas de saúde no SUS. In: FLEURY, S. (Org.). **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997b. p. 113-24.
- CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.5, n.2, p.219-30, 2000.
- CARVALHO, M. S. **A avaliação da prática da vigilância epidemiológica nos serviços de saúde no Brasil**. 1985. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 1985.
- CARVALHO, M. R. Modelos Assistenciais de Unidades Básicas e o conceito de integralidade. In: BODSTEIN, R. C. **Serviços locais de saúde: construção de atores e políticas**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993. cap. 5. p. 118-30.
- CECÍLIO, L. C. O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cad. Saúde Pública**, v.13, n.3, p.469-78, 1997.
- CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. São Paulo: CORTEZ, 1991.
- COHN, A.; NUNES, E.; JACOBI, P.R.; KARSCH, U.S. **A saúde como direito e como serviço**. São Paulo: CORTEZ, 1991.
- CORNETA, V. K.; MAIA, C. C. A.; COSTA, W. G. A. A reorganização dos serviços de saúde no Sistema Unico de Saúde e a formação de recursos humanos. **Saúde em Debate**, n. 51,p.44-9, 1996.
- COSTA, W.G.A.; MAEDA, S. T. Repensando a rede básica e o distrito sanitário. **Saúde em Debate**, v. 25, n.57, p.15-29, 2001.

Referências Bibliográficas

DALMASO, A. S. W. Atendimento à demanda espontânea: pronto atendimento e atividades programáticas. In: SCHARAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. (Orgs.). **Saúde do adulto: programas e ações na Unidade Básica**. 3ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2000. cap.7, p.151-63.

EDUARDO, M. B. P. **O sistema de vigilância epidemiológica no estado de São Paulo: um estudo do modelo de controle da difteria**. 1984. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Saúde Pública/Universidade de São Paulo. São Paulo, 1984.

FISCHIMANN, A. Vigilância epidemiológica. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & saúde**. Rio de Janeiro: MEDSI, 1994. cap.13, p.421-41.

FLEURY, S. Equidade e reforma sanitária. **Saúde em Debate**, n. 43, p.44-51, junho 1994.

FOEGE, W. H.; HOGAN, R. C.; NEWTON, L. H. Surveillance projects for select diseases. **Int. J. Epidemiol.**, p.29-37, 1976.

FOSSAERT, H.; LLOPIS, A.; TIGRE, C. H. Sistemas de vigilância epidemiológica. **Bol. Of. Sanit. Panam.**, v.76, p.512-25, junho 1974.

GOMES, R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 15ªed. Petrópolis: Vozes, 2000. cap. 4, p. 67-80.

GOODMAN, R. A.; REMINGTON, P. L.; HOWARD, R. J. Como comunicar informação para la accion en salud pública. **Bol. Of. Sanit. Panam.**, v.119, n.1, p.43-9, 1995.

LABONTE, R. **Health promotion and empowerment: practice frameworks**. Toronto: University of Toronto, 1994.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1996. cap. 4, p. 233-300.

MENDES, E. V. O processo social de distritalização da saúde. In: MENDES, E. V. (Org.). **Distrito sanitário: o processo social de mudança do Sistema Único de Saúde**. 4ª ed. São Paulo: HUCITEC- ABRASCO, 1999. cap 2, p.93-158.

MENDES, E. V. **Os grandes dilemas do SUS**. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2001. v.2, cap. 4, p. 70-165.

MENDES-GONÇALVES, R. B. **Tecnologia e organização das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de Centros de Saúde de São Paulo**. São Paulo: HUCITEC-ABRASCO, 1994.

MERHY, E. E. **O capitalismo e a saúde pública**. Campinas: PAPIRUS, 1985.

MERHY, E. E.; QUEIROZ, M. S. Saúde pública, rede básica e o sistema de saúde brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, v.9, n.2, p.177-84, abril/junho 1993.

Referências Bibliográficas

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: CECÍLIO, L. C. O.; MERHY, E. E.; CAMPOS, G. W. S. **Inventando a mudança na saúde**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 1997a. cap.3, p.117-60.

MERHY, E. E. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.) **Agir em saúde** um desafio para o público. São Paulo: HUCITEC, 1997b. cap. 6, p.197-229.

MINAYO, M. C. S. (org.) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 15ª ed. Petrópolis: Vozes, 2000a.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 7ª ed. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO, 2000b.

MISHIMA, S. M.; ALMEIDA, M. C. P.; MATUMOTO, S.; PINTO, I. C.; OBA, M. D. V.; PEREIRA, M. J. B.; DOMINGOS, M. M. L. N.; FORTUNA, C. M.; PALHA, P. F.; KEMURA, M. L. R.; VILLA, T. C. S. A classificação internacional da prática de enfermagem em saúde coletiva no Brasil-CIPESC- Apresentando o cenário de pesquisa do município de Ribeirão Preto- São Paulo. In: CHIANCA, T. C. M.; ANTUNES, M. J. M. (Orgs.) **A classificação internacional das práticas de Enfermagem em saúde coletiva-CIPESC**. Brasília: ABEn, 1999. p.204-44.

MONTEIRO, C. A. (Org.) **Velhos e novos males da saúde no Brasil**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2000. 431p.

NEMES, M. I. B. Prática programática em saúde. In: SCHARAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. (Orgs.) **Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica**. 3ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2000. cap. 2, p.48-65.

OMS/UNICEF. **Cuidados primários de saúde: relatório da Conferência sobre Cuidados Primários de Saúde**. Alma Ata. URSS, 1979.

PAIM, J. S. A reforma sanitária e a municipalização. **Saúde e Sociedade**, v.1, n.2, p.29-44, 1992.

PAIM, J. S. A Reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & saúde**. 5ª. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. cap. 20, p.473-88.

PAIM, J. S. Modelos de promoção e promoção da saúde: sob o signo da iniquidade. **Tema**, n.14, p.20-1, 1997.

PAIM, J. S. A reorganização das práticas de saúde em distritos sanitários. In: MENDES, E. V. (org.) **Distrito sanitário: o processo social de mudança do Sistema Único de Saúde**. 4ª ed. São Paulo: HUCITEC-ABRASCO, 1999. Cap. 4, p.187-220.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, M. G. L. Reorganização do sistema de vigilância epidemiológica na perspectiva do Sistema Único de Saúde. **Inf. Epidemiol. do SUS**, v.1, n.5, p.27-57, out.1992.

Referências Bibliográficas

POSSAS, C. **Epidemiologia e Sociedade**: heterogeneidade estrutural e saúde no Brasil. São Paulo: HUCITEC, 1989.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal da Saúde. **Proposta de implantação do serviço de vigilância epidemiológica na Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto - São Paulo**. Ribeirão Preto, 1989. 12p. (mimeografado).

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano de saúde da Secretaria Municipal de Saúde**. Ribeirão Preto, 2000.

ROSEN, G. **Uma história da saúde pública**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC-ABRASCO, 1994.

SÃO PAULO. Secretaria Estadual da Saúde. **Proposta de municipalização da vigilância epidemiológica**. São Paulo, 1989. 12p. (mimeografado).

SÃO PAULO. Secretaria Estadual da Saúde. **Treinamento básico em vigilância epidemiológica (TBVE)**. São Paulo, 1998.

SCHARAIBER, L. B. Epidemiologia em serviços: uma tecnologia de que tipo? *Inf. Epidemiol. do SUS*, p. 5-32, mai/jun. 1993a.

SCHARAIBER, L. B. (Org.) **Programação em saúde hoje**. São Paulo: HUCITEC, 1993b.

SCHARAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. (Orgs.). **Saúde do adulto**: programas e ações na Unidade Básica . 3ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2000.

SCHOUT, D. Municipalização da vigilância epidemiológica: uma proposta em construção. **Saúde e Sociedade**, v. 3, n.1, p.11-28, 1994.

SILVA-JÚNIOR, A. **Modelos tecnoassistenciais em saúde**: o debate no campo da saúde coletiva. São Paulo: HUCITEC, 1998.

SOUZA, M. F. M.; KALICHMAN, A. O. Vigilância à saúde: epidemiologia, serviços e qualidade de vida. In: ROUQUAYROL, M. Z. (Org.) **Epidemiologia & saúde**. 4ª ed. São Paulo: MEDSI, 1994. cap. 19, p. 467-74.

STARFIELD, B. **Atenção primária** : equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

TASCA, R.; GREGO, C.; VILLAROSA, F. N. Sistemas de Informação em saúde para distritos sanitários. In: MENDES, E. V. (org). **Distrito sanitário**: o processo social de mudança do Sistema Único de Saúde. 4ª ed. São Paulo: HUCITEC- ABRASCO, 1999. Cap. 7, p.267-310.

TEIXEIRA, C.F.; PAIM, J.S.; VILLASBÔAS, A.L. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. *Inf. Epidemiol. SUS*, v.7, n.2, p.7-29, abr./jun. 1998a.

Referências Bibliográficas

TEIXEIRA, M.G.; PENNA, G.O.; RISI, J.B. Seleção das doenças de notificação compulsória: critérios e recomendações para as três esferas de governo. *Inf. Epidemiol. SUS*, v.7, n.1, p. 7-28, jan./mar. 1998b.

TEIXEIRA, C.F. **O futuro da prevenção**. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2001.

TRIVIÑOS, A .N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1990.

VILLA, T. C. S. **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 - (1989-1998)**. 1999. 185 f. Tese (Livre-docência) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 1999.

WALDMAN, E. A. **Vigilância epidemiológica como prática de saúde pública**. 1991. 227f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública/Universidade de São Paulo. São Paulo, 1991.

WALDMAN, E. A. Possíveis caminhos para a vigilância em Saúde Pública no Estado de São Paulo. *Bol. Inf. Centro de Vigilância Epidemiol.*, Ano 11, n. 49, p. 9-10, junho 1997.

WALDMAN, E. A. Uso da vigilância e da monitorização em saúde pública. *Inf. Epidemiol. SUS*, v.7, n.3, p. 8-26, jul./set. 1998.

WALDMAN, E. A. ; SILVA, L. J.; MONTEIRO, C. A. Trajetória das doenças infecciosas: da eliminação da poliomielite à reintrodução da cólera. *Inf. Epidemiol. SUS*, v.8, n.3, p.4-20, jul./set. 1999.

WATANABE, A. **O perfil epidemiológico dos casos de tuberculose notificados em um hospital terciário e sua relação com a organização do sistema de saúde**. 1999. 197p. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 1999.

VELLOZO, V. R. O.; SOUZA, R. G. Acesso e hierarquização: um caminho (re) construído. In: BODSTEIN, R. C. **Serviços locais de saúde: construção de atores e políticas**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993. cap. 4, p.97-115.

Apêndices

APÊNDICE A

Roteiro para entrevista

1. Formação profissional
Experiência profissional anterior ao trabalho atual
Tempo de trabalho na função atual
2. Como é o seu trabalho na UBS?
3. O que é mais freqüente aparecer para atendimento?
4. Ao atender um caso de DNC, o que faz?
5. Após seu atendimento sabe o que mais é feito com estes casos?
6. Como entende o atendimento da DNC para o trabalho da UBS e comunidade?
7. O atendimento das DNC e os outros atendimentos da UBS
8. O que entende por VE?
9. A descentralização de algumas ações da VE para as UBS
10. Opinião sobre o trabalho de VE estruturado em nível Distrital
11. Quais as DNCS você observa que aparecem na UBS. Quais as mais freqüentes?

APÊNDICE B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado(a) Sr(a):.....

Endereço:.....

Estamos desenvolvendo a *pesquisa "Assistir" e "vigiar". As ações de vigilância na Unidade Básica de Saúde. Realidades e perspectivas*. Este projeto tem como temática a prática da vigilância epidemiológica e sua interface com a assistência, tendo por objetivo principal a análise de como se conforma a prática da vigilância epidemiológica na Unidade Básica de Saúde, segundo a percepção dos trabalhadores da saúde e o modelo de atenção que norteia a prática dos serviços de saúde no município de Ribeirão Preto

Assim, gostaríamos de contar com sua participação no desenvolvimento das entrevistas que serão realizadas com os trabalhadores que atuam nas Unidades Básicas em estudo, em seu próprio local de trabalho.

O resultado do presente estudo contribuirá para a reorganização do trabalho da Vigilância Epidemiológica no município de Ribeirão Preto, portanto sua colaboração será muito importante para a realização deste projeto. As informações/opiniões emitidas por você não causarão nenhum dano, risco ou ônus à sua pessoa e serão tratadas anonimamente no conjunto dos demais respondentes; preservando a privacidade e ainda a qualquer momento da realização da pesquisa, caso não seja de seu interesse a continuidade na participação, haverá a possibilidade de retirar este consentimento ou procurar o pesquisador ou orientadora para esclarecer qualquer dúvida.

Mediante sua permissão, as entrevistas serão gravadas, sendo que após análise de seu conteúdo, as mesmas serão destruídas.

Agradecendo sua colaboração nos colocamos à disposição para qualquer informação que você julgar necessária.

Atenciosamente

Profª Drª Tereza Cristina Scatena Villa

Professora Doutora junto ao Departamento de Enfermagem
Materno-Infantil e Saúde Pública - EERP/USP

Luzia Márcia Romanholi Passos

Doutoranda junto ao Programa de Pós-Graduação Enfermagem
em Saúde Pública - EERP/USP

Eu....., aceito participar da entrevista do projeto de pesquisa "*Assistir" e "vigiar". As ações de vigilância na Unidade Básica de Saúde. Realidades e perspectivas*", e estou ciente de que a entrevista será gravada e seus resultados tratados sigilosamente, e caso não queira mais participar da investigação, tenho liberdade de retirar este consentimento.

Ribeirão Preto, de de 2002.

.....
assinatura

*O presente documento, baseado nos artigos 10 a 16 das Normas de Pesquisa em Saúde, do Conselho Nacional de Saúde, foi assinado em 2 vias de igual teor, ficando uma via em poder do sujeito da amostra e a outra com a pesquisadora.

Anexos

ANEXO A

*Portaria do Ministério da Saúde, nº 1.943, publicada no Diário Oficial da
União nº 204, em 24 de outubro de 2001*

ANEXO B*Aprovação do Comitê de Ética*

ANEXO C

Aceitação e avaliação do projeto como de grande relevância na reestruturação do trabalho da Vigilância Epidemiológica no município, conferindo a legitimidade necessária às investigações científicas

ANEXO D
Impresso para notificação de doenças (SVE1)

ANEXO E
Impresso para notificação de doenças (SINAN)

ANEXO F***Sistema de Vigilância Epidemiológica e Controle de Doenças e Agravos***

Bibliografia consultada

Bibliografia consultada

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia prático do Programa de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

CARVALHO, A. I. Os caminhos da descentralização no setor saúde brasileiro. **Saúde em Debate**, n. 38, p. 49-54, março 1993.

CARVALHO G. I.; SANTOS, L. **Sistema Único de Saúde**. Comentários sobre a Lei Orgânica da Saúde - Lei 8080 e Lei 8142/90. São Paulo: HUCITEC, 1992.

CHAMMÉ, S. J. Modos e modas da doença e do corpo. **Saúde e Sociedade**, v.5, n.2, p. 61-76, 1996.

CZERESNIA, D. **Do contágio à transmissão: ciência e cultura na gênese do conhecimento epidemiológico**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.

DEMO, P. **Pesquisa: princípio científico e educativo**. 7ª ed. São Paulo: CORTEZ, 2000.

GANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: forense universitária, 1982

GRANT, J. G. As oportunidades perdidas. **Imunizações – Atualização**, v.3, n. 1, p.1-3, 1990.

MENDES, E. V. **A organização da saúde no nível local**. São Paulo: HUCITEC, 1998.

OLIVEIRA, L. R.; CALDAS-JÚNIOR, A. L. A vigilância epidemiológica no Estado de São Paulo. Resgate histórico e perspectivas. **Bol. Inf. Centro de Vigilância Epidemiol.**, Ano 11, n.49, p.11-4, junho 1997.

SANTOS, N. R. Municipalização: do chavão a uma luta grande e conseqüente. **Saúde em Debate**, n. 38, p 44-8, março 1993.

SCHARAIBER, L. B. Políticas públicas e planejamento nas práticas de saúde. **Saúde em Debate**, n..47, p.28-35, junho 1995.

SCLIAR, M. **Do mágico ao social : a trajetória da saúde pública**. São Paulo: L&PM Editores, 1987.

Bibliografia Consultada
