

## Vigilância da saúde no espaço de práticas da atenção básica

Implementing health surveillance at the primary care level

Cátia Martins Oliveira<sup>1</sup>  
Ângela Oliveira Casanova<sup>1</sup>

**Abstract** *This paper discusses the possibilities of re-orienting work processes at the primary care level in the light of the concepts and pre-suppositions of the health surveillance system. In addition, it presents some key concepts that could help putting into operation a health surveillance system at the local level. One of these concepts is the idea of the territory as a privileged space of primary care, helping to define and identify health needs. The study further emphasizes the heuristic value of integrating knowledge and practices in the various fields of health care so as to ensure a broader vision of problems and comprehensive health care. Finally, it analyzes the contributions from epidemiological, environmental, and health surveillance for consolidating health surveillance into a system not only limited to these three areas of action. Integrated actions of epidemiological, sanitary, and environmental surveillance can favor risk management and allow for innovative and more effective answers to the demands emerging from the health area. In addition, the local teams can acquire practical experience in internal and inter-sectorial actions which, though their importance is recognized in theory, were rarely put into practice.*

**Key words** *Health surveillance, Comprehensive health care, Primary care*

**Resumo** *O artigo discute as possibilidades de reorientação do processo de trabalho na atenção básica à luz dos pressupostos da vigilância da saúde. Além disso, apresenta alguns conceitos-chave que podem ajudar a operacionalizar um sistema de vigilância em saúde no nível local. Entre eles, aborda a noção de território enquanto local privilegiado de atuação da atenção básica. Aponta ainda para o valor heurístico da integração de saberes e práticas das diversas áreas de conhecimento no campo da saúde, no sentido de garantir uma visão mais abrangente sobre os problemas e necessidades de saúde e a integralidade da atenção. Por fim, analisa as contribuições das vigilâncias epidemiológica, ambiental e sanitária na consolidação de um sistema de vigilância em saúde que, por sua vez, não se restringe à simples integração desses três campos de atuação. Ações integradas das vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental podem favorecer a atuação sobre os riscos, tornando possível respostas inovadoras e mais efetivas às necessidades que emergem no âmbito da saúde. Ademais, serve como experiência para a equipe local no desenvolvimento de ações intersectoriais, cuja importância, ainda que reconhecida no nível discursivo, tem se concretizado muito pouco no âmbito das práticas.*

**Palavras-chave** *Vigilância da saúde, Integralidade, Atenção básica*

<sup>1</sup>Laboratório de Educação Profissional de Vigilância da Saúde, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz. Av. Brasil 4365, Manguinhos. 21040-900 Rio de Janeiro RJ. catia@ensp.fiocruz.br

## Modelos de atenção

Nos últimos anos, tem sido produzida uma vasta bibliografia acerca da efetividade dos modelos assistenciais implementados, na concretização dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). A maioria dos estudos aponta a insuficiência dos modelos vigentes em responder a complexidade e diversidade dos problemas de saúde da população brasileira. Como decorrência, também têm sido amplamente discutidas propostas alternativas de reformulação ou superação desses modelos, capazes de suprir essas necessidades<sup>1-3</sup>. No presente artigo, optou-se pela definição de modelos de atenção - ou modelos assistenciais - adotada por Paim<sup>4</sup>: “são combinações tecnológicas estruturadas em função de problemas de saúde (danos e riscos) que compõem o perfil epidemiológico de uma dada população e que expressam necessidades sociais de saúde, historicamente definidas”.

Os principais modelos existentes no país apresentam arranjos institucionais e organizacionais, que lhes dão suporte. No modelo médico assistencial-privatista, a atenção à saúde é predominantemente individual e curativa, com um nítido predomínio do hospital sobre as demais alternativas de assistência. No modelo assistencial-sanitarista, destacam-se as unidades de saúde, a partir das quais se operacionalizam as campanhas, os programas e as ações de vigilância sanitária e epidemiológica. A convivência desses modelos, seja em caráter complementar ou de maneira contraditória, vem caracterizando um “sistema” de saúde, pautado por uma prática fragmentada, oferecida de maneira desigual e descontextualizada dos cidadãos, gerando respostas pontuais e limitações profundas para a garantia de uma atenção efetiva, equânime e integral à saúde<sup>2,4-7</sup>. Diante desse quadro representado pela baixa efetividade na prestação da atenção à saúde, tornou-se consenso entre os estudiosos desse campo que o sistema de saúde brasileiro necessita, sem negar os modelos anteriores, rever a lógica tradicional que ainda o rege e buscar condições para que, de forma permanente, se aproxime dos indivíduos, tornando-se mais humanizado e resolutivo.

Assim, diversos princípios, tais como promoção da saúde, processo de trabalho, qualidade na atenção, intersetorialidade e planejamento local, têm permeado as reflexões em torno da necessidade de reformulação dos modelos assistenciais vigentes. Estudos e investigações em torno dessa te-

mática vêm sendo desenvolvidos e implementados por meio de experiências inovadoras, fazendo com que o processo de construção do SUS venha se constituindo “em um imenso laboratório”<sup>8</sup>. Segundo esta autora, esse processo tem contribuído para que propostas até então restritas venham sendo difundidas e incorporadas a outras realidades, caracterizando o que a mesma define por um processo de “interfertilização” entre os sistemas de saúde locais e a reflexão acadêmica.

Entre as principais propostas de mudança na organização das práticas de saúde, na busca de um modelo de atenção integral à saúde dos indivíduos, encontra-se a vigilância da saúde, que propõe uma transformação do saber e das práticas sanitárias por meio da redefinição do objeto, da reorientação do processo de trabalho e da reorganização dos serviços de saúde<sup>9,10</sup>. Importa ressaltar brevemente que existe um debate gerando distintas vertentes sobre a vigilância da saúde, considerando-a como “análise de situações de saúde” ou ainda como “proposta de integração institucional entre a vigilância epidemiológica e a vigilância sanitária”<sup>11,12</sup>. No presente texto, reforça-se a vertente na qual a vigilância da saúde amplia a concepção de saúde ao ter como pressuposto uma visão mais integral do processo saúde-doença na medida em que envolve operações sobre os determinantes dos problemas de saúde, constituindo-se em “espaço da saúde” e não exclusivamente de atenção à doença<sup>13-15</sup>.

Do ponto de vista técnico-operacional, a vigilância da saúde viabiliza a reorientação do processo de trabalho ao reconhecer o território como conceito fundamental. Nesse espaço, busca-se estabelecer a definição de problemas e de prioridades, bem como o conjunto de meios para atender efetivamente as necessidades de saúde da comunidade, integrando e organizando as atividades de promoção, de prevenção, tal como as assistenciais-reabilitadoras, valendo-se de conceitos como interdisciplinaridade e intersetorialidade<sup>16,17</sup>. Nesse caminho, a vigilância da saúde necessita estar apoiada em três pilares fundamentais: território, problemas e práticas de saúde.

Neste artigo, pretendemos apontar as possibilidades de articulação dos princípios norteadores da vigilância da saúde com as práticas desenvolvidas na atenção básica, entendendo sua importância como um caminho fértil para consolidação dos ideários do Sistema Único de Saúde.

## **Reorientação do processo de trabalho na atenção básica sob o paradigma da vigilância da saúde**

### **Território como locus privilegiado de atuação: definindo problemas e identificando necessidades de saúde**

Tendo em vista a multiplicidade de aspectos e esferas que condicionam e determinam os estados de saúde de uma população, é fundamental que a atenção básica organize seu processo de trabalho tendo em vista a territorialidade, principal pilar da vigilância da saúde. Ao trabalhar com mapeamento do espaço de vida, induz-se a implementação de práticas de saúde orientadas a contribuir para uma atuação planejada e equânime sobre os problemas e as necessidades de saúde, caminhando em direção à superação das complexas desigualdades existentes relativas à cobertura, ao acesso e à qualidade na atenção à saúde<sup>18-20</sup>.

O território deve ser considerado enquanto um espaço geográfico, mas também social e político, que se encontra em permanente transformação, onde vivem grupos sociais definidos, em que se integram e interagem as condições de trabalho, de renda, de habitação, de educação, o meio ambiente, a cultura e as concepções acerca da saúde e da doença<sup>19-21</sup>. Parte-se assim do pressuposto que o processo de territorialização pode ser um meio operacional para o desenvolvimento de vínculo entre os serviços de saúde e a população, permitindo aproximação para o entendimento dos problemas e necessidades de saúde<sup>22</sup>.

A experiência desenvolvida em uma das unidades do serviço de saúde comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, em Porto Alegre<sup>23</sup>, é pertinente para exemplificar a atuação baseada em problemas na perspectiva da vigilância da saúde. Visitas periódicas eram realizadas ao território pela equipe de saúde, a fim de atualizar o conhecimento das condições de vida da comunidade local, o que lhe permitia também observar aspectos sociais, econômicos e culturais, de modo a favorecer o planejamento das ações. Decorrido algum tempo, a equipe ampliou sua compreensão acerca do território e das famílias, verificando que os problemas por ela identificados como prioritários – em especial, a saúde materno infantil – não tinham o mesmo valor para a comunidade, que reconhecia outros como os seus problemas – tais como a questão do lixo e a das drogas –, o que resultou em baixa resolubilidade das ações previamente planejadas pela equipe. Essa experiência demonstra com clareza os desafios e as possibilidades que uma

equipe de atenção básica tem ao optar por trabalhar sob o enfoque da vigilância da saúde. Desafio, porque um novo processo de trabalho precisa ser construído, atribuindo-se dimensão inédita às relações entre equipe de saúde e a comunidade, ao passo que o objeto de trabalho, que costuma ser a doença, necessita ser ampliado e os sujeitos, redefinidos. Para tanto, é preciso estabelecer uma relação dialógica, em que é essencial a escuta do outro, pois só assim se torna possível identificar as reais necessidades, aquelas sentidas no cotidiano da vida e que, em geral, não se coadunam com as observadas pelos profissionais em sua prática<sup>24,25</sup>.

Com o tempo, o envolvimento e o respeito às necessidades sentidas pela população possibilitaram a construção de laços, ampliaram o conceito de saúde e de doença para todos os envolvidos e fortaleceram o papel da equipe na comunidade, permitindo que os problemas considerados prioritários pela equipe também fossem finalmente trabalhados. Esse movimento implica também o respeito ao direito de escolha e decisão da população quanto as suas necessidades e prioridades de atenção, desafiando um papel participativo-propositivo e não só executivo das ações de saúde. Nesse contexto, a epidemiologia, ferramenta útil para perceber a rede de causalidades e determinantes do processo saúde-doença, é utilizada, mas sem deixar de observar a subjetividade e a individualidade dos usuários como valores na percepção dos problemas de saúde.

Tendo como base organizativa o princípio de territorialização e o entendimento dos problemas que estruturam uma situação de saúde, é possível desencadear processos de trabalho estruturantes sob a lógica da vigilância da saúde<sup>26</sup>. Essas iniciativas têm sua possibilidade de êxito na composição e organização do processo de trabalho local, por meio da criação de dispositivos que permitam arranjos no modo de operar as relações da equipe com os usuários<sup>27</sup>. Abrem-se assim possibilidades para se construir no território modos novos e singulares de realizar o trabalho em saúde em situações concretas que contribuam para a produção da saúde<sup>28-30</sup>.

### **Integração das práticas de saúde na atenção básica: um grande desafio**

Uma das críticas mais recorrentes ao arranjo das práticas de saúde predominantes na atenção básica diz respeito à centralidade do atendimento na enfermidade e não na pessoa, à falta de diálogo e, principalmente, a dificuldade de apreensão ampliada das necessidades de saúde colocadas pela população

atendida<sup>30,31</sup>. Além disso, são comuns as chamadas “oportunidades perdidas” de prevenção de agravos ou, mesmo, de promoção da saúde nas consultas, que costumam ser pontualmente realizadas. Essas limitações do modelo biomédico dominante apontam para a importância de superar a visão centrada na doença como único meio de enfrentamento dos problemas traduzidos pelas queixas que constituem a demanda dos serviços de atenção básica.

Em virtude do exposto, se faz a seguinte pergunta: como integrar práticas e construir objetivos comuns capazes de orientar o trabalho, sem que se perca a especificidade já acumulada de cada área? Sem dúvida, essa especificidade deve ser preservada, evitando-se uma indiferenciação que desconsidere a necessidade de dar respostas competentes aos problemas de saúde.

No modelo proposto pela vigilância, os profissionais não precisam necessariamente dominar todo o conhecimento sobre determinado problema ou agravo em saúde, mas devem, sim, ampliar e redefinir as ações, integrando saberes e práticas das diversas áreas, em caráter complementar, por meio de uma visão abrangente e uma ação integral<sup>5,30</sup>. As ações de saúde deverão ter como base as necessidades percebidas dos usuários em suas dimensões biopsicossociais e ser concebidas como práticas de saúde, ou seja, uma prática social articulada com a totalidade social<sup>32,33</sup>.

Entretanto, é preciso considerar que, nos serviços de atenção básica tradicional, a forma de arranjo das ações de saúde permanece pautada nos chamados “programas especiais”, instrumentos prescritivos e afinados com a centralidade dos aspectos biológicos que, ao priorizarem o enfoque de risco, geram a fragmentação das ações sem que consigam organizar e instrumentalizar práticas de vigilância da saúde nos serviços<sup>5</sup>. Não se pode desconsiderar que esses programas de saúde obtiveram progressos significativos, os quais se refletem na melhoria de determinados indicadores sanitários; porém, por serem dirigidos a grupos ou a problemas específicos, trabalham de forma isolada e invariante, cada qual para sua área de conhecimento, como a saúde da mulher, do idoso, programa de controle da tuberculose, dentre outros, ofertando cardápios fixos para sua coorte de pacientes como se os mesmos não mudassem nunca, ou seja, permanecessem sempre com as mesmas necessidades de atenção e assim com o mesmo cardápio de recursos. Torna-se imprescindível que se desenvolvesse uma abordagem diferenciada dessa forma de intervenção comumente utilizada na saúde pública, na qual se promova a inclusão do conjunto da população e não de grupos programáticos<sup>5,30,34</sup>.

Sob tal ótica, há que se adotar uma postura que identifica as necessidades de prevenção e as assistenciais, e que seleciona as intervenções a serem ofertadas no contexto de cada encontro, buscando superar os métodos prescritivos que burocratizam a prática sanitária<sup>6,35</sup>. Reestruturar a forma de organização na atenção à saúde envolve, portanto, a necessidade de superar a valorização da produção de procedimentos para uma abordagem reflexiva, contínua e resolutiva, que permita auxiliar na construção de estratégias mais direcionadas, as quais, muitas vezes, não são contempladas nos programas verticalmente estabelecidos. O objeto de atenção deve compreender o sujeito e seu contexto de vida, passando pela garantia de ações integrais que procurem prevenir e promover a saúde individual<sup>5,6</sup>, mas também trabalhar a demanda clínica dos indivíduos doentes através de um novo rearranjo que valorize o espaço de atendimento individual como um espaço de “elevação” de consciência sanitária<sup>29,36,37</sup>. Essa idéia se concretiza, por exemplo, na construção de projetos terapêuticos, permitindo a conexão de diferentes campos de conhecimento dos profissionais para ampliação e redefinição das ações na direção de uma atenção integral<sup>29</sup>.

Igualmente importante é a reunião de equipe que deve ser considerada como um recurso valioso, um espaço de gestão colegiada para a solução de conflitos e que favorece o compartilhamento do saber e a sensibilização dos profissionais para reorganizarem seu processo de trabalho sempre que necessário, com apoio dos gestores locais. Incentivar e motivar as equipes locais de atenção básica é um importante dispositivo para promover a participação dos trabalhadores de saúde nos processos decisórios da produção da saúde, quando se busca uma relação mais humanizada entre membros da equipe e usuários e a garantia de resultados mais efetivos<sup>28</sup>.

Além de um olhar interdisciplinar, as práticas em saúde devem ter como pressuposto sua extensão à intersectorialidade<sup>38</sup>, na medida em que os profissionais que atuam na atenção básica cotidianamente enfrentam situações colocadas pela comunidade local, cuja complexidade o escopo de ações programadas e previstas não tem sido capaz de responder. Entre essas situações, encontram-se a violência, doméstica e estrutural, as condições precárias de habitação e saneamento, o aumento relativo da gravidez entre adolescentes, o desemprego, a baixa renda e, principalmente, a falta de cidadania, que revelam ausência ou insuficiência de serviços dirigidos ao atendimento dos anseios da população. Em razão disso, as ações não podem ficar res-

tritas aos espaços do setor saúde (intra-setorial), pois é importante que se estendam a outros domínios e espaços de atuação, expandindo-se para outros órgãos e setores governamentais e não-governamentais. Muitas iniciativas no âmbito socioeconômico e educacional podem ser desenvolvidas pela equipe de saúde, envolvendo questões de moradia (habitacionais e ambientais), propostas de geração de trabalho e renda, aumento da escolaridade, a fim de consolidar uma conjugação de forças sociais e econômicas, que pode ser materializada na construção de políticas de desenvolvimento auto-sustentável, cujo objetivo seja melhorar as condições de vida e saúde.

Esse componente é o de maior complexidade e, sem dúvida, sua abordagem é de difícil implementação; porém, ao incorporar a ação inter-setorial, permite-se que os profissionais de vários setores contribuam com seus saberes, linguagens e práticas para a melhoria da intervenção na saúde<sup>20,38,39</sup>.

Algumas estratégias de ação inter-setorial e de mobilização social que visam à melhoria das condições de vida vêm ganhando destaque. No município do Rio de Janeiro, um exemplo que merece ser citado é o da integração da Comunidade de Manguinhos em um projeto de desenvolvimento local, integrado e sustentável, denominado DLIS Manguinhos. O DLIS é um processo essencialmente participativo e que se propõe a enfrentar as questões sociais em território determinado, mediante a construção de parcerias entre os diversos atores por meio do desenho de uma agenda integrada, considerando a responsabilidade social das empresas e a de instituições existentes na área do Complexo de Manguinhos, como a Fiocruz, os Correios, a Embratel e a Refinaria de Manguinhos. Nessa comunidade, as unidades de saúde são também vinculadas ao DLIS, exercendo um papel protagonista para o desenvolvimento de ações inter-setoriais. As equipes de saúde nesse espaço auxiliam na promoção da democratização da informação e colaboram para potencializar os recursos e talentos existentes na própria localidade, ampliando assim, as possibilidades de intervenção<sup>39,40</sup>. Essa é uma experiência que induz repensar práticas, valores e conhecimentos de todos os atores envolvidos no processo de produção social da saúde.

Cabe destacar aqui a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como importante processo estruturante da vigilância da saúde, por contemplar em sua configuração elementos que dão aporte à prática das equipes. A integração e a organização das atividades em determinado território e a incorporação de uma atenção continuada e integral possibilitam que os serviços de saúde sejam capazes de

responder aos problemas que ocorrem na população. O processo de trabalho favorece o planejamento de ações em saúde mais próximas às necessidades percebidas e vivenciadas pela população, nos diferentes territórios, subsidiando a sustentabilidade dos processos de intervenção. A ESF pode assumir, por conseguinte, postura ativa de intervenção em saúde, pois se assenta sobre a visão ampliada do processo saúde-doença, ultrapassando concepções marcadas pelo viés biologizante e curativo. Sob esse aspecto, ela possui os elementos conceituais capazes de superar o processo de medicalização e redirecionar a atenção à saúde da população numa dimensão ética e pautada em relações de cuidado, por meio do estabelecimento de vínculos com a família e a comunidade<sup>2,41</sup>.

Portanto, o que caracteriza a integração de práticas de saúde é a possibilidade de articular ações de promoção da saúde, de prevenção de agravos e de assistenciais por meio da apreensão ampliada das necessidades, existindo respeito ao contexto específico de cada encontro na escolha das intervenções cabíveis. Tudo isso orientado por um tipo de relação especial e – por que não dizer? – ainda “novo” no contexto das práticas: uma relação entre sujeitos, o que implica atitude de escuta, diálogo e corresponsabilidade entre equipe de saúde e usuários.

#### **Instrumentos das vigilâncias epidemiológica, ambiental e sanitária na busca da atenção integral à saúde da população**

A lógica da vigilância da saúde incorpora também, mas não somente, a integração das atividades de vigilância epidemiológica, ambiental e sanitária, para a prestação de uma atenção ampliada. Nesse sentido, deve-se procurar combinar os instrumentos dessas vigilâncias, a fim de favorecer a atuação sobre os riscos social, sanitário, ambiental e epidemiológico, tornando possível respostas inovadoras e mais efetivas às necessidades que emergem no âmbito da saúde, como já vem acontecendo em algumas experiências no país, ainda que pontuais.

Sob esse aspecto, a vigilância epidemiológica – tradicionalmente centrada no controle de doenças transmissíveis – necessita rever suas possibilidades de atuação, extrapolando-a para além da listagem de agravos/doenças de notificação compulsória<sup>42,43</sup>. As ações preconizadas nessa área acarretam, com frequência, profundas limitações, o que leva à perpetuação de um sistema direcionado a um grupo de doenças específicas, em um olhar estritamente técnico, que privilegia o evento já acontecido, contrariando a concepção da vigilância, que

é a de atuar antes da detecção do problema. A vigilância epidemiológica necessita ultrapassar o modelo tradicional, de centralização normativa e aplicação de práticas padronizadas, para avançar numa proposta que aborde e contemple a compreensão das vulnerabilidades e dos determinantes do processo de adoecimento. Há necessidade de instituir importantes transformações nos seus objetivos e modelos de organização institucional, gerando uma concepção de vigilância integrada<sup>12,42,44</sup>.

No que concerne à vigilância ambiental, é importante o resgate de uma abordagem sistêmica e interdisciplinar dos problemas de saúde e de seus riscos, consolidando um modelo operacional na rede de serviços que gere integração com as demais vigilâncias na construção de ambientes saudáveis. Atividades de cunho educativo em torno da questão ambiental precisam ser estimuladas, contribuindo para a organização dos moradores quanto aos seus problemas e fortalecendo uma gestão territorial participativa. Aspectos relacionados à qualidade da água consumida pela comunidade, ao destino dos resíduos, à poluição, aos contaminantes ambientais – principalmente, em áreas rurais de produção agrícola – e ao desmatamento, entre outros, são bons exemplos de situações a serem consideradas, em conjunto com a população local, na avaliação dos riscos à saúde, bem como na formulação de estratégias intersetoriais necessárias ao seu enfrentamento.

Quanto à vigilância sanitária, a demanda por ações específicas no controle de riscos associados ao consumo de bens, produtos e serviços tem crescido significativamente, o que exige uma atuação mais organizada e competente, desde o nível local. A complexidade de seu escopo de atuação faz com que seja necessária a articulação permanente de uma gama de conhecimentos provenientes de várias disciplinas e de profissionais de diferentes áreas, de modo a garantir a qualidade dos produtos, dos serviços e dos ambientes, aspectos fundamentais para a promoção da qualidade de vida das pessoas<sup>44</sup>.

Esses princípios devem nortear a forma de organizar as práticas, por meio de propostas de ação integrada, das vigilâncias epidemiológica, ambiental e sanitária, ao conjunto de intervenções necessárias. Mesmo tratando-se de áreas específicas, é preciso que se favoreça a criação de um cenário que não fragmente o campo prático das ações de saúde, mas promova a articulação das estratégias e das ações, propondo respostas à complexidade dos problemas que ocorrem em um dado território.

Um exemplo que merece ser descrito é a situação real de contaminação por uma indústria de pesticida em município do Rio Grande do Sul. Os

profissionais da unidade de saúde adscrita à área começaram a observar que as pessoas que moravam no entorno da indústria estavam ficando doentes por causa de um aterro clandestino de pesticida. A equipe desenvolveu um trabalho de vigilância da saúde analisando os fatores determinantes desse quadro, comprovando um vínculo causal entre a doença e a presença de organoclorado proveniente do aterro. Além do acompanhamento terapêutico individual, a equipe se articulou com a vigilância epidemiológica para notificação e monitoramento dos casos e, em conjunto com as vigilâncias ambiental e sanitária, buscaram novas informações relacionadas a produtos, meio ambiente e procedimentos que pudessem ter relação com o agravo. A integração dessas vigilâncias propiciou investir em um ambiente saudável livre de contaminação, com a perspectiva de evoluir nesse processo até se conseguir um dispositivo legal capaz de proibir o loteamento do terreno, evitando que as pessoas habitem no local.

Respeitando as especificidades de cada esfera de atuação – sobre as doenças, produtos e serviços ou o ambiente –, é importante que a equipe de saúde local reconheça-se também como agente de vigilância, a fim de distinguir no território os riscos aos quais a população encontra-se exposta e possa discutir com ela os encaminhamentos necessários para contorná-los, propondo, por exemplo, projetos transversais voltados para intervir de forma ampliada sobre os grupos mais vulneráveis. A integração das atividades das vigilâncias pode servir de experiência para a equipe de uma atuação intra e intersetorial, cuja importância, ainda que reconhecida no nível discursivo, tem se concretizado muito pouco no âmbito das práticas.

## Conclusão

Por fim, é importante ressaltar que não existe padrão preestabelecido ou métodos prescritivos de atuação da vigilância, pois as estratégias de organização desse conjunto heterogêneo de práticas não podem burocratizar a práxis sanitária, mas se delinear de acordo com a situação de saúde evidenciada, assumindo, portanto, diversas configurações. O importante é que as ações de saúde tenham como referência os interesses dos usuários em suas realidades, que não são fragmentadas, mas sim resultantes de um mesmo encadeamento de determinantes sociais, políticos, culturais, ambientais, entre outros<sup>44</sup>.

Seja qual for a configuração adotada, a equipe deve guiar-se pela superação das raízes estruturais das iniquidades em saúde, contribuindo para a

garantia do acesso a bens e serviços de qualidade. Espera-se que esse movimento no interior dos serviços de atenção básica alcance, de fato, ao longo do tempo, a reorientação dos sistemas de saúde na direção de afirmar-se como espaço de saúde e não exclusivamente de atenção à doença.

### Colaboradores

CM Oliveira e AO Casanova participaram igualmente das etapas de revisão de conceitos e redação do artigo.

### Referências

1. Paim JS, Teixeira CF. Política, Planejamento e Gestão em Saúde: balanço do estado da arte. *Rev. Saúde Pública* 2006; 40:73-78.
2. Mendes EV. *Os grandes dilemas do SUS*. v. 2. 1ª ed. Salvador: Casa da Qualidade Editora; 2001.
3. Schraiber LB, Mendes-Gonçalves RB. Necessidades de saúde e atenção primária. In: Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB, organizadores. *Saúde do adulto - Programas e Ações na Unidade Básica*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2000. p. 29-47.
4. Paim JS. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: Rouquayol MZ, organizador. *Epidemiologia & Saúde*. Rio de Janeiro: MEDSI; 2002. p.245-257.
5. Campos CEA. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Cien Saude Colet* 2003; 8(2):569-584.
6. Silva Junior AG. *Modelos technoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 1998.
7. Giacomini CH. Modelo assistencial: apontamento sobre algumas experiências em processos. *Espaço Saúde* 1994; 3(3):43-46.
8. Teixeira CF, Solla JP. *Modelo de atenção à saúde*. 1ª ed. Salvador: EDUFBA; 2006. 236 p.
9. Teixeira CF, organizador. *O futuro da prevenção*. Salvador: Casa da Qualidade; 2001.
10. Paim JS. *A epidemiologia na organização dos serviços de saúde: modelos assistenciais e vigilância em saúde*. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 1992.
11. Paim JS. Vigilância da Saúde: tendência de reorientação dos modelos assistenciais para a promoção da saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM. *Promoção da Saúde - conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 161-174.
12. Waldman EA. *Vigilância em Saúde Pública*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 1998.
13. Teixeira CF. Saúde da Família, Promoção e Vigilância da Saúde: construindo a integralidade da Atenção à Saúde no SUS. *Revista Brasileira de Saúde da Família* 2004; 5(7):10-23.
14. Teixeira MGLC. Vigilância da saúde. *Informe Epidemiológico do SUS* 1998; 7(2):29-34.
15. Mendes EV, organizador. *Distritos sanitários: a mudança das práticas sanitárias no SUS*. São Paulo: Hucitec; 1993.

16. Bertolozzi MR, Fracoli LA. Vigilância à saúde: alerta continuado em saúde coletiva. *O Mundo da Saúde* 2005; 28(1):14-20.
17. Teixeira CF, Paim JS, Vilasbôas AL. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. *Informe Epidemiológico do SUS* 1998; 7(2):7-28.
18. Freitas CM. A Vigilância da Saúde para a promoção da saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM. *Promoção da Saúde – conceitos, reflexões, tendências* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 141-159.
19. Monken M, Barcellos C. O território na Promoção e Vigilância em Saúde. In: Fonseca A, organizador. *O território e o processo saúde-doença*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2007. p. 177-224.
20. Barcellos C. Constituição de um sistema de indicadores socioambientais. In: Minayo MCS, Miranda AC, organizadoras. *Saúde e ambiente sustentável: estreitando nós*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002. p. 313-329.
21. Barcellos C, Santos SM. Colocando dados no mapa: a escolha da unidade espacial de agregação e integração de bases de dados em saúde e ambiente através do geoprocessamento. *Informe Epidemiológico do SUS* 1997; 6(1):21-29.
22. Castellanos PL. Epidemiologia, Saúde Pública, Situação de Saúde, Condições de Vida. Considerações conceituais. In Barata RB, organizador. *Condições de vida e situação de saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco; 1997. p. 31-75.
23. Raupp B, Dierks M, Pekelman R, Fajardo A. A Vigilância, O Planejamento e a Educação em Saúde no SSC: uma aproximação possível? In: Vasconcelos EM, organizador. *A Saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede educação popular e saúde*. São Paulo: Hucitec; 2001. p. 207-216.
24. Franco TB, Merhy EE. A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ; 2005. p.181-193.
25. Cecilio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante. *Cad Saude Publica* 2001; 13(3):469-478.
26. Silva Junior AG, Alves CA, Alves MGM. Entre tramas e redes: cuidado e integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ; 2005. p.77-89.
27. Vilasbôas ALQ. *Planejamento e Programação das ações de Vigilância em Saúde no Nível Local do Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz/EPJV/Proformar; 2004.
28. Merhy EE. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec; 2002.
29. Cunha GT. *A construção da clínica ampliada na Atenção Básica*. São Paulo: Hucitec; 2005.
30. Mattos RA, organizador. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ; 2001.
31. Mattos RA. Direito, necessidades de saúde e integralidade. In: Roseni P, Mattos R, organizador. *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação em espaços públicos*. v. 1. 1ª ed. Rio de Janeiro: Cepesc/UERJ/Abrasco; 2005. p. 33-46.
32. Silva Junior AG, Merhy EE, Carvalho LC. Refletindo sobre o ato de cuidar da saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ; 2003. p. 89-112.
33. Souza MFM, Kalishman AO, Matida LH, Komatsu NK. *Vigilância à saúde: textos*. São Paulo: CEFOR; 1992.
34. Ayres JR. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface — Comunic., Saúde, Educ.* 2003-2004; 6(14):73-92.
35. Carvalho SR. *Saúde Coletiva e Promoção da Saúde*. São Paulo: Hucitec; 2005.
36. Favoreto CAO. A velha e renovada clínica dirigida à produção de um cuidado integral em saúde In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ; 2004. p. 205-222.
37. Mendes EV. *Uma agenda para Saúde*. São Paulo: Hucitec; 1996.
38. Monken M, Barcellos C. Vigilância da Saúde e Território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. *Cad Saude Publica* 2005; 21(3):898-906.
39. Zancan L, Bodstein R, Marcondes WB. *Promoção da Saúde como caminho para o desenvolvimento local – a experiência de Manginhos – RJ*. Rio de Janeiro: Abrasco/Fiocruz; 2002.
40. Bodstein R, Zancan L, organizadores. *Projeto de monitoramento e avaliação do Programa DLIS Manginhos* [segundo relatório técnico]. Rio de Janeiro: FINEP/DCS/ENSP/Fiocruz. 2001. [Mimeo]
41. Teixeira CF. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. *Cad Saude Publica* 2002; 18(Supl.):153-162.
42. Drumond MJ. *Epidemiologia nos municípios – muito além das normas*. São Paulo: Hucitec; 2003.
43. Toscano CM. As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não-transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial. *Cien Saude Colet* 2004; 9(4):885-895.
44. Soares JCRS, Lima LCV. Reflexões sobre o SUS, seu modelo assistencial e a formação de recursos humanos de nível médio em vigilância sanitária. In: Escola Politécnica Joaquim Venâncio. *Formação de pessoal de nível médio para a saúde: desafios e perspectivas*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1996. p.130-156.

Artigo apresentado em 04/03/2007

Aprovado em 14/12/2008