

A VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E A PERSPECTIVA DE TRABALHO NO TERRITÓRIO – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – RIBEIRÃO PRETO

Tereza Cristina Scatena Villa¹
Pedro Fredemir Palha¹
Jordana Nogueira Muniz²
Roxana I. Cardozo-Gonzales³
José Martins Pinto Neto⁴
Marluce Maria Araujo Assis⁵

Villa TCS, Palha PF, Muniz JN, Cardozo-Gonzales RI, Pinto JM Neto, Assis MMA. A vigilância epidemiológica e a perspectiva de trabalho no território – Secretaria Municipal de Saúde – Ribeirão Preto. Rev Latino-am Enfermagem 2002 janeiro-fevereiro; 10(1):21-7.

Este estudo procurou analisar como se conforma a prática na vigilância epidemiológica na Secretaria Municipal da Saúde (SMS-RP) sob a orientação dos princípios do SUS e da perspectiva da Vigilância em Saúde face ao processo de municipalização da saúde na década de 90, utilizando as seguintes dimensões: território; problemas; intersectorialidade, referenciada pelo conceito positivo de saúde e pelo paradigma da produção social de saúde. Através de uma abordagem qualitativa utilizou-se fontes documentais, 17 entrevistas semi-estruturadas e a técnica de análise temática, identificando os temas: De Vigiar a Educar e Prevenir: A prática na Vigilância Epidemiológica - Uma proposta de trabalho no território. Conclui-se que a potencialidade das ações de Vigilância Epidemiológica (VE) está relacionada à perspectiva de um trabalho no território na construção da Vigilância em Saúde assegurando o conteúdo técnico dessas ações e a participação de diferentes categorias profissionais em um mesmo projeto de trabalho, que não necessita ser executada por todos os profissionais no mesmo processo de produção, espaço e tempo.

DESCRITORES: enfermagem de saúde pública, vigilância epidemiológica, vigilância em saúde pública

EPIDEMIOLOGICAL SURVEILLANCE AND THE PERSPECTIVE OF WORKING IN THE TERRITORY – RIBEIRÃO PRETO MUNICIPAL HEALTH SECRETARIAT

This study aimed at analyzing the conformation of the Epidemiological Surveillance Service in Ribeirão Preto Municipal Health Secretariat under the orientation of the principles established by the Unified Health System and the perspective of Health Surveillance in face of the health care municipalization process occurring in the 1990s through the following dimensions: territory; problems; intersectoriality based on positive health concepts and on the paradigm of social health production. By means of a qualitative approach, bibliographical and documentation sources as well as 17 semi-structured interviews were used. Data were analyzed through the thematic analysis technique by which the following themes were identified: from “Monitoring” to “Educating and Preventing”: practice in Epidemiological Surveillance – a proposal to work in the territory. It was concluded that the potentiality of actions related to Epidemiological Surveillance is associated with the perspective of working in the territory for the construction of Health Surveillance in order to assure the technical content of those actions as well as the participation of different professional categories in the same work project, which will not necessarily be performed by all professionals in the same health production process, territory or time.

KEY WORDS: public health nursing, epidemiological surveillance, public health surveillance

LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y LA PERSPECTIVA DE TRABAJO EN EL TERRITORIO – SECRETARIA MUNICIPAL DE SALUD DE RIBEIRÃO PRETO

Este estudio buscó analizar como se constituye la práctica de la Vigilancia Epidemiológica en la Secretaria Municipal de Salud (SMS-RP) bajo la orientación de los principios del SUS y de la perspectiva de la Vigilancia de cara al proceso de municipalización de la salud en la década del 90 utilizando las siguientes dimensiones: territorio, problemas, intersectorialidad, con base en el concepto positivo de salud y el paradigma de la producción social de la salud. A través de un abordaje cualitativo se utilizaron fuentes documentales, 17 entrevistas semi-estructuradas y la técnica de análisis temática, identificando los temas: de “vigilar” a “educar y prevenir”: La práctica de la Vigilancia Epidemiológica – Una propuesta de trabajo en el territorio. Se concluye que la potencialidad de las acciones de la Vigilancia Epidemiológica están relacionadas con la perspectiva de un trabajo en el territorio en la construcción de la Vigilancia en la Salud, asegurando el contenido técnico de esas acciones y la participación de diferentes categorías profesionales en un mismo proyecto de trabajo que no necesita ser ejecutada por todos los profesionales en el proceso de producción, espacio y tiempo.

DESCRIPTORES: enfermería de salud pública, vigilancia epidemiológica, vigilancia en salud pública

¹ Enfermeiros, Professores da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o desenvolvimento da pesquisa em enfermagem, Pesquisadora do Projeto Integrado Pesquisa “O Trabalho de Enfermagem na Organização das Práticas de Saúde” - CNPq, e-mail: tite@eerp.usp.br, Este artigo foi produzido utilizando dados empíricos da Tese de Livre Docência da primeira autora; ² Enfermeiro, Coordenador do Programa de Tuberculose da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto; ³ Enfermeiro do Peru; ⁴ Enfermeiro, Professor de Enfermagem da Fundação Educacional de Fernandópolis. Doutorandos em Enfermagem de Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o desenvolvimento da pesquisa em enfermagem; ⁵ Enfermeiro, Professor Adjunto da Universidade Estadual de Feira de Santana, Coordenador do Núcleo de Pesquisa Integrada de Saúde Coletiva (NUPISC) da UEFS

INTRODUÇÃO

As práticas de vigilância epidemiológica da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto (SMS-RP) vem se organizando para responder às necessidades sociais, articuladas ao movimento das políticas de saúde.

A atual legislação⁽¹⁾, ao definir a Vigilância Epidemiológica como *um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção e prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual e coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos*, amplia seu escopo, ultrapassando a doença enquanto evento tomado para a ação, propondo, em seu lugar, *fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva* e permite considerar uma concepção ampliada de vigilância em saúde que reúna o conjunto de saberes e campos de ação da Epidemiologia (vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, programação em saúde, etc.) no sentido de redimensionar o escopo das intervenções sanitárias⁽²⁾. Desta forma, o nome passa a designar outro conjunto de práticas, visto que, tanto o objeto da intervenção quanto os métodos, conseqüentemente, foram alterados.

Esta definição encaminha para a necessidade de construir uma saúde pública dirigida também a promover à saúde, e não preferencialmente a cuidar da doença, que seja capaz de enfrentar as contradições entre interesses individuais e coletivos.

Com a adesão ao convênio da Municipalização da Saúde no município de Ribeirão Preto e conseqüente implantação do Sistema de Vigilância Epidemiológica (SVE) no ano de 1989, o município assumiu, entre outras, todas as atividades da vigilância.

OBJETIVO

Este estudo procurou analisar como se conforma a prática na vigilância epidemiológica na Secretaria Municipal da Saúde (SMS-RP) sob a orientação dos princípios do SUS e da perspectiva da Vigilância em Saúde face ao processo de municipalização da saúde na década de 90.

QUADRO TEÓRICO

A prática de vigilância à saúde é uma nova forma de resposta social organizada aos problemas de saúde, referenciada pelo conceito positivo de saúde e pelo paradigma da produção social de saúde⁽³⁾.

A concepção de saúde é considerada em sua positividade,

portanto, além de suas conseqüências imediatas, indicadas negativamente, como doença, seqüela e morte. Saúde é, então, resultado de um processo de produção social que expressa a qualidade de vida de uma população, entendendo-se qualidade de vida como uma condição de existência dos homens no seu viver cotidiano, um modo de “andar a vida”, seja individual, seja coletivamente, o que pressupõe determinado nível de acesso a bens e serviços econômicos e sociais⁽³⁾.

A vigilância à saúde – aqui esquematizada – insere-se na perspectiva de uma resposta social, portanto, como modelo de intervenção sobre problemas, num território dado.

Buscando aprofundar o eixo da prática de Vigilância Epidemiológica (VE) na perspectiva da Vigilância em Saúde (VS) contemplando os princípios do SUS, utilizar-se-á as seguintes dimensões: território; enfoque por problemas; intersectorialidade⁽³⁾.

No *território* conceituado como um sistema local ou Distrito Sanitário, estão presentes os múltiplos fatores que influem no processo saúde-doença, especialmente em suas conexões sociais, econômicas e culturais. O território, mais do que uma mera referência geográfica, é um processo social e envolve um conjunto de agentes ou atores sociais atuantes. É um espaço em permanente construção, produto de uma dinâmica social em que se tensionam sujeitos sociais colocados, em situação, na arena política. Uma vez que essas tensões são permanentes, o território nunca está acabado mas, ao contrário, em constante reconstrução. Portanto, a concepção de território transcende à sua redução, a uma superfície-solo e às suas características geofísicas, para instituir-se como território^(3,4).

A identificação, descrição e análise de *problemas* não se faz independentemente de quem e de que posição identifica, descreve e explica; ele é sempre auto-referido⁽³⁾.

A questão fundamental da *intersectorialidade* é a ruptura das barreiras comunicacionais que impedem o diálogo entre diferentes setores. Essa não anula a singularidade do fazer setorial, pelo contrário, reconhece os domínios temáticos, comunicando-os para a construção de uma síntese⁽³⁾.

O CONTEXTO DA PESQUISA

A VE na Secretaria de Saúde do Município (SMS-RP) emerge no processo de descentralização do sistema de saúde, onde novas relações passam a ser estabelecidas entre os diferentes níveis de atenção. Em 1989, o município assumiu a execução de todas as atividades da Vigilância Epidemiológica (VE) e implantou mudanças no fluxo de informações, exercendo uma participação ativa no sistema, com conseqüente aumento de contratações e diversificação dos agentes, bem como a incorporação de novas tecnologias para o

desenvolvimento do trabalho e para a organização e gerência de serviços de saúde no âmbito individual e coletivo.

No município de Ribeirão Preto, a Divisão de Vigilância Epidemiológica está inserida no Departamento de Vigilância em Saúde vinculada ao Gabinete do Secretário. As atividades da VE na Secretaria Municipal da Saúde (SMS-RP) distribuem-se em nível central, distrital e local; e tem diferentes atribuições em cada nível de atuação. A VE do município começa a ser descentralizada no processo de constituição dos Distritos que são organizados a partir de 1993, cada um com uma equipe de VE. O município de Ribeirão Preto foi dividido em 5 Distritos, definidos segundo a concepção de um espaço naturalizado onde os critérios geopolíticos é que definem e sustentam a visão topográfico-burocrática⁽⁴⁾.

O quadro de profissionais da VE é constituído de 41 agentes, sendo os enfermeiros a categoria mais numerosa, com 17 profissionais, constituem 42% do quadro total de agentes, seguidos por 5 oficiais administrativos (12%); 4 médicos sanitários (10%); 4 escrivãos e 4 visitantes sanitários (ambos com 10% cada); 2 fiscais sanitários, motoristas e mensageiros mirins (cada um com 5%) e finalmente o agente administrativo, com 3%.

METODOLOGIA

Este estudo, de natureza qualitativa “trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes”⁽⁵⁾. Trata-se de uma “pesquisa estratégica”, sendo esta modalidade mais apropriada para a investigação sobre saúde e o conhecimento e avaliação de políticas⁽⁶⁾.

Em janeiro de 1997, o projeto de investigação foi apresentado à chefia da VE da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto pelo pesquisador. A pesquisa teve aprovação dos agentes envolvidos através de um termo de consentimento individual e da instituição a qual estão ligados.

Utilizou-se como instrumento de coleta de dados, fontes documentais (documentos, relatórios, plano de saúde do município) e entrevista semi-estruturada.

O critério da escolha dos entrevistados, em número de 17 (dezessete), foi intencional, a partir do posto de trabalho que cada sujeito ocupava no sistema local de saúde. O grupo I é constituído por enfermeiras da VE da SMS-RP que trabalham nos cinco distritos de saúde e no nível central da VE da SMS-RP, num total de 11 enfermeiras, sendo 5 enfermeiras que atuam no nível central e 6 enfermeiras no nível distrital, escolhidas segundo os critérios: no mínimo uma de cada distrito, uma de cada programa no nível central e com maior tempo de trabalho na VE, identificado pela sigla (Ent. nº E) “Entrevista número... Enfermeiro”. O grupo II é composto por representantes dos gerente/

gestores/ocupantes de cargo de direção de órgão de nível central, distrital e local (assessoria de secretário da saúde – 1 representante; 1 diretor do planejamento em saúde; 1 diretor da Vigilância Epidemiológica; 3 gerentes de unidades de saúde); identificado pela sigla (Ent. nº G) “Entrevista número... Gerente ou Gestor”.

As questões norteadoras para os dois grupos foram as seguintes: Quais atividades são desenvolvidas na Vigilância Epidemiológica? Quais são as propostas/perspectivas de descentralização para a Vigilância Epidemiológica?

Quanto à análise dos dados, buscou-se seguir os passos propostos pela pesquisa qualitativa⁽⁵⁾, quando faz a discussão da análise de conteúdo, proposta por Bardin.

Uma das técnicas de análise de conteúdo é a análise temática onde busca-se descobrir os “núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado (...) a análise temática se encaminha para a contagem de frequência das unidades de significação como definitórias do caráter do discurso”⁽⁵⁾.

Operacionalmente, a análise de conteúdo pode abranger as seguintes fases: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação⁽⁵⁾.

É na fase pré-analítica que se determinam as unidades de registro, a unidade de contexto (a delimitação do contexto de compreensão da unidade de registro), os recortes, a forma de categorização e os conceitos teóricos mais gerais que subsidiarão a análise.

Quanto à classificação dos dados, para o trabalho operacional de ordenação e separação dos aspectos de análise utilizou-se o software **ETHNOGRAPH 4.0**, que é um programa para gerenciamento e análise de dados fundamentados no texto. O tratamento dos resultados foi realizado no sentido de permitir validar as informações obtidas nas fases anteriores. Esta etapa é feita mediante a confrontação dos dados e o quadro teórico que se especificou para estudo.

De acordo com as falas dos entrevistados, foram se configurando várias *unidades de registro* agrupadas nos seguintes *núcleos de sentido*: o conhecimento do espaço, da população e das doenças (mapeando o território); uma prática multidisciplinar; a informação na dimensão das instâncias de participação popular – Comissão Local de Saúde (CLS) e Conselho Municipal de Saúde (CMS).

Estes núcleos de sentido foram reagrupados para efeito de análise e interpretação e conformados em duas unidades temáticas eleitas neste estudo:

- De Vigiar a Educar e Prevenir: a prática na Vigilância Epidemiológica
- Uma proposta de trabalho no território

RESULTADOS

De Vigiar a Educar e Prevenir: a prática na Vigilância Epidemiológica

A totalidade dos depoimentos mostra que o trabalho realizado na VE se organiza tomando como ponto de partida o dano, e a partir deste, se realizam as medidas de controle e prevenção.

Os depoimentos explicitam a face do controle da prática de VE através da realização de ações de notificação, bloqueio; e a face da prevenção das práticas de VE quando privilegiam as ações de educação, treinamento, orientação, discussão e reuniões com a comunidade que envolvem grupos da população (escolas, creches, etc.) e profissionais de saúde.

Nós assistimos, mas de uma outra forma, ficamos vigilantes nessas doenças, nos agravos à saúde em geral, doença de notificação compulsória... Fazemos visita para esse paciente e aos comunicantes. Então é uma coisa mais ampla. Porque você tem que observar e ficar atenta a qual área corre risco de estar sofrendo aquele agravo à saúde. (Ent.nº2 E.)

Eu acho que existe uma necessidade de mudança. Nós estaremos aqui, esperando o paciente vir procurar assistência. (...) Um tempo para você atender os pacientes que vêm nos procurar e outro tempo para você atuar na educação, levando conhecimento para a prevenção de doença. (E.nº9 E.)

O depoimento indica uma mudança de postura e de estratégia de organização do trabalho, no sentido de atuar mais na prevenção, priorizando as ações educativas dirigidas a grupos populacionais.

Os resultados apresentados a seguir através dos dados, encaminham para experiências vividas em espaços delimitados de alguns Distritos e setores isolados da SMS-RP através de situações descritas pelos representantes dos gestores, gerentes e enfermeiras no sentido de avançar nas propostas e estratégias de mudança de modelo assistencial, que atendam os princípios do SUS e a perspectiva da Vigilância em Saúde.

A VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E A PERSPECTIVA DE TRABALHO NO TERRITÓRIO

Os depoimentos a seguir, apontam para uma abordagem da VE que amplia a concepção do processo saúde-doença, na perspectiva da construção de uma nova prática de saúde, descrevendo e explicando as relações entre processos mais gerais da sociedade com a saúde dos indivíduos e grupos sociais, constatando-se o enfoque na promoção da saúde e na prevenção de

enfermidades. Permitem ainda, compreender como o processo saúde-doença está sendo recortado enquanto objeto de trabalho dos profissionais de saúde, e qual a dimensão que está se dando à saúde com ênfase na assistência integral, individual e coletiva, promocional preventiva e curativa.

Queremos ver a causa, queremos resolver a questão que você tem lá e que leva você a realizar o trabalho de enfermagem na VE ou com vários casos na comunidade ou com o indivíduo, ou uma escola. (Ent.nº8 E.)

A gente passa a ver o paciente de outra forma, como ele mora, como ele vive. (Ent.nº2 E.)

O olhar vai além das doenças de notificação compulsória (DNC), avalia as condições de vida e moradia, chegando a uma articulação com outros profissionais (interdisciplinar) e com outros setores de prestação de serviços (intersectorial).

Entramos na história por causa do sarampo, e aí descobrimos uma coisa séria né!! Na visita domiciliar (VD) você vai com um objetivo, e pode mudar, por que não é a prioridade. Na casa tinha um monte de crianças e estava sem energia elétrica há 4 meses. (Ent.nº3.E.)

Esse depoimento amplia o olhar sobre o território-moradia⁽⁴⁾ que institui-se no espaço de vida de uma microunidade social (família nuclear ou extensiva), identificado na microárea como locus para o desencadeamento de ações de intervenção sobre algumas causas dos problemas e seus efeitos.

Quando começamos discutir a territorialização da VE, nós previmos que a meningite iria acontecer aqui, que a Tuberculose está aqui, porque a gente nas visitas conhece as condições da favela. Sabe onde tem violência; é só observar o risco que corre essa população. É preciso fazer esse trabalho de reconhecimento de fatores que determinam as coisas. (Ent. nº1 E.)

Uma visão que se contrapõe à teoria da multicausalidade, bastante evidenciada nos depoimentos referentes à prática na VE, é a teoria da determinação social do processo saúde-doença, porque procura relacionar a forma como a sociedade está organizada ao aparecimento de riscos ou de potencialidades que determinam os processos de adoecer ou morrer.

Temos vários mapas na VE para nossa área. Nesse mapa contém: a distribuição de equipamentos sociais, como escolas de 1º e 2º graus, EMEIS, creches e igrejas; áreas verdes; coleta de lixo; pavimentação urbana; bares, restaurantes, chacareiros, abastecimento de água, rede de esgoto e lixo. A gente passa a olhar a cidade de um outro jeito, onde tem os poços artesianos de água, onde sai esgoto, água pluvial; e o risco de juntar o esgoto com a água pluvial, Fizemos esse trabalho para fazer uma discussão sobre Vigilância em saúde, para observar o risco. Temos muitas informações mas parou nisso, não conseguimos avançar. (Ent.nº1 E.)

Os depoimentos mostram que algumas equipes da VE têm

tomado como ponto de partida a *territorialização** de sua área de abrangência, isto é, o reconhecimento e o esquadramento do território-área, segundo a lógica das relações entre condições de vida, saúde e acesso às ações e serviços de saúde. Isso tem implicado em um processo de coleta e sistematização de dados demográficos, sócio-econômicos, político-culturais, epidemiológicos e sanitários que vêm sendo sistematizados de modo a construir um mapa básico (delimitação dos distritos, bairros, ruas e adensamento demográfico da população) e os mapas temáticos que implicam em localização espacial dos serviços de saúde e outros equipamentos sociais, como creches, escolas, igrejas, etc., com a delimitação das vias de acesso da população aos serviços, o que já dá uma idéia dos fluxos de demanda às diversas unidades de saúde do distrito⁽⁴⁾. Outra caracterização que vem sendo feita é a dos grupos populacionais segundo as suas condições de vida, o que vem permitindo a justaposição do mapa temático dos serviços de saúde com o mapa básico das condições de vida.

Se os pais não estiverem sensibilizados para levar seus filhos para vacinar, não adianta ter vacina, nem diagnóstico rápido de sarampo, porque nós vamos continuar tendo crianças susceptíveis e casos de sarampo; o desencadeamento dessas ações vai depender de um conhecimento profundo da população a quem se destinam. (Ent.nº1 E.)

Aqui é possível identificar uma interface entre território e problema, entendendo por problema a baixa cobertura vacinal de sarampo, uma vez que, trabalhar por problemas exige, ainda, a sua microlocalização por reconhecer que a sua distribuição se dá assimetricamente no território, discriminando negativamente grupos sociais, de condições de vida semelhantes, que tendem a concentrar-se em determinados espaços de existência.

A vigilância à saúde, em suas propostas de ação, deve apreender a desigualdade social e portanto a distribuição desigual de agravos à saúde. Essa apreensão representa um deslocamento de sua base conceitual, do exclusivo controle e/ou erradicação dos agentes para a compreensão das relações sociais que definem a desigualdade⁽⁶⁾.

A Vigilância à Saúde, propõe a incorporação de novos sujeitos, extrapolando o conjunto de profissionais e trabalhadores de saúde ao envolver a população organizada, o que corresponde à ampliação do objeto, que abarca, além das determinações clínico-epidemiológicas no âmbito individual e coletivo, as determinações sociais que afetam os distintos grupos populacionais em função de suas condições de vida.

Tem que trabalhar junto com a comunidade. (...) onde esse paciente está inserido, a família, onde mora, (...) e aí sim, organizar um plano de atendimento para a pessoa/família e comunidade. (Ent. nº 8 E.)

Planejar e programar em um território específico exige um conhecimento detalhado das condições de vida e trabalho das pessoas que aí residem, bem como das formas de organização e de atuação dos diversos órgãos governamentais, para que se possa ter “visão estratégica”, isto é, clareza sobre o que é necessário e possível de ser feito⁽⁷⁾.

Para que a integralidade das ações seja alcançada é necessário uma atuação conjunta da equipe, do serviço ou do sistema, conforme afirma esse depoimento.

Nós só vamos mudar quando tivermos a consciência de que tem coisas que a enfermagem não vai resolver sozinha (...). É junto com os outros trabalhadores da saúde. Nós só vamos conseguir o ideal para o indivíduo quando todos trabalhadores da saúde conseguirem falar e agir do mesmo jeito, guardando as especificidades, mas tendo o mesmo objetivo com aquela assistência. (Ent.nº 2 E)

Ao contemplar os problemas de saúde em população, a proposta de trabalho em um território reforça o caráter coletivo das necessidades de saúde e conseqüentemente, sua determinação histórica e social. Os problemas de saúde não se reduzem as necessidades de serviços médicos, sendo que o projeto de redefinição das práticas de saúde no caso a VE, passa a requerer novas formas de apreensão desse objeto e outros modos de organização da assistência, já que teria a responsabilidade de operar modelos de atenção em nível de indivíduo, família grupos sociais e meio ambiente *a falta de pagamento da energia elétrica – a CPFL – é um problema de saúde; como uma grávida de 8 meses vai dar banho em 8 crianças? (...) tem que criar mecanismo que possibilite isso, pois estavam desempregados. Então, são coisas que parece que não tem nada a ver, e tem tudo a ver com a questão da saúde. A gente vai aprendendo com isso, pois nunca tinha acionado a CPFL, e teria que passar esse caso para a assistente social; para a Promotora. (Ent. nº 1 E)*

Os depoimentos mostram que é possível enriquecer a VE com elementos práticos e teóricos oriundos de áreas não estritamente médico-sanitárias. (...) *então você vai para a visita com um objetivo, às vezes, você chega lá e vê que esse não é o maior problema, e se você não aprender a olhar e ouvir, você também não será ouvido, você não consegue atingir o ponto que motivou sua visita, então a visita não se resolve num dia, você tem que voltar várias vezes. Fizemos um plano, e cada vez elegíamos o que era importante, tem que olhar para essas coisas, porque nem todo*

* Essa visão de territorialização e de construção de mapas básicos e de mapas temáticos se deve a experiência, ainda que localizada e restrita, de um grupo de técnicos da SMS-RP, constituídos por representantes dos gestores; da VE, e de uma UBS do Distrito de Saúde do Sumarézinho de Ribeirão Preto, com o apoio do Secretário da Saúde, juntamente com os docentes do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública (MISP) da EERP-USP, conduzida sob a orientação da Professora Cristina Melo, da Universidade Federal da Bahia, através da realização de um Seminário sobre Territorialização, onde foi desenvolvida esta visão teórico-prática, e a proposta encampada pelos membros que participaram do Seminário

mundo tem capacidade de resolver. Uns aderem, outros não aderem, né!! E por que isso? (Ent.nº 1 E.)

Esta fala encaminha para o referencial da Vigilância à Saúde, ao relacionar a saúde com os fatores sociais, como o emprego, água, lixo, limpeza, saneamento, condições de trabalho, a situação da mulher na sociedade atual. O olhar e a proposta de intervenção está permeado pelas articulações intersetoriais. Aponta também para o compromisso do agente com a situação de saúde de cada indivíduo e família. A microlocalização facilita o desenvolvimento da articulação intersetorial, pois estabelece o diálogo do setor saúde com os demais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A trajetória deste estudo que *abrange de vigiar a educar e prevenir à vigilância em saúde* encaminha para uma proposta de trabalho no território, aponta que a VE tem um movimento que é dinâmico e histórico, e se organiza para responder às necessidades de saúde, articuladas ao movimento das políticas de saúde.

Os depoimentos evidenciam que o fato da VE ter sido descentralizada para os Distritos, já se constitui um avanço. A descentralização das ações de VE para a UBS possibilita a 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.

Os depoimentos encaminham para uma proposta de intervenção que viabiliza 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. Ressaltam que é possível descentralizar algumas ações de VE com a co-responsabilidade do nível local, entretanto, apontam que a equipe de saúde do nível local (UBS) ainda carece de capacitação específica, uma vez que a maioria dos membros da equipe não possuem conhecimento e habilidade para realizar as ações, agrupar e analisar o dado epidemiológico produzido e a infra-estrutura de trabalho para executar as ações de VE em seu território.

Alguns depoimentos mostram que a VE poderá ter sucesso se, além do controle e acompanhamento individual, os trabalhadores da saúde desenvolverem ações coletivas, buscando criar uma cultura de prevenção e promoção da saúde na comunidade assistida, através da descentralização das ações de VE para o nível local, da discussão sobre o modo de organizar o trabalho em saúde. Propõe o conhecimento da doença na população que habita e vive no território,

envolvendo outros setores nesse processo de descentralização, para aumentar o grau de participação e satisfação das necessidades de saúde da população, e a Vigilância à Saúde enquanto modelo assistencial alternativo, cujo objeto é concebido na perspectiva das relações entre os modos de vida dos distintos grupos populacionais e as diversas expressões do processo saúde-doença. Tais práticas apontam a possibilidade de incorporação de outros sujeitos, gerentes de serviços, técnicos e representantes de grupos organizados da população.

Os depoimentos ampliam a face da prevenção voltada para o indivíduo, família e grupo populacional, envolvendo orientação de profissionais e treinamento em serviço, mostrando que o "assistir" na VE depende, diretamente, da capacitação e envolvimento da equipe que presta assistência. Este trabalho tem especificidade e há uma demanda pelos conhecimentos da epidemiologia por parte de toda a equipe.

No movimento apontado neste estudo de práticas *de vigiar, prevenir, controlar, passando por atividades generalistas e/ou especialistas, clínicas e/ou epidemiológicas que se complementam ou se integram (...)* estas ações de Vigilância não necessitam ser executadas por todos os profissionais no mesmo processo de produção, nem restrita a um mesmo espaço e tempo. A integração dessas ações curativas e preventivas se dará pela sua confluência articulada sobre a mesma clientela⁽⁷⁾.

A prática de VE pode ser realizada por profissionais de saúde com conhecimento em vigilância epidemiológica, enquanto área de competência (saber) e de prática (responsabilidade); mas que tenham a compreensão da saúde coletiva norteada pela Vigilância em Saúde, onde saúde é resultado de um processo de produção social que expressa a qualidade de vida de uma população, o seu viver cotidiano, um modo de "andar a vida", tanto no plano individual como no coletivo⁽⁷⁾.

A proposta mais conseqüente de trabalho no território, na perspectiva da construção da prática da Vigilância em Saúde, segundo alguns entrevistados, é a preocupação de assegurar o conteúdo técnico dessas ações e a participação de diferentes categorias profissionais em um mesmo projeto de trabalho, de forma a garantir a interdisciplinaridade através de uma integração conceitual e metodológica.

Portanto, a VE se apresenta como prática em potencialidade, sendo que, algumas entrevistas introduzem uma potência positiva confirmando a proposta de construção da Vigilância em Saúde. Essa potencialidade das ações de VE está relacionada à perspectiva de um trabalho no território.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Lei Nº 8.080. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da Saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União 1990 setembro 19: Seç. I, 18055-9.
2. Ministério da Saúde (BR). Centro Nacional de Epidemiologia. Informe Epidemiológico do SUS. Brasília (DF): Fundação Nacional de Saúde; 1992.
3. Mendes EV. Um novo paradigma sanitário. A produção social da saúde. In: Mendes EV. Uma agenda para a saúde. São Paulo: HUCITEC; 1996. p. 233-300.
4. Mendes EV, Teixeira CF, Araujo EC, Cardoso MR. Distritos sanitários: conceitos-chave. In: Mendes EV, organizador. Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: HUCITEC; 1994. p.159-86.
5. Minayo MCF. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 2.ed. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO; 1993.
6. Teixeira MGL, Paim JS, Villasbôas AL. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. Informe Epidemiológico do SUS 1998; 7(2):7-29.
7. Villa TCS. Da prevenção e controle a vigilância a saúde: A prática do enfermeiro na vigilância epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto (1989-1998). [tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem/USP; 1999.