

**O MODELO DA VIGILÂNCIA À SAÚDE: UM ESTUDO EXPLORATÓRIO
NO EXTREMO SUL DO BRASIL**
**A MODEL OF HEALTH VIGILANCE: AN EXPLORATORY STUDY IN THE EXTREME SOUTH OF
BRAZIL**
**EL MODELO DE LA VIGILANCIA A LA SALUD: UN ESTUDIO EXPLORATORIO EN EL
EXTREMO SUR DE BRASIL**

Sibele da Rocha Martins¹, Marta Regina Cezar-Vaz², Maria Cristina Flores Soares³, Raúl Mendoza Sassi⁴

¹ Mestre em Enfermagem. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Educação Ambiental da Fundação Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Rio Grande do Sul, Brasil.

² Doutora em Filosofia da Enfermagem. Professora do Programa de Pós-Graduação em Educação Ambiental da FURG. Rio Grande do Sul, Brasil.

³ Doutora em Fisiologia. Professora Adjunto do Departamento de Ciências Fisiológicas e do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde FURG. Rio Grande do Sul, Brasil.

⁴ Doutor em Epidemiologia pela Universidade Federal de Pelotas (UFPEL). Professor do Departamento de Medicina Interna da FURG. Rio Grande do Sul, Brasil.

PALAVRAS-CHAVE: RESUMO: O objetivo deste estudo foi analisar o modelo de organização tecnológica da Vigilância Modelos organizacionais. Trabalho. Vigilância. à Saúde, nos 22 municípios da 3ª Coordenadoria Regional de Saúde - RS, examinando elementos do seu processo de trabalho e o perfil dos trabalhadores atuantes nos diferentes serviços/ambientes da Vigilância à Saúde. Trata-se de estudo quantitativo que utilizou abordagem exploratória, descritiva e analítica. Os dados foram obtidos através de entrevista estruturada com 82 trabalhadores e analisados estatisticamente, através do cálculo de média e desvio padrão, sendo utilizado teste de *post hoc* da Diferença Média Significativa. A Vigilância à Saúde possui trabalhadores nas mais diversas áreas do saber, 66% do sexo feminino com idades entre 31 e 50 anos, atuando em sua maioria no ambiente da Vigilância Epidemiológica. Com sua organização tecnológica pautada na promoção da saúde a Vigilância à Saúde busca a construção de um novo modelo de atenção que reorienta as práticas de saúde no Sistema Único de Saúde.

KEYWORDS: Organizational models. Work. Surveillance. **ABSTRACT:** The aim of this study was to analyze the model of technological organization of Health Vigilance in 22 districts that comprise the Third Regional Health Department in Rio Grande do Sul state by examining present elements in its work process and the workers' profile. An exploratory, descriptive, and analytical approach was used and quantitative data were collected in structured interviews with 82 professionals who work in different services/environment in Health Vigilance. Data were statistically analyzed through frequency distribution, mean calculation, standard deviation, and variance analysis; besides, the *post hoc* test of Meaningful Mean Difference was used. Health Vigilance has a large number of workers, distributed in several areas of knowledge, which 66% of workers are female, with ages among 31 and 50 years, acting in the environment in Epidemiologic Surveillance. Besides, health Vigilance organized in promoting health pursuits the construction of a new attention model able to reorient the practices of health in National Health Care System.

PALABRAS CLAVE: RESUMEN: El objetivo de este estudio fue analizar el modelo de organización tecnológica de la Modelos organizacionales. Trabajo. Vigilancia. Vigilancia a la Salud, en los 22 municipios que componen la 3ª Coordinadoría Regional de Salud/RS, analizando los elementos de su proceso de trabajo, el perfil dos trabajadores atuantes en los diferentes servicios/ambientes de la Vigilancia a la Salud. Refiere a un estudio contitativo que utilizó un abordaje exploratório, descritivo y analítico. Los datos fueron obtenidos através de una encuesta estructurada con 82 trabajadores y analisados estatisticamente, através del calculo de media, desvío padrón, siendo utilizado el teste de *post hoc* de la Diferencia Media Significativa. La Vigilancia a la Salud posee trabajadores em las mas diversas areas del saber, 66% del sexo femenino con idades entre 31 y 50 años, atuando em su maioria en el ambiente de la Vigilancia Epidemiológica. Con su organización tecnológica pautada em la promoción de la salud la Vigilancia a la Salud busca la construcción de un nuevo modelo de atención que reorienta las prácticas de salud en el Sistema Único de la Salud.

Sibele da Rocha Martins
Endereço: R. República de Cuba, 368
96.212-060 - Buchollz, Rio Grande, RS, Brasil.
Email: sibele_martins@vetorial.net

Artigo original: Pesquisa
Recebido em: 16 de julho de 2007
Aprovação final: 15 de janeiro de 2008

INTRODUÇÃO

Os modelos de saúde hegemônicos no Brasil – o modelo de assistência médica privada, que se refere à assistência hospitalar e aos serviços que dão apoio para o diagnóstico e o tratamento dos pacientes; e o modelo sanitarista, que é composto das ações realizadas em campanhas, ações desenvolvidas pelas vigilâncias epidemiológicas e sanitárias, além dos programas específicos realizados nas unidades básicas – não estão conseguindo responder a complexidade e diversidade dos problemas de saúde que se apresentam aos cidadãos comuns na atualidade.¹⁻²

As desigualdades sociais aceleradas pelo processo de urbanização nos grandes centros são componentes que podem explicar o elevado contingente da população estar sendo exposta intensamente às novas e complexas doenças, bem como as velhas doenças como a cólera, a dengue, a tuberculose, ligadas aos hábitos e estilos de vida da população. Muitas vezes essas doenças estão relacionadas às condições desumanas de vida nas periferias das grandes cidades, onde as ações dos serviços de saúde têm se revelado ineficazes.

Acreditamos que seja necessária a construção de novos modelos assistenciais* atuantes nas ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, não só individuais como da coletividade, levando em consideração as mudanças organizacionais, tecnológicas e sócio-culturais de nossa sociedade. Tais mudanças permitem que os sujeitos trabalhadores na área da saúde se adaptem a elas, agindo e reagindo a novas formas de organização do seu trabalho, buscando modelos tecnológicos eficazes que permitam a interação entre o trabalhador e seu objeto, rompendo com o “ciclo biologicista, antropocêntrico, medicalizante e iatrogênico em que se encontra o sistema de saúde há quase um século [tradução nossa]”.^{2,2}

A construção de modelos tecnológicos coerentes com os problemas apresentados pelas

comunidades, que levem a transformações dos saberes e das práticas sanitárias, vê na Vigilância à Saúde** um eixo do processo de reorientação do(s) modelo(s) assistencial(is) do Sistema Único de Saúde (SUS).² Neste sentido, ela pode ser compreendida como um modelo tecnológico ou modelagem organizadora que inclui um conjunto de atividades e serviços que tem como consequência à ampliação do atendimento às causas do processo saúde-doença.⁴ Além disso, busca desenvolver novas propostas para operacionalizar o SUS por meio da incorporação de novos conhecimentos (como o planejamento urbano, as atividades de promoção e de educação em saúde, a comunicação social além da ecologia e das ciências do meio ambiente), capazes de superar a hegemonia dos modelos assistenciais dominantes, estabelecendo novas formas, métodos e instrumentos capazes de melhorar a organização do trabalho e a construção de um novo “modelo de atenção à saúde voltado para a qualidade de vida”.^{1:18}

Neste contexto, este estudo analisou o modelo de organização tecnológica da Vigilância à Saúde, nos municípios que compõem a 3ª Coordenadoria Regional de Saúde, no estado do Rio Grande do Sul, a partir da análise dos elementos do seu processo de trabalho, ou seja, as formas de organização do trabalho, a finalidade do trabalho, os instrumentos utilizados para desenvolver as atividades e o local/ambiente de aplicação do trabalho; bem como o perfil dos trabalhadores atuantes nos diferentes serviços/ambientes da Vigilância à Saúde nos municípios que compõem a 3ª CRS, no estado do Rio Grande do Sul.

Acreditamos que a Vigilância à Saúde utiliza saberes e tecnologias, necessárias para o atendimento das necessidades de saúde individuais e coletivas,⁵ bem como busca entender o processo saúde-doença dos grupos sociais, a fim de melhorar a qualidade de vida das comunidades através de ações de promoção à saúde.

* Utilizamos a seguinte definição de modelos assistenciais: são “combinações de saberes (conhecimentos) e técnicas (métodos e instrumentos) utilizados para resolver problemas e atender necessidades de saúde individuais e coletivas. Neste sentido, um modelo de atenção não é simplesmente uma forma de organização dos serviços de saúde nem tampouco um modo de administrar (gerir ou gerenciar) um sistema de saúde. Os modelos de atenção à saúde são formas de organização das relações entre sujeitos (profissionais de saúde e usuários) mediadas por tecnologias (materiais e não-materiais) utilizadas no processo de trabalho em saúde, cujo propósito é intervir sobre os problemas (danos e riscos) e necessidades sociais de saúde historicamente definidas”.^{3:156}

** O modelo de organização tecnológica da Vigilância à Saúde é constituído pela vigilância epidemiológica; controle de zoonoses; vigilância ambiental e saneamento; saúde do trabalhador; alimentação e nutrição; sangue, hemocomponentes e hemoderivados e vigilância sanitária. Sua coordenadoria é de competência da direção Estadual do SUS com a participação através da União e dos Municípios.

PROCESSO METODOLÓGICO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo de corte transversal, quantitativo de caráter exploratório, descritivo e analítico, realizado com 22 municípios que compõem a 3ª Coordenadoria Regional de Saúde (3ª CRS), localizados na Região Sul do Rio Grande do Sul, sendo eles Amaral Ferrador, Arroio Grande, Arroio do Padre, Canguçu, Capão do Leão, Cerreto, Chuí, Cristal, Herval, Jaguarão, Morro Redondo, Pedras Altas, Pedro Osório, Pelotas, Piratini, Pinheiro Machado, Rio Grande, Santa Vitória do Palmar, Santana da Boa Vista, São José do Norte, São Lourenço do Sul e Turuçu.

O início do estudo deu-se primeiramente através dos contatos realizados, via telefone, com o responsável pelos ambientes da Vigilância à Saúde nos municípios abrangidos pela Vigilância Epidemiológica (VE), Vigilância Sanitária (VS), Vigilância Ambiental (VA), Vigilância Portuária (VP), Vigilância à Saúde do Trabalhador (VST) e Controle de Zoonoses e Vetores (CZV), com o propósito de estabelecer quais municípios possuíam unidades de Vigilância à Saúde e o número total de trabalhadores em cada setor, para visualizar se seria possível a realização deste estudo. Logo após, entramos em contato com a 3ª CRS e as Secretarias de Saúde de cada um dos municípios com o objetivo de apresentar a proposta de estudo e solicitar a permissão para a aplicação do mesmo. Foi feito ainda o encaminhamento da proposta ao Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Universidade Federal do Rio Grande (FURG), localizada no município do Rio Grande, sendo aprovada através do Parecer N° 036/2006.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista entre os meses de março e julho de 2006, através de um roteiro fechado baseado em pesquisas anteriores realizadas pelo grupo de pesquisa do Laboratório de Estudos de Processos Socioambientais e Produção Coletiva de Saúde (LAMSA) da FURG, o qual foi aplicado aos sujeitos trabalhadores dos setores da Vigilância à Saúde que foram selecionados através de um levantamento quantitativo, buscando identificar o número de funcionários, nos seus diferentes ambientes.

Do total dos 375 trabalhadores identificados, nos diferentes serviços/ambientes da Vigilância à Saúde, foram selecionados 104 profissionais para fazer parte do estudo. Os selecionados foram os coordenadores dos setores e os trabalhadores de campo que possuíam formação técnica. Nos municípios que não possuíam os coordenadores e tra-

balhadores de nível técnico, foram entrevistados os trabalhadores pelo grau de responsabilidade no setor, ou seja, os profissionais que estavam respondendo pelo setor no momento da visita.

O roteiro para a entrevista dividiu-se em duas partes: a primeira, constituída por dados referentes à identificação e à formação do trabalhador; a segunda, contendo questões que correspondem ao modelo de organização tecnológica, a partir dos elementos do seu processo de trabalho, ou seja, formas de organização do trabalho, finalidade do trabalho, instrumentos utilizados para desenvolver as atividades e o local de aplicação do trabalho. As perguntas fechadas, de múltipla escolha, possuíam uma escala de grau de importância, com notas de 0 a 10. Em cada questão deveria ser colocado o número, de acordo com a avaliação de cada respondente, sobre o valor mais adequado conforme a realidade do seu trabalho. Juntamente com o roteiro, foi construído um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) do participante (em duas vias uma do pesquisador e a outra do participante) o qual foi assinado por cada um dos entrevistados, respeitando os aspectos éticos da pesquisa. No TCLE constava o objeto do estudo, os objetivos da pesquisa e esclarecia que o participante poderia deixar de responder às questões a qualquer momento. Para a realização da entrevista, foram agendados em cada município, por telefone, a melhor data, horário e local para a realização das entrevistas, a critério do coordenador das equipes.

Para análise dos dados, foi utilizado o *software* Statistic® na versão 2000, através da distribuição de frequência, cálculo de média, desvio padrão e análise de variância. Foi utilizado o teste de *post hoc* da Diferença Média Significativa (DMS) para localizar as diferenças significativas entre as médias, sendo que o nível de significância adotado foi de $p < 0.05$. Ao final da coleta de dados conseguimos atingir 91% dos municípios previstos, pois dois municípios não participaram, sendo um por perda e outro por recusa dos trabalhadores.

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Dos 104 trabalhadores selecionados, obtivemos 82 trabalhadores respondentes sendo que 66% são do sexo feminino e 34% do sexo masculino, com as idades variando entre 31 e 50 anos (70,1%). Cerca da metade dos entrevistados (44,5%) exerciam suas atividades há no máximo 40 meses, ou seja, possuíam menos de três anos e meio de atuação e estão

assim distribuídos: 37,5% na VE, 27,9% na VS, 4,8% na VA, 4,8% no CZV, 2,9% na VP e 0,9% na VST, esta, retirada da análise por apresentar apenas um respondente em todos os municípios.

Destes setores, a VE é o setor com maior número de profissionais atuante, o que corresponde a 140 sujeitos. A VS ocupa o segundo lugar, com 89 trabalhadores, seguida da VA, com 86. Entre estes profissionais destaca-se o predomínio de agentes de campo (100) e agentes sanitários (49) em nível

médio. Ressalta-se também a participação de 37 agentes administrativos, 32 fiscais sanitários, 31 enfermeiras, 05 técnicos de enfermagem e 26 auxiliares de enfermagem.

As Tabelas 1, 2 e 3 apresentam os elementos do processo de trabalho dos diferentes serviços/ambientes que compõem o modelo tecnológico da Vigilância à Saúde, bem como o resultado do cálculo das médias e desvio padrão das notas atribuídas aos diferentes itens que compõem cada pergunta.

Tabela 1 - Formas de organização e finalidades do processo de trabalho do modelo tecnológico da Vigilância à Saúde da 3ª CRS. Rio Grande do Sul, 2006.

Formas e finalidades	n	Média ± dp	Coef. variação	p
Formas de organização do trabalho				0,00
Secretaria Municipal de Saúde	81	8,0 ± 2,4	30%	a
Participação dos profissionais do setor	81	7,7 ± 2,5	32%	ab
Autonomia	79	7,1 ± 2,8	39%	bc
Necessidade da população	81	7,0 ± 2,6	36%	c
Secretaria Estadual de Saúde	81	6,5 ± 2,7	41%	cd
Ministério da Saúde	79	6,2 ± 2,8	45%	d
Conselho municipal de saúde	80	4,7 ± 3,7	79%	e
Participação de outros setores	80	4,1 ± 3,0	73%	e
Participação da população	81	4,0 ± 3,1	76%	e
Finalidades do trabalho				0,00
Prevenção de doenças	81	9,0 ± 1,6	18%	a
Promoção da saúde	80	8,9 ± 2,0	22%	a
Controle de doenças e agravos	81	8,5 ± 2,5	29%	ab
Conhecimento dos determinantes de saúde	80	8,1 ± 2,3	28%	b
Conhecimento dos condicionantes de saúde	80	8,1 ± 2,1	26%	b
Avaliação das atividades desenvolvidas	80	6,8 ± 2,8	41%	c
Diagnóstico da saúde da população	81	6,9 ± 3,3	48%	c
Promover a participação das comunidades	80	6,6 ± 3,0	45%	c

n: número de trabalhadores entrevistados que atribuíram uma nota a cada uma das alternativas.

p<0,05 mostra a existência de diferença significativa entre os itens dentro da variável.

Letras (a,b,c,d,e) indicam quais itens são diferentes entre si.

A participação da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) (8,0±2,4) destaca-se na **organização do trabalho**, sendo considerada significativamente mais importante (p=0,00) que as demais formas, com exceção da própria participação dos profissionais dos setores pesquisados (7,7±2,5). As participações do Conselho Municipal de Saúde (CMS) (4,7±3,7), de outros setores (4,1±3,0) e da população (4,0±3,1) foram consideradas menos importantes para esta organização apesar da magnitude dos coeficientes de variação verificados nas respostas destes itens (79%, 73% e 76%, respectivamente) (Tabela 1).

Nota-se que a organização tecnológica do trabalho ocorre em âmbito local, exercido pela SMS em conjunto com os próprios trabalhadores, não sendo significativa a participação do Ministério da Saúde (MS) na organização do trabalho nos diferentes ambientes da Vigilância à Saúde. A organização realizada pela SMS tem a participação dos gestores da saúde, que são responsáveis pela coordenação, planejamento, acompanhamento, controle e avaliação das atividades realizadas no sistema de saúde. Essa organização desenvolvida pelos gestores consiste em "um saber capaz de con-

duzir a planejada forma (organização) de realizar o trabalho em saúde”^{6:230}. Assim como, na prestação de serviços para a população, o planejamento das atividades a serem desenvolvidas pelos trabalhadores apresenta-se como um trabalho articulado entre o saber político e o saber técnico-científico quando concerne à produção de cuidados em saúde.⁶

A organização do trabalho realizada pela SMS, em conjunto com os trabalhadores dos diferentes ambientes estudados, demonstra um trabalho cooperativo, conectando as diferentes ações desenvolvidas por esses profissionais para a prestação dos serviços de saúde. A articulação entre as ações realizadas por estes dois ambientes (SMS e os trabalhadores dos setores) requer de cada trabalhador “um dado conhecimento acerca do trabalho do outro e o reconhecimento de sua necessidade para a atenção integral à saúde”.^{6:233} A análise dos dados coletados demonstrou que os trabalhadores não valorizam a participação do CMS, de outros setores e da própria população na organização do trabalho. Acreditamos que, para a concretização de uma atenção integral à saúde, de acordo com as necessidades apresentadas pela comunidade, é necessário valorizar a participação desses setores. A mudança que se pretende na assistência hegemônica prestada às comunidades, centrada anteriormente nos hospitais através de ações curativas, poderá ocorrer através da possibilidade de uma maior integração entre as ações preventivas e curativas. No entanto, para que essa integração aconteça é necessário que outros trabalhadores participem dessa mudança, para que possam exercer “sua criatividade no sentido de se adaptarem, aperfeiçoarem e redefinirem os instrumentos do planejamento e programação, de acordo com suas realidades específicas”.^{7:52}

Questionados quanto à **finalidade do trabalho desenvolvido**, destacaram-se a prevenção de doenças ou agravos ($9,0 \pm 1,6$) e a promoção da saúde ($8,9 \pm 2,0$), sendo significativamente melhor avaliada que as demais opções ($p=0,00$), exceto com relação à atividade de controle das doenças e agravos ($8,5 \pm 2,5$). As alternativas que foram avaliadas negativamente são o diagnóstico de saúde da população ($6,9 \pm 3,3$), a avaliação das atividades desenvolvidas ($6,8 \pm 2,8$) e a promoção da participação das comunidades ($6,6 \pm 3,0$) (Tabela 1).

As ações preventivas são consideradas como intervenções orientadas a fim de evitar o desenvolvimento de doenças, reduzindo sua prevalência e incidência na população, tendo como objetivo o “controle da transmissão de doenças infecciosas e a

redução de risco de doenças degenerativas ou outros agravos específicos”. Já as ações de promoção são mais amplas, pois não estão dirigidas a determinadas doenças, e sim “enfazam a transformação das condições de vida e de trabalho”.^{8:45}

As ações preventivas e de promoção da saúde são complementares, pois no momento em que a prevenção volta-se para o controle dos fatores de risco que podem agravar a saúde, tendo como foco principal a doença e todos os mecanismos utilizados para atacá-la, a promoção da saúde busca modificar as condições de vida, melhorando sua qualidade e a saúde da comunidade, orientando-se “ao conjunto de ações e decisões coletivas que possam favorecer a saúde e a melhoria das condições de bem-estar”.^{9:33} Melhorar as condições de vida e saúde e conseqüentemente proporcionar melhorias no bem-estar da comunidade são ações propostas pelo modelo de organização tecnológica da Vigilância à Saúde, que se constitui “numa prática sanitária que organiza os processos de trabalho em saúde, sob a forma de operações, para confrontar problemas de enfrentamento contínuo, num território determinado”,^{10:16} ou seja, as ações desenvolvidas pelo modelo de organização tecnológica da Vigilância à Saúde interferem no contexto das comunidades, proporcionando melhorias nas condições de saúde. Para alcançar a finalidade do trabalho são necessários instrumentos meios que possam ser utilizados para desenvolver as atividades em relação a subjetividade de cada trabalhador e a objetividade do trabalho em ambientes coletivos.¹¹

O conhecimento adquirido por meio das normas técnicas do Ministério da Saúde ($8,8 \pm 1,6$) é o **instrumento** significativamente ($p=0,00$) melhor avaliado pelos entrevistados **para desenvolver as suas atividades**. No entanto, ressaltam-se os elevados índices de variação das respostas dos itens; conhecimentos adquiridos da própria comunidade (70%) e os conhecimentos produzidos através de pesquisas no setor (75%) (Tabela 2).

Como visto anteriormente, os trabalhadores não referem à participação do MS na organização do seu trabalho, porém utilizam em suas atividades os conhecimentos produzidos por esse órgão. A partir dos dados analisados, observamos que os profissionais consideram estas normas como instrumentos organizadores do trabalho, na medida em que as utilizam para programar as atividades. Com isso é possível afirmar que elas podem ser identificadas como “instrumentos normativos de organização das ações de saúde, definidos cen-

tralmente com base na revisão de informações clínico-epidemiológicas relativas a problemas ou a grupos específicos da população, recortados segundo idade, gênero e/ou exposição".^{3:157}

Portanto, o processo de trabalho em saúde, assim como o processo desenvolvido pelo modelo de organização tecnológica da Vigilância à Saúde, é motivado pela produção de conhecimentos através de métodos qualitativos e quantitativos em qualquer espaço de informações básicas ou aplicadas na área de saúde individual e coletiva. Nota-se que grande parte dos serviços prestados

à população ocorrem em instituições que se organizam dentro da sociedade, sob as influências diversas da tecnologia e da produção de conhecimentos científicos. Assim, a utilização das normas técnicas do MS, como um instrumento de trabalho empregado para um determinado fim, não deixa de ser uma etapa que exige atenção especial. A escolha do instrumento que irá nortear as atividades desenvolvidas pelos trabalhadores deverá estar relacionada às necessidades de trabalho, o objeto sobre o qual vai atuar, as habilidades dos trabalhadores e o fim que se deseja alcançar.¹¹

Tabela 2 - Instrumentos e locais de aplicação do processo de trabalho do modelo tecnológico da Vigilância à Saúde da 3ª CRS. Rio Grande do Sul, 2006.

Instrumentos e locais	n	Média ± dp	Coef. variação	p
Instrumentos utilizados para desenvolver as atividades				0,00
Conhecimento das normas técnicas	80	8,8 ± 1,6	18%	a
Conhecimentos da própria comunidade	80	5,0 ± 3,5	70%	b
Conhecimento produzido através de pesquisas	80	4,9 ± 3,7	75%	b
Locais de aplicação do trabalho				0,00
Ambiente da comunidade em geral	79	8,1 ± 2,3	28%	a
Ambiente familiar	79	7,1 ± 2,8	39%	a
Ambiente institucional público	79	7,8 ± 2,6	33%	ab
Ambiente da rede básica	80	7,6 ± 2,7	36%	bc
Ambiente de trabalho	79	6,8 ± 3,0	44%	c
Ambiente institucional privado	79	6,6 ± 3,5	53%	cd
Ambiente individual	79	6,1 ± 3,4	56%	d

n: número de trabalhadores que atribuíram uma nota a cada uma das alternativas.

p<0,05 mostra a existência de diferença significativa entre os itens dentro da variável.

Letras (a,b,c,d) indicam quais itens são diferentes entre si.

Quanto ao **local/ambiente de aplicação do trabalho** desenvolvido pelos profissionais, o ambiente da comunidade em geral (8,1±2,3) e o ambiente institucional público (7,8±2,6) receberam médias significativamente maiores (p=0,00) que os demais locais, com exceção do ambiente da rede básica (7,6±2,7). O ambiente individual (6,1±3,4) foi o que recebeu a menor nota, sendo significativamente menos importante em relação aos outros itens, com exceção do ambiente institucional privado (6,6 ±3,5) (Tabela 2).

Podemos observar que estes espaços de atuação dos trabalhadores são coletivos, ou seja, apresentam diferentes atores sociais. São importantes "para a elaboração de um destino comum, para o amadurecimento de um saber sobre o espaço, o tempo, a memória para a transmissão de

conhecimentos e informações".^{12:9} Além do que a "grande maioria das instituições se dirige para o atendimento individualizado das pessoas, desconsiderando o universo familiar e comunitário em que vivem, o que reflete a ideologia mercantil hegemônica, para a qual a iniciativa individual em prol dos interesses particulares é base do progresso e do bem-estar social".^{12:7}

Os serviços de saúde continuam sendo, fundamentalmente, baseados na oferta e no modo fragmentado e individualizado centralizado nas ações curativas. Neste sentido, a fim de melhorar a organização dos serviços de saúde, devemos ter como base às necessidades de saúde apresentadas pela comunidade.¹³ Portanto, os diferentes ambientes de trabalho destacados pelos trabalhadores representam diferentes espaços de atuação,

que possibilitam a realização de ações que superem a intervenção sobre os agravos à saúde, ou seja, apontem para ações desenvolvidas sobre os riscos reais ou potenciais à saúde dos grupos populacionais. A organização do trabalho em saúde, levando em consideração os diferentes ambientes da comunidade, proporciona um campo aberto para a reflexão e experimentação, permitindo assim que os trabalhadores construam diferentes alternativas para a organização e a operacionalização das práticas em saúde.

As **atividades desenvolvidas** pelos profissionais, que obtiveram maior média foram: coleta, processamento, análise e interpretação dos dados ($8,5 \pm 2,3$) e recomendação de medidas de controle ($8,5 \pm 2,3$), recebendo notas significativamente maiores ($p= 0,00$) que as outras, com exceção do item promoção das ações de controle ($8,1 \pm 2,4$). As atividades com notas significativamente menores foram:

avaliação das medidas adotadas, divulgação das informações e, investigação epidemiológica ($7,4 \pm 2,4$; $7,1 \pm 2,9$ e $7,6 \pm 3,3$ respectivamente) (Tabela 3).

As que tiveram avaliação significativamente melhor pelos trabalhadores se dividem em três blocos, que compreendem: 1) coleta, processamento, análise e interpretação dos dados (em que a coleta é realizada obtendo a participação individual e de grupos preestabelecidos da comunidade, e as atividades de análise e interpretação realizadas pelas Secretarias de Saúde Estadual e Municipais, pelo coordenador do setor/serviço em conjunto com todos os trabalhadores); 2) recomendação de medidas de controle (feitas individualmente aos grupos específicos da comunidade e indiretamente através de impressos, referindo ainda não utilizarem os meios de comunicação para a divulgação) e 3) promoção de ações de controle (promovidas pela SMS), além de palestras para a comunidade.

Tabela 3 - Atividades desenvolvidas no processo de trabalho do modelo tecnológico da Vigilância à Saúde da 3ª CRS. Rio Grande do Sul, 2006.

Atividades	n	Média ± dp	Coef. variação	P
Atividades desenvolvidas nos setores				0,00
Coleta, processamento, análise e interpretação dos dados	81	$8,5 \pm 2,3$	27%	a
Recomendação de medidas de controle	81	$8,5 \pm 2,3$	27%	a
Promoção de ações de controle	81	$8,1 \pm 2,4$	30%	ab
Investigação epidemiológica	81	$7,6 \pm 3,3$	44%	bc
Avaliação das medidas adotadas	81	$7,4 \pm 2,4$	32%	c
Divulgação de informações	81	$7,1 \pm 2,9$	41%	c

n: número de trabalhadores que atribuíram uma nota a cada uma das alternativas.
 $p < 0,05$ mostra a existência de diferença significativa entre os itens dentro da variável.
 Letras (a,b,c) indicam quais itens são diferentes entre si.

Observamos que as atividades desenvolvidas pelos trabalhadores com relação à análise e interpretação dos dados coletados são ações verticalizadas, que ocorrem em âmbito local e estadual. Somente na coleta de dados e na recomendação e promoção de medidas de controle os trabalhadores referem haver a participação da comunidade tanto individual quanto coletivamente. A participação da comunidade ocorre somente em atividades que não requerem uma ação direta, pois a população ainda não possui um espaço de atuação concreta nos serviços de saúde. É necessário, que os profissionais considerem as necessidades sociais da comunidade, levando em conta "o que as pessoas pensam sobre seus próprios problemas e

que soluções espontaneamente buscam".^{14,9} Para isso, a participação da comunidade deve ir além da condição de "mero banco de dados", onde os trabalhadores buscam as informações necessárias para colocar em prática suas ações. A comunidade deve então participar em todo o processo de organização, além da coleta, na análise e interpretação dos dados, "para superar os problemas e adquirir maior controle sobre a saúde".^{15:4}

Com a descentralização das ações em saúde e a municipalização, os municípios passaram a conhecer os problemas da comunidade, possibilitando agir de acordo com suas necessidades. O modelo de organização tecnológica da Vigilância à Saúde tem destaque como um importante

instrumento de transformação do modelo assistencial vigente, ou mesmo, como um modelo de organização de serviços, incluindo desde serviços assistenciais até a articulação com outros setores, proporcionando a participação da comunidade em conjunto com os trabalhadores.¹³

As informações produzidas através das atividades desenvolvidas nos diferentes ambientes de trabalho do modelo de organização tecnológica da Vigilância à Saúde deveriam facilitar, não só aos usuários, mas também aos trabalhadores, um melhor acesso aos conhecimentos da situação de saúde da comunidade e o conhecimento das características dos serviços para o planejamento das ações. Utilizar as informações em saúde tem como objetivo aperfeiçoar e consolidar a gestão descentralizada do SUS, de modo a efetivar o comando único do sistema em cada esfera de governo e aprimorar o processo de descentralização progressiva de recursos, contribuindo para o atendimento segundo as necessidades e demandas locais de saúde¹⁶. Portanto, as atividades desenvolvidas pelos trabalhadores nos diferentes ambientes que compõem o modelo de organização tecnológica da Vigilância à Saúde devem representar uma inovação na intervenção sobre os problemas de saúde, na medida em que buscam os problemas na própria comunidade, além de tentar alcançar a integralidade de suas ações através da atuação intersetorial. Estas têm o propósito de modificar o perfil epidemiológico das comunidades através da “transformação das práticas de saúde, contribuindo para a construção de um novo modelo assistencial”.^{10:47}

No entanto, uma das atividades desenvolvidas pelos trabalhadores que foi menos avaliada compreende a divulgação das informações. O fato de os trabalhadores não divulgarem as informações produzidas por seu trabalho nos remete à Carta de Ottawa, documento resultante da I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde realizada em 1986, destacando que “é imprescindível a divulgação de informações”,^{9:168} pois servirá como um importante meio de educação para a saúde, devendo ocorrer no lar, na escola, no trabalho e em muitos outros espaços coletivos. Para facilitar a divulgação do trabalho desenvolvido nos diferentes ambientes da Vigilância à Saúde, poderiam ser utilizados os sistemas

de informação*** como serviço de referência à produção de conhecimentos para as comunidades. Existem alguns sistemas de informações que orientam o trabalho do modelo de organização tecnológica da Vigilância à Saúde. Destacamos, como exemplo, o Sistema de Notificação Compulsória de Doenças, que refere a obrigatoriedade da notificação compulsória de algumas doenças, criado em 1975 para efetivar as ações da VE. Porém, esse sistema sempre apresentava problemas de subnotificação, que dificultavam a ação desse setor em âmbito local, foram então desenvolvidos outros sistemas paralelos, como por exemplo, o Sistema Nacional de Agravos Notificáveis criado em 1990 para sanar os problemas do sistema anterior. Sistema cujo “potencial é inquestionável, pois foi idealizado para racionalizar o processo de coleta e transferência de dados relacionados às doenças e agravos de notificação compulsória [...] sendo concebido para ser trabalhado desde o nível local, a partir dos serviços que atendem os casos suspeitos clinicamente”.^{18:214}

Os sistemas de informação constituem um importante instrumento para o trabalho em saúde, assim como para o desenvolvimento do modelo de organização tecnológica da Vigilância à Saúde, pois podem ser considerados uma fonte de produção de conhecimento no momento em que os trabalhadores aplicam as informações que foram geradas sobre a situação de saúde da comunidade, com o objetivo de proporcionar um melhor planejamento das atividades que serão realizadas, constituindo assim um retorno à comunidade daquelas informações coletadas. Neste contexto, os sistemas de informação “alimentam as práticas de Vigilância, fornecendo subsídios para a avaliação do impacto das ações e para manter a Vigilância atualizada com os avanços do conhecimento científico e tecnológico”.^{19:18}

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A estrutura de trabalho da Vigilância à Saúde é composta por diferentes ambientes: a VE e a VS, conhecidas como espaços tradicionais de atuação para diferentes trabalhadores, utilizando em suas ações saberes da epidemiologia e da clínica para compor a organização do trabalho; a VA, a VST, os Serviços de CZT e a VP a qual está localizada

*** Os sistemas de informação são definidos como “um conjunto de unidades de produção, análise e divulgação de dados atuando articuladamente, com a finalidade de atender à necessidade de informação da instituição que implementa esse sistema”.¹⁷

no município de Rio Grande, sob responsabilidade da Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

Estes ambientes possuem trabalhadores nas mais diversas áreas do saber, porém o predomínio desses encontra-se na seguinte ordem: enfermeiras, médicos veterinários, farmacêuticos bioquímicos, médicos e biólogos. Concluímos, ainda, que existe a ascendência das mulheres as quais em sua maioria são enfermeiras, levando-nos a pensar na importância desse profissional como um agente capaz de transformar os ambientes em que atua através da intervenção no processo saúde-doença, levando em consideração seus conhecimentos técnico-científicos.

Com relação aos elementos do processo de trabalho concluímos que: a organização do trabalho nos diferentes ambientes da Vigilância à Saúde ocorre em nível local, com a participação da SMS e em conjunto com os trabalhadores dos setores, porém os trabalhadores não visualizam a participação do CMS, a participação de outros setores e a participação das comunidades na organização do trabalho que é desenvolvido; os trabalhadores não diferenciam as ações de prevenção e controle de doenças e agravos das ações de promoção da saúde, considerando essas ações equivalentes; as normas técnicas do MS são os instrumentos utilizados pelos trabalhadores para orientar o desenvolvimento de suas atividades; o objeto de trabalho é compreendido como sendo o ambiente da comunidade em geral, o ambiente familiar e os ambientes institucionais públicos, ou seja, ambientes coletivos para atuação; as atividades desenvolvidas pelos trabalhadores, em sua maioria, são ações verticalizadas, ocorrendo em nível local e estadual sem a participação da comunidade.

Sendo assim, o modelo de organização tecnológico da Vigilância à Saúde busca viabilizar as ações de promoção à saúde, deixando de ter um enfoque único de intervenção sobre as doenças e os agravos que acometem as pessoas para contemplar a implementação de um conjunto de ações, voltadas para a prevenção desses agravos. Além disso, constitui uma maneira de organizar os saberes e os instrumentos utilizados no seu processo de trabalho, incorporando o modelo médico-assistencial privatista (assistência médico-hospitalar) e o modelo sanitaria (campanhas, ações de vigilância epidemiológica e sanitária) articulando-os com as propostas de promoção da saúde, o que implica "na redefinição do objeto de trabalho, dos meios de trabalho, das atividades, das relações técnicas e sociais, bem como das organizações de saúde e da cultura sanitária."^{5:170}

Acreditamos que o modelo tecnológico da Vigilância à Saúde busca incorporar os determinantes do processo saúde-doença das populações para o desenvolvimento de saberes e práticas que englobem ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, individual e coletiva, dos diferentes grupos sociais da comunidade para a construção de um novo modelo de atenção que reorienta as práticas de saúde no SUS.

REFERÊNCIAS

- 1 Teixeira CF, Paim JS, Vilasbôas AL. SUS: modelos assistenciais e vigilância da saúde. IESUS. 2000 Abr-Jun; VII (2): 9-28.
- 2 Gondim MMG, Monken M, Batistella CEC, Lima M. Vigilancia en salud: (re)construyendo al modelo de formación para trabajadores de nivel medio del Sistema Único de Salud. In: Anais do 3o Encuentro Internacional de Vigilancia en Salud, 2005 Out 4-7; Havana, Cuba. Havana (CU): Instituto de Medicina Tropical Pedro Kouri; 2005. p.2-11.
- 3 Teixeira CF. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. Cad. Saúde Pública [on line]. 2002; 18 (supl.): [acesso em 2004 Mar 5]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000700015&lng=pt&nrm=iso. doi: 10.1590/S0102-311X2002000700015
- 4 Cury GC. Epidemiologia para uso junto ao Sistema Único de Saúde: Programa de Saúde da Família. Belo Horizonte (MG): Coopmed; 2001.
- 5 Paim JS. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: Rouquayrol MZ. Epidemiologia & saúde. 6a ed. Rio de Janeiro (RJ): MEDSI; 2003. p.567-86.
- 6 Schraiber LB, Peduzzi M, Sala A, Nemes MIB, Castanhera ERL, Kon R. Planejamento, gestão e avaliação em saúde identificando problemas. Ciênc. Saúde Colet. [on line]. 1999 Jun-Dez; 4 (2): 221-42 [acesso em 2004 Fev 27]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81231999000200002&lng=pt&nrm=iso. doi: 10.1590/S1413-81231999000200002
- 7 Teixeira CF. A construção social do planejamento e programação local da vigilância à saúde no distrito sanitário. In: Mendes EV, Giacomine CH. Planejamento e programação local da vigilância da saúde no distrito sanitário. Brasília (DF): Organização Panamericana de Saúde; 1994. p.45-59.
- 8 Czeresnia D, Freitas CM. Promoção da saúde: conceitos, reflexões e tendências. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 2003.
- 9 Buss PM. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 2003. p.15-38.

- 10 Mendes EV. A construção social da vigilância saúde no distrito sanitário. In: Mendes EV, Vilasbôas AL. A vigilância à saúde no distrito sanitário. Brasília (DF): Organização Panamericana de Saúde; 1993. p.7-19.
- 11 Cezar-Vaz MR, Loureiro MM, Cabreira GO, Sena J. Trabalhador em saúde: subjetividade e auto-organização. *Texto Contexto Enferm.* 2002 Jan-Abr; 11 (1): 50-65.
- 12 Vasconcelos EM. A priorização da família nas políticas de saúde. *Saúde em Debate.* 1999 Set-Dez; 23 (53): 6-19.
- 13 Melo CA. Vigilância sanitária como ação da vigilância à saúde no distrito sanitário. In: Mendes EV, Vilasbôas AL. A Vigilância à saúde no distrito sanitário. Brasília (DF): Organização Panamericana de Saúde; 1993. p.45-61.
- 14 Valla VV. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. *Cad. Saúde Pública.* [on line]. 1999; 15 (supl. 2): [acesso em 2004 Mar 27]. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1999000600002&lng=pt&nrm=iso. doi: 10.1590/S0102-311X1999000600002
- 15 Tyllmann G, Perez SMS. Participação popular e organização comunitária. Santa Rosa (SP): Coordenação Regional do PACS/PSF/14ª DRS/SSMA; 1998.
- 16 Ministério da Saúde (BR), Secretaria Executiva, Área de Informação e Informática em Saúde. A construção da política de informação e informática em saúde do SUS. Brasília (DF): MS; 2003.
- 17 Ministério da Saúde (BR), Fundação Nacional da Saúde, Centro Nacional de Epidemiologia. Guia de vigilância epidemiológica. Brasília (DF): MS; 1998.
- 18 Alvanhan RAM, Campos JJB, Soares DA, Andrade SM. Vigilância epidemiológica. In: Andrade SM, Soares DA, Junior LC. Bases da saúde coletiva. Londrina (PR): UEL; 2001. p.212-23.
- 19 Costa EA, Rozenfeld S. Constituição da vigilância sanitária no Brasil. In: Rozenfeld S, organizador. Fundamentos da vigilância sanitária. Rio de Janeiro (RJ): FIOCRUZ; 2000. p.15-21.