

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO
LABORATÓRIO DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Raphael da Silva de Paiva

DESAFIOS E PERSPECTIVAS NO PROCESSO DE TRABALHO DO AGENTE DE
VIGILANCIA EM SAUDE.

Rio de Janeiro
2014

Raphael da Silva de Paiva

DESAFIOS E PERSPECTIVAS NO PROCESSO DE TRABALHO DO AGENTE DE
VIGILANCIA EM SAUDE.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola
Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio como requisito
parcial para aprovação no curso técnico de nível médio
com habilitação em Vigilância em Saúde.

Orientador: Ieda da Costa Barbosa

Co-orientador: Elisabete Azevedo da Silva

Rio de Janeiro
2014

Raphael da Silva de Paiva

DESAFIOS E PERSPECTIVAS NO PROCESSO DE TRABALHO DO AGENTE DE
VIGILANCIA EM SAUDE.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola
Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio como requisito
parcial para aprovação no curso técnico de nível médio
com habilitação em Vigilância em Saúde.

Aprovado em 03/02/2014

BANCA EXAMINADORA

(Profa. Ms. Ieda da Costa Barbosa - FIOCRUZ / EPSJV / LAVSA)

(Profa. Ms. Edilene Menezes Pereira - FIOCRUZ / EPSJV / LAVSA)

(Profa. Elisabete Azevedo da Silva - FIOCRUZ / EPSJV / LAVSA)

*Dedico este trabalho a meus pais,
Claudia e Ivan, fontes de minha existência;
à toda minha família, presentes em todos os
momentos; à todos que acreditam no poder
que tem a educação e saúde, mobilizadoras e
a única fonte do desenvolvimento.*

AGRADECIMENTOS

Agradecer é um gesto que demonstra simplicidade daquele que não hesitou em pedir qualquer ajuda, ou aquele que foi ajudado sem nem ao menos pedir. Agradecer faz parte da construção social do indivíduo, pois ao se mostrar grato, ele se torna um ser melhor e tende a repetir as ações que ele recebeu quando mais precisava.

Para o autor desse trabalho, a gratidão expressa o maior dos sentimentos que ele sente e sua vontade se faz presente nesse momento e eternamente após a finalização desse texto, desse trabalho, dessa etapa, dessa vida e daí em diante.

Acima de tudo, quero dar meu primeiro agradecimento a Deus, principio e fim de tudo. A fé que sinto em sua existência me faz sentir cada vez mais força de escrever e agradecer mais.

Por seguinte, gostaria de agradecer aos meus pais, principal fonte de minha existência. Sem eles eu seria menos que nada. Seu apoio a cada dia, seu ato de acordar tão cedo para trabalhar sem nem ao menos encontra-los pelas manhãs, seus abraços e beijos, suas expressões de orgulho e de decepção me fizeram crescer cada dia mais e agradecer em um parágrafo é mendigar demais, porém, como dizem que palavras não são nada comparadas a atos, beijos abraços e outras ações de carinho não irão faltar nunca.

Em especial, gostaria de agradecer aos profissionais da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, sejam da limpeza, da biblioteca, da secretaria, do apoio escolar, dos laboratórios, da infraestrutura, da comunicação, da direção, e outros que fizeram parte da minha vida esses três anos e exerceram papéis fundamentais para garantir o ensino de excelência que eu sei que recebi.

Dentre os profissionais destaco a professora Edilene Pereira, que esteve presente nos três anos de minha estadia e participou de 2 nos trabalhos de campo que foram decisivos para a escolha desse tema. Agradeço por compartilhar seu conhecimento comigo, por oferecer sua ajuda quando precisei e por estar sempre presente me aconselhando e me direcionando a portos seguros quando estava em total escuridão.

A professora Gladys Miyashiro, também presente nos momentos de edificação e consolidação do meu tema. Suas considerações foram muito importantes para a consolidação desse trabalho e sua multi habilidade em tratar de diversos assuntos me mostrou, de maneira viva, o que é intersectorialidade.

Ao professor Carlos Batistella que em uma conversa informal me revelou um conhecimento tão grande que me deixou com vontade de quero mais. Usei o que pude e o que

não deu guardei para mim, de modo que, em algum momento sei que usarei esses conhecimentos. Gostaria de ter conversado antes.

Aos demais profissionais do LAVSA, em especial Joana, Marta, Bianca e Mercia que diretamente ou indiretamente exerceram um papel muito importante para a confecção desse trabalho e para minha vida acadêmica. Vocês fizeram parte de um importante passo da minha vida.

Dizem que o melhor sempre fica para o final e cada dia que escrevo percebo isso, seja na confecção de um trabalho em que a conclusão são as respostas procuradas, ou seja em um doce que se come, e o último pedaço torna aquele gosto eterno. Certamente, nessa folha de agradecimento também não é diferente, pois sem essas duas pessoas a quem vou citar, não existiria esse trabalho.

À Ieda Barbosa quero expressar minha gratidão por exercer um dos papéis fundamentais nesse TCC. Seus conhecimentos sobre o SUS e a saúde em geral foram muito importantes, e fizeram voltar meu olhar para a saúde pública e entender que para mudar qualquer coisa deve-se conhecê-la, estudá-la e analisá-la. Transmitir seus ensinamentos, como futuro profissional da saúde, será uma grande honra, e defender o SUS, uma saúde justa e de qualidade será um fato na continuidade de minha vida acadêmica. Muito obrigado por seus momentos de dialogo, brincadeiras e de produção.

A Elisabete Azevedo, aquela que cumpriu com a sua palavra. O seu “não vou te deixar” me mostrou que o ser humano é sim um ser de palavra. Arrancaste todos os seus cabelos de preocupação, e mesmo assim se mostrou sempre atenciosa e pronta para me ouvir. Procurou sempre estar a par do trabalho, lendo as referências que mandava e mesmo algumas não sendo de sua área, se mostrava pronta a ler e me acompanhar. Não esquecerei do feriado perdido, das ligações preocupada, do mural do facebook e entre outras formas que você me mostrou que estava sempre ali presente, pois quando uma pessoa demonstra isso, é sinal de que uma grande amizade irá se estabelecer.

Por fim, gostaria de dizer o quanto este trabalho me fez evoluir, não só no âmbito acadêmico, mais também no âmbito social. Fiz amigos, conheci processos e o mais importante de tudo, fiz tudo isso fazendo o que amo: Estudando. Agradeço todos os dias a chance de ter estudado nessa instituição de ensino, pois sei que levarei um grande diferencial por toda a minha vida. Muito Obrigado.

RESUMO

Aborda, de forma geral, o processo de trabalho do agente que atua na área vigilância em saúde, tendo em vista o seu caráter de atividade em construção e de produção da saúde. Estuda o contexto histórico em que estes profissionais se encontram, de modo a perceber suas dificuldades que venham a se tornar possíveis problemas na adequação de suas atividades com o novo olhar empregado nas perspectivas da vigilância em saúde. Analisa a proposta de mudança nas práticas de atenção e promoção da saúde, bem como as de educação e comunicação implementadas pelo ideal da vigilância, de modo que seus trabalhadores possuam um conjunto ampliado de técnicas em diversas áreas, para suprir as demandas das atividades. Apresenta o processo de formação desses agentes, e o como a educação está interligada ao trabalho a partir das discussões sobre a Educação Profissional em Saúde e, também os modos alternativos de formação baseados na Educação Tecnológica e na Educação Politécnica. Finaliza falando da importância que possui a vigilância, sobretudo no pensar e no agir em saúde, de modo a ressaltar a necessidade de mais investimentos nessa área que cresce cada vez mais, e que se torna importante ferramenta de construção de uma saúde mais humanizada e universal.

Palavras-Chave: Vigilância em Saúde, Educação Profissional em Saúde, SUS, Agente de Controle de Endemias.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 DO CONTROLE DE ENDEMIAS AO PROCESSO DE TRABALHO DA VIGILANCIA EM SAÚDE	10
2.1 CONTROLE DE ENDEMIAS COMO TÉCNICA DE PRODUÇÃO DA SAÚDE	10
2.2 DIFERENTES NOMENCLATURAS E PROCESSOS DE TRABALHO DOS AGENTES QUE ATUAM NA VIGILÂNCIA EM SAÚDE.....	15
2.3 PROCESSO DE TRABALHO DO ACE – AGENTE DE CONTROLE DE ENDEMIAS – NO CONTROLE DE DOENÇAS/ AGRAVOS	17
2.4 PERSPECTIVAS DE MUDANÇA	20
2.4.1 Conceito Ampliado de Saúde	20
2.4.2 Modelos de Atenção à Saúde	21
2.4.3 Reforma Sanitária e SUS	25
3 O PROCESSO DE TRABALHO NA PERSPECTIVA DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE	30
3.1 VIGILÂNCIA EM SAÚDE COMO PROPOSTA DE NOVO MODELO DE ATENÇÃO .	30
3.2 O PROCESSO DE TRABALHO A PARTIR DO PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL	36
3.2.1 Vulnerabilidade	38
3.2.2 Territorialização em Saúde.....	40
3.3 A EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE	43
4 CONCLUSÃO	46
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	48

1 INTRODUÇÃO

A saúde no Brasil e em todo o mundo tem ganhado espaço importante em muitos âmbitos de discussão, sejam eles econômico, político, social e cultural. O cuidado a saúde por longos anos era feito baseado por uma visão antiquada da relação saúde-doença que não se relacionava com qualquer outra ação ou condição presentes no espaço.

A partir do pós segunda guerra mundial, com a criação da OMS, surgem campos de debate, cuja função era discutir sobre novas propostas de cuidado integral à saúde e que gerasse resultados satisfatórios, já que o modo com que se tratava a saúde na época geravam-se gastos e perdia-se muitas vidas. A assistência à saúde era vista por muitos como insatisfatória e necessitava com urgência modificações desde a sua base.

Os espaços de dialogo surgiam cada vez mais e cada um tinha sua importância para a mudança da visão de saúde. As discussões sobre atenção primária e conceito ampliado de saúde serviram de base para as propostas levantadas na VIII Conferencia Nacional de Saúde e na Reforma Sanitária, que definiram novas propostas de cuidado em saúde.

A Vigilância em Saúde surge acompanhada com o SUS como uma proposta de redefinição de saberes e prática no âmbito da atenção primaria à saúde. Baseada no conceito ampliado de saúde, suas atividades se tornam como um todo abrangentes, e mais eficazes ao interferir no processo saúde-enfermidade da população.

Seu processo de trabalho que exige dos seus trabalhadores diversas técnicas que auxiliem na comunicação com diferentes grupos populacionais, domínio de instrumentos e sistemas de informação baseados em novas tecnologias, uma visão ampliada sobre o território, entre outros que vão auxiliar na produção de um diagnóstico das condições de vida e saúde a fim de intervir em problemas que geram qualquer tipo de agravo.

Para isto, é necessária a qualificação dos trabalhadores para que tenham um olhar crítico sobre o território obtendo os dados fundamentais para se elaborar um plano de intervenção de acordo com a realidade local.

Entretanto, a proposta da vigilância em saúde ainda está longe de um ideal. A atuação sem nenhum tipo de integração entre as vigilâncias (ambiental, epidemiológica, sanitária e saúde do trabalhador) comprometem ao resultado final do trabalho. A divisão hierárquica do trabalho, e a falta de qualificação de alguns agentes, se tornam grandes problemas a serem enfrentados.

É desafiador analisar uma proposta tão ampliada como a da vigilância em saúde. A prevenção e promoção da saúde tornam-se armas muito eficazes nos objetivos da vigilância e indicam um caminho longo, mas cheio conhecimentos a serem adquiridos.

Tendo como objetivo central conhecer os desafios e as perspectivas do processo de trabalho do Agente de Vigilância em Saúde, esse trabalho possui como metodologia a revisão bibliográfica de autores que tenham investigado o processo de trabalho da vigilância em saúde focando nas problemáticas que vivem os agentes no cotidiano de trabalho. Pretende-se conhecer o perfil dos profissionais que atuam na área, conhecer as etapas do trabalho na vigilância em saúde e a relação que a área possui com o conceito ampliado de saúde.

2 DO CONTROLE DE ENDEMIAS AO PROCESSO DE TRABALHO DA VIGILANCIA EM SAÚDE

2.1 CONTROLE DE ENDEMIAS COMO TÉCNICA DE PRODUÇÃO DA SAÚDE

Para se falar propriamente do “Controle de Endemias” e, sobretudo sua importância na Saúde Pública Brasileira, torna-se necessária uma análise do significado dos termos componentes da própria nomenclatura possuidora de acepções utilizadas por anos dentro deste campo.

No dicionário Aurélio da Língua Portuguesa a palavra controle, do francês *contrôle*, tem sua utilização principalmente na área administrativa por possuir o significado de: “*Fiscalização exercida sobre as atividades de pessoas, órgãos, etc; para que não se desviem das normas preestabelecidas*”. Na saúde, a palavra controle tem uma relação muito forte com a vigilância, de um modo que, para se controlar algo (no caso algum agravo), deve-se vigiar todos os seus comportamentos para saber onde atuar diretamente a fim de se intervir de maneira eficiente sobre o problema.

A palavra Endemias aproxima-se da área da saúde e tem sua atribuição a partir pensadores e seguidores de Hipócrates, considerado o “Pai da medicina”. Seus pensamentos eram baseados na relação entre o ser humano e o ambiente em ele habitava, e que o desequilíbrio dessa relação gerava problemas de saúde, ou seja, as doenças. Seu significado aparece na obra do Corpo Hipocrático *Ares, Águas e Lugares* em que se observa o comportamento que algumas doenças tinham de permanecer por longos períodos em uma comunidade de forma contínua. Comportamento este que deu a característica Endêmica a estas doenças (GONDIM, et al. 2004).

Sendo assim, o Controle de Endemias seria algo referente a morbidades que circulam por um determinado território que não possuem maneiras de erradicação, seja por falta de tecnologias ou por se tratar de um agente difícil de eliminar. Essas endemias necessitam de uma fiscalização, para que não venham a se tornar de grande escala, se transformando em epidemias num determinado território que ela ocupa.

Junto à descoberta das Endemias, também em obras do Corpo Hipocrático, percebe-se que em alguns casos, havia doenças que acometiam uma grande parte da população e um curto espaço de tempo dando a estas, características de Epidêmicas (GONDIM et al. 2004).

Analisando mais detalhadamente, percebe-se uma relação entre as Endemias e as Epidemias, de modo que uma Endemia, se não cuidada com rigor pode se transformar em

uma Epidemia devido a um número de casos maior que o ciclo endêmico da região. As doenças que passam de Endemia para Epidemia são chamadas de doenças endemo-epidemicas.

O modo como cada sociedade administra o cuidado a ser feito após o aparecimento das doenças, mesmo se analisarmos os contextos relativos à época em que esta sociedade está inserida, define não somente o seu sucesso, mas também o como ela lida com a saúde e a sua conjuntura social. Exemplos como a visão Mágico-Religiosa das primeiras sociedades Cristãs, e do Isolamento de doentes na Idade Média, referem-se a métodos que as diversas sociedades têm de impedir à disseminação de agravos a saúde da população (MONKEN& BATISTELLA, 2009).

As epidemias das grandes doenças têm acometido as populações dos centros urbanos desde o início das grandes sociedades. Sobretudo na conjuntura capitalista do início do século XIX – onde as epidemias se tornaram mais frequentes, devido a inclusão forçada de camponeses nas grandes metrópoles, para o desenvolvimento da sociedade urbano industrial, e, conseqüentemente, a falta de condições higiênico-sanitárias dos aglomerados urbanos causou problemas no que diz respeito a proliferação de doenças.

As epidemias representavam um grande problema econômico para a ascensão dos países urbano-industriais, pois mostravam os buracos nas barreiras sanitárias e, sobretudo no âmbito da mão de obra, que era perdida com grande frequência devido a doenças infecciosas que, naquela época não possuíam cura e eram caracterizadas por sua “destruição em massa”. A classe trabalhadora era a mais fragilizada pelos processos epidêmicos devido as suas condições insalubres de moradia e trabalho (SABROSA, 2006).

Como resposta a esses problemas, inicia-se um processo de definição de normas sanitárias, fiscalização das atividades de produção, do bom estado sanitário dos portos e fronteiras. Com uma perspectiva para a redução da mortalidade da grande massa trabalhadora foi criado o departamento de Vigilância Epidemiológica, que tinha como função o monitoramento do perfil das doenças (desde seus agentes causais ao modo de transmissão) e, a partir daí, as atividades de controle para evitar a propagação das doenças (SABROSA, 2006; PAIM, 2008).

Sobretudo a partir do descobrimento da microbiologia, dos agentes infecciosos, do conceito de reservatório e da transmissão, pode-se trabalhar com novos meios de intervenção das doenças que não alterassem toda a estrutura das cidades – muito influenciada pela teoria

dos miasmas¹ - debilitadas pelas longas e grandes epidemias que ocorriam na sociedade (GONDIM et al. 2004; SABROSA, 2006).

Com o advento dessas grandes descobertas no fim do século XIX e início do século XX, o controle das epidemias era dado a partir da tentativa de erradicação/controlado dos agentes etiológicos transmissores dos grandes males da época (MONKEN; BATISTELLA, 2009).

Sobretudo com a criação das diversas vacinas no século XX, e com o aparecimento do, até então adotado, Modelo Sanitário Campanhista, houve um impulso cada vez maior, não só por parte do Brasil mas também por diversos países da erradicação das grandes doenças que causavam a morte de milhares de pessoas a cada epidemia. Entretanto, esses avanços se tornaram um retrocesso, pois a importância do ambiente foi esquecida no meio de diversas vacinas e soros que os epidemiologistas da época acreditavam ser a única forma da erradicação total das doenças. Forma esta conhecida como a Teoria da *Unicausalidade* (GONDIM, et al. 2004)

“[...]o sanitário campanhista pretendeu resolver os problemas de saúde – ou melhor, das doenças – mediante a interposição de barreiras que quebrassem a relação agente/hospedeiro, para a qual estrutura de ações, de inspiração militarista, de combate a doenças de massa [...]” (MENDES, apud GONDIM, 2011, p.97).

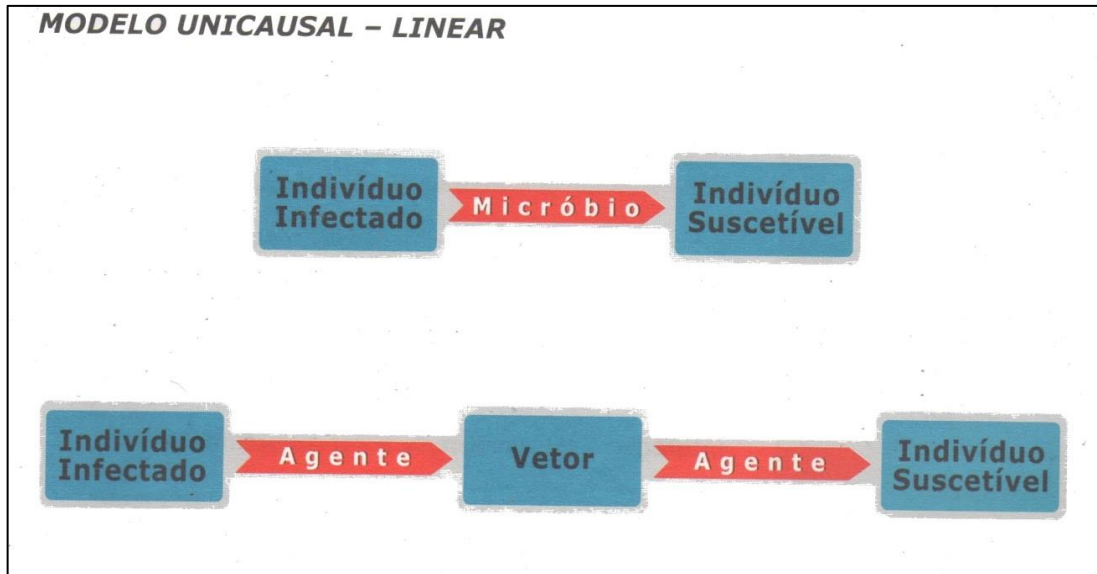
Esta visão Unicausal das doenças foi a ponte inicial da produção de políticas públicas referentes a erradicação dos agravos, de modo que uma atitude unicausal por parte das doenças exige uma ação unicausal para alcançar a cura.

Para Sabrosa (2006) o modelo Unicausal era linear, conforme pode-se observar na Figura 1 o esquema por ele elaborado para caracterizar esta Teoria. O referido autor também afirma que

“As enfermidades eram consideradas ao mesmo tempo determinantes e resultantes da condição de subdesenvolvimento, e acreditava-se que as ações de controle, quando implementadas com técnica, programação e cobertura adequadas, seriam uma estratégia eficaz e eficiente de intervenção no ciclo vicioso da doença e da pobreza” (SABROSA, 2006, pag. 3)

Figura 01 – Modelo Unicausal (Linear)

¹ A teoria dos miasmas era caracterizada pela presença de algum elemento nocivo no ambiente – o miasma – que transmitia as doenças através da sujeira, do ar poluído e de outros fenômenos da natureza. Essa teoria permaneceu presente nos pensamentos relacionados as endemias até o descobrimento da bacteriologia que pode enfim justificar a transmissão das doenças. (GONDIM et al. 2004)



Fonte: BARCELLOS; SANTOS; SOARES. 2004.

Doenças como o Cólera, a Gripe, a Peste, a Malária e a Varíola eram as mais visadas devido às epidemias que matavam constantemente, e impediam as trocas comerciais entre países. Os bloqueios além de serem feitos através das vacinas com as diversas campanhas, também eram feitos através do controle dos seus vetores.

A Febre Amarela, por exemplo, que tinha como vetor o mosquito *Aedes Aegypti* teve seu número de casos diminuído devido a incessante atuação no início do século XX de controle do seu vetor. Controle este que fez com que os casos desaparecessem dos centros urbanos do Rio de Janeiro e de São Paulo (SILVA, 2003).

Cada vez mais novos programas de erradicação de doenças foram aparecendo, dentre eles o Programa Nacional de Erradicação da Varíola a partir da década de 30, que foi a primeira experiência de controle de um agravo em todo o território nacional, com técnicas que iam além da vacinação. Esta, sozinha, não produzia o efeito esperado. Esse programa foi baseado na orientação de ações das diversas unidades de vigilância distribuídas em todo o país, onde suas práticas tinham que ter qualidade, oportunidade e cobertura adequadas (SABROSA, 2006).

O sucesso da erradicação da Varíola, e do controle de muitas doenças, deve-se a este programa, o qual produzia intensas barreiras que tinham por finalidade estar sempre atuando no controle da vacinação da população e impediam a propagação de doenças. Com o tempo, os programas de erradicação foram ficando obsoletos, ou foram perdendo o foco, devido às novas necessidades de atenção.

Com as barreiras funcionando, o descobrimento de mais vacinas e medicamentos para doenças antes incuráveis, o perfil de doenças da população brasileira mudou para aquelas doenças relacionadas a idades mais elevadas (cardiovasculares, respiratórias e relacionadas a hábitos alimentares como hipertensão e diabetes), já que a expectativa de vida aumentou significativamente se comparadas às estatísticas da população do início do século.

A efervescência do processo de Industrialização do país mudou o perfil da população, que saiu das zonas rurais, cuja atividade profissional eram as práticas agrícolas de subsistência, para se tornar a mão-de-obra das novas fábricas que estavam surgindo nos centros urbanos. A partir da década de 1930, a migração de mão-de-obra do campo para a cidade acirrou o processo de criação dos subúrbios e aglomerados populacionais no entorno dos centros industriais. Uma grande quantidade de pessoas aglomeradas em locais insalubres proporcionou o aparecimento de doenças que necessitavam de outro tipo de tratamento médico. E, juntamente, o aparecimento dos agravos relacionados ao trabalho exigiu do Estado uma atividade mais curativa, com a atuação voltada para dentro dos hospitais. Nesse momento surge o Modelo Médico Assistencialista Privatista, que se tornou em pouco tempo hegemônico em todo o país, e causou a diminuição gradativa das ações campanhistas no setor saúde (GONDIM, 2011).

O crescimento das favelas, juntamente com a falta de políticas públicas voltadas para a imunização, aumentou o índice de doenças infecciosas como a escabiose, o sarampo, a hanseníase e a tuberculose; relacionadas diretamente com as condições insalubres dessas localidades. Por serem doenças que tinham alta incidência na população menos abastada, essas doenças assumiram a característica de negligenciadas²

Essa mudança de foco para a assistência hospitalar gerou a volta de diversos problemas endêmicos já eliminados em pequenos espaços do país. O *Aedes Aegypti*, a exemplo, voltou a proliferar-se e causar agravos à saúde nas capitais em que ele já tinha sido eliminado no início das ações de controle de vetores (SILVA, 2003).

Todavia, a ação assistencialista mais voltada para cura acirrou um processo de crise no sistema previdenciário responsável pela assistência hospitalar, favorecendo ao crescimento de um mercado da saúde: com a venda de planos e a gama de hospitais, clínicas e laboratórios particulares, vinculados a empresas internacionais. Estes eram apoiados, sobretudo, pelo

² Doenças negligenciadas são doenças que estão relacionadas com as condições ambientais insalubres. Essas doenças estão presentes sobretudo nas grandes massas que estão a margem da sociedade e por serem doenças que possuem sua incidência na maioria da população menos abastada, não são de interesse das grandes classes como a AIDS e o Câncer que ocorrem em toda a população.

governo ditatorial de 1964, que buscava uma consolidação da economia capitalista em território nacional (GONDIM, 2011).

A importância do controle das endemias só é dada novamente, sobretudo nas discussões sobre a proposta da Atenção Primária à Saúde (APS) com ponto inicial na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários a Saúde em Alma-Ata. Novamente se põe em questão a prevenção das endemias e a imunização, juntamente com outros fatores que vão caracterizar o bem estar pleno da população (PAIM, 2008; GONDIM, 2011).

Essas propostas e discussões geraram diversos pontos levantados na Reforma Sanitária Brasileira, auxiliando na consolidação do Sistema Único de Saúde que, com o conceito ampliado de saúde e seus princípios e diretrizes possibilitava o acesso, o controle, o tratamento e, sobretudo, a saúde de toda a população.

Com isso, a proposta da Vigilância em Saúde, já regulamentada juntamente com o SUS torna-se atividade estratégica para a consolidação de suas diretrizes e passa a englobar as ações do controle das endemias, juntamente com ações de educação em saúde, planejamento estratégico e com o uso de ferramentas mais aprimoradas que complementam a prevenção e a promoção da saúde de uma maneira ampla, abrangente e plurilateral.

2.2 DIFERENTES NOMENCLATURAS E PROCESSOS DE TRABALHO DOS AGENTES QUE ATUAM NA VIGILÂNCIA EM SAÚDE

A vigilância em saúde, entendida como área de produção de saberes e práticas possui uma dificuldade no processo de atuação que envolve diretamente os profissionais que atuam nessa área. Além da falta de formação dos agentes que atuam na área da vigilância, as diversas nomenclaturas e processos de trabalho tornam a ação da vigilância mais complexa e dificultam as ações intersetoriais na área de prevenção e promoção da saúde, a qual possui um enfoque (TEIXERA, 2004; SABROSA, 2006; MONKEN & BATISTELLA, 2009).

A divisão técnica do trabalho em saúde, não afeta apenas a atividade da vigilância em saúde, mas também as práticas de assistência à saúde como um todo. Generalizando, essa prática, que interfere diretamente na organização coletiva do trabalho dos profissionais de saúde na assistência a população, possui como características a fragmentação do processo, a separação do trabalho prático do intelectual, as diferenças de cargos e salários, entre outros problemas (PIRES, 2009).

Agente de vigilância em saúde, agente de controle de endemias, técnico de vigilância em saúde, guardas sanitários, agente comunitário de saúde, agente de vigilância sanitária,

fiscal sanitário, entre outros, são as diversas categorias presentes na área da vigilância em saúde que exercem atividades fragmentadas para exercer o cuidado a saúde.

Deve-se lembrar que muitas vezes, as diversas nomenclaturas podem possuir uma relação direta com a localidade em que eles exercem a função, ou seja, a cultura, o local de trabalho ou a função que ele exerce define o nome com que a população reconhecerá esse agente de saúde (ex: agente de combate as endemias especializado no combate da dengue são chamados mata mosquitos até os dias de hoje). Entretanto, ela pode ter relação direta com a divisão técnica do trabalho, de modo que, possam separar os trabalhadores por classes e dividir o trabalho em diversos processos exercidos por diferentes profissionais.

O trabalho em saúde possui uma alta influência de outros mecanismos e instâncias do Estado, dentre as quais a economia. Sobretudo no início do século XX, a característica da divisão técnica do trabalho sofre influência pelas ideias tayloristas, que caracterizaram a perda do conhecimento necessário para o trabalho, ou seja, a perda do domínio intelectual de todos os processos e das técnicas por parte dos trabalhadores, deixando-os como meras partes de um processo (PIRES, 2009).

Depois que os estados nacionais assumiram as funções de planejamento econômico e social, através de políticas públicas implementadas a partir de corporações burocráticas complexas, próprias do período denominado fordista ou de capitalismo monopolista de estado, o controle de doenças passou a ser realizado através de programas institucionais permanentes caracterizados pela rígida divisão técnica do trabalho [...] (SABROSA, p. 03, 2006).

A perda do domínio intelectual dos agentes gera um novo problema para a área. A divisão de trabalho prático do intelectual diferencia o processo de formação dos trabalhadores, onde muitas vezes os que assumem a responsabilidade do trabalho manual possuem uma escolaridade baixa e aqueles responsáveis pelo trabalho intelectual, o nível superior. Entre eles, existe uma relação de hierarquia onde o que pensa (profissional de nível superior) manda e o que faz (agente de nível fundamental/ médio) obedece sem poder exercer qualquer tipo de interferência na execução do trabalho já pensado (PIRES, 2009; GONDIM, 2011; MOREIRA, 2012).

A formação define o quanto cada profissional ganha, logo a diferença de salários boa parte das vezes tem uma diferença significativa, e gera problemas na relação entre os trabalhadores. Além de desvalorizá-los pela falta de um estudo que algumas vezes podem não fazer tanta diferença, ou ambos podem executar as mesmas atividades (PIRES, 2009).

Essa influência taylorista se introduz através da organização científica do trabalho (OCT) e caracteriza um trabalho altamente repetitivo, sem espaço de diálogo e exposição de ideias de atuação, um seguimento de normas estipuladas sem autonomia (SABROSA, 2006; PIRES, 2009).

Mesmo depois de mais de 20 anos da implantação do SUS, muitas das atividades de saúde ainda possuem uma característica oriunda das antigas práticas. A divisão técnica do trabalho causou, e ainda causa problemas para a assistência à saúde.

Em contrapartida, com o advento da consciência de um processo de trabalho mais amplo, sobretudo na vigilância em saúde, gerou uma visão também ampla no processo de formação dos profissionais. Uma formação mais integrada, onde os agentes possuem técnicas amplas, e consigam fazer todas as demais atividades tendo o controle de todo o processo e intervindo em qualquer problema que nele ocorra.

2.3 PROCESSO DE TRABALHO DO ACE – AGENTE DE CONTROLE DE ENDEMIAS – NO CONTROLE DE DOENÇAS/ AGRAVOS

O processo de trabalho dos agentes de controle de endemias segue uma perspectiva do antigo modelo de atenção conhecido como sanitarismo campanhista, que tinha a visão da oferta prevenção a partir da erradicação de doenças e, para GONDIM (2011), de atividades voltadas para a assistência através de diagnósticos, tratamentos e reabilitação dirigidas ao coletivo em geral.

Em seu trabalho, MOREIRA (2012) analisa a grande diferença entre o regime jurídico desses profissionais da saúde caracterizado por possuir grande diversidade, onde uma parte possui vínculo estatutário, com direito a estabilidade laboral e outra parte possui vínculo celetista sem essa estabilidade. Vínculos diferenciados entre profissionais além de não garantir direitos iguais entre os mesmos, comprometem a relação entre profissionais (diferenças salariais que não seguem as qualificações), o direito por reclamar suas reivindicações e, sobretudo, o comprometimento das ações de saúde realizadas por esses profissionais.

Essa diferenciação de profissionais facilitou, em junho de 1999, pelo então ministro da saúde José Serra, a demissão em massa dos trabalhadores vinculados ao serviço público pelo regime celetista com a justificativa de corte dos gastos públicos. Esse processo foi histórico, apesar de não muito comentado na atualidade, pois havia profissionais demitidos com mais de 23 anos de serviço público, porém não eram servidores devido à adesão dos dois regimes após

a promulgação da Constituição Federal de 1988 (antes sem o vínculo estatutário) (MOREIRA, 2012).

Após lutas, manifestações e diversos conflitos que levaram 4 anos, os ACE conseguiram voltar para o serviço público e exercer suas atividades. Os mata-mosquitos, como eram chamados, foram e são grande exemplo de luta de classe no Brasil e antes de se falar do seu processo de trabalho torna-se importante, antes de qualquer coisa entender todo o processo de luta e o que esses profissionais passaram, o que eles oferecem e as demandas que eles possuem

Suas principais características eram as suas atividades focadas somente na doença, sua formação que visava assistência à somente um agravo e seu trabalho completamente técnico e hierarquizado sem qualquer envolvimento do trabalhador ou produção de conhecimento no campo de trabalho, ou seja, o trabalhador só fazia o que era mandado para o cumprimento de uma meta estabelecida por superiores, sem qualquer interferência por ele ou por qualquer outra pessoa do território.

O modelo era realizado de forma alienada, altamente normatizada e o profissional não participava ou se apercebia do conjunto de relações sociais envolvidas no trabalho cotidiano (MOREIRA, p. 22, 2012).

Sua formação ainda é baseada formação do profissional de saúde pública do início do século XX, que era focada nas áreas de microbiologia, higiene e imunologia, fundamentais para exercer o seu trabalho, porém incompletos nos dias atuais, com uma visão ampla das condições de saúde (SABROSA, 2006; MOREIRA, 2012).

O processo de trabalho desses agentes, sobretudo o monitoramento e a detecção de epidemias tiveram uma interferência da conjuntura econômica do capitalismo, onde as técnicas de produção são caracterizadas pela divisão do trabalho mecânico e do trabalho intelectual. Esse processo de divisão do trabalho favorece a perda da identidade do trabalhador como fonte de produção intelectual, retirando do mesmo o conhecimento que lhe pertence e o torna um fantoche das decisões daqueles que detém o trabalho intelectual (SABROSA, 2006; MOREIRA, 2012; GONDIM, 2011).

O modelo taylorista – fordista baseado na divisão do trabalho e na fragmentação do saber influenciou decisivamente a forma de organização do trabalho em saúde. É majoritariamente um trabalho coletivo, instrumental, com divisão parcelar ou

pormenorizada de tarefas, hierarquizado e com forte subordinação (GONDIM, p. 204, 2011).

O agente de controle de endemias possui a área de trabalho focada no ambiente, onde sua principal função – se não a única - é de atuar como barreira direta da relação entre o agente transmissor e o hospedeiro das doenças infecciosas que afetam um local. Dengue, Malária, Febre Amarela e a Peste são alguns dos agravos mais focados pelo controle de endemias devido seu alto índice de proliferação.

Sua atuação está voltada a um conjunto de normas em que são dados números a se alcançar e metas a se cumprir, sendo ele preso a essas normas de modo que não há qualquer ação que parte diretamente do agente em relação ao território que ele exerce a sua função (MOREIRA, 2012).

Esses agentes são inseridos em distintos territórios para atuar somente sobre o agravo, não possuindo qualquer tipo de ação intersetorial e, muitas vezes, essa divisão não respeita as necessidades reais do território, pois não há qualquer atividade com a população ou de conversa com os profissionais. Eles são treinados para fazer o controle dos vetores das doenças deixando veneno, procurando e eliminando focos, impedindo que novos apareçam ou se reproduzam e também são responsáveis por informar e uma explicar para a população sobre como cuidar para evitar a proliferação ou o contágio da doença (GONDIM, 2011; MOREIRA, 2012).

O trabalho dos agentes de controle de endemias para o cuidado e para a promoção da saúde é muito importante, porém muitos deles ainda trabalham com a perspectiva negativa da saúde, isto é, na saúde somente como ausência de doença. Isso se deve a diversos fatores, dentre eles a falta de um processo de formação para a qualificação dos trabalhadores, a demora³ de adesão e apoio da Fundação Nacional de Saúde ao SUS. Com isso, os trabalhadores viram diversas mudanças ocorrendo na visão de saúde sem qualquer atividade de qualificação voltada para eles (MOREIRA, 2012).

Nos últimos anos, uma iniciativa de inserção dos ACE na perspectiva da vigilância em saúde tem tomado mais força no território nacional. O Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde procura aumentar o leque de conteúdos para que ele possa ter mais do que a simples atividade de colocar veneno mais adquira um olhar ampliado de modo que tudo a sua volta passe a ter importância no trabalho desse agente (MOREIRA, 2012).

³ Por um longo tempo, a FUNASA foi contrária a implantação do SUS, pois entendiam que os municípios não tinham estrutura para absorver as atividades de controle de vetores que ultrapassava a esfera municipal, já que atividades como essa eram feitas em todo o território nacional (MOREIRA, 2012).

Atividades como esta estão ocorrendo em diversos municípios, dentre eles o do Rio de Janeiro em que, na EPSJV/ FIOCRUZ existe um convênio com a prefeitura do Rio para qualificar os seus profissionais municipalizados da FUNASA para atuar na vigilância em saúde do município. Ações como essa têm crescido e sua importância para o processo de adequação dos ACE contribui diretamente sobre os resultados das ações de vigilância em saúde, mantem os agentes mais atualizados sobre as mudanças e as necessidades de seu processo de trabalho e aproxima mais a visão da RSB em favor da saúde pública e de qualidade no Brasil.

2.4 PERSPECTIVAS DE MUDANÇA A PARTIR DO CONCEITO AMPLIADO DE SAÚDE, MODELOS DE ATENÇÃO, REFORMA SANITÁRIA E SUS

2.4.1 Conceito Ampliado de Saúde

O conceito ampliado de saúde é o ponto de partida para entender a proposta do processo de trabalho na perspectiva da vigilância em saúde. Discutir a visão do que se entende por saúde modifica toda a assistência e a forma como as propostas serão desenvolvidas para garantir o acesso a saúde para a população.

Por muito tempo o conceito de saúde foi baseado em visões desenvolvidas por profissionais da área da medicina e da biologia, onde a ausência de doença era fator condicionante e único da visão de saúde, de modo que saúde era – e ainda é por muitos – entendida como não estar fisicamente doente (FONSECA et al. 2004). Por serem profissionais com grande peso e prestígio⁴, e pela sua característica simples, o conceito por eles definido ganhou grande apoio e aceitação por demais profissionais de saúde (FONSECA et al. 2004).

Essa visão de saúde justifica as diversas atividades do Estado com o combate das enfermidades realizado pelos ACE, ou os altos investimentos em hospitais de grande porte pelos governos militares do após golpe de 1964. Entretanto ela não era suficiente. E foi considerada por muitos como reduzida.

Sua principal característica era entender saúde e doença de modos separados e sem qualquer encontro ou linha que exercesse uma ligação entre os dois, de modo que uma pessoa só poderia estar saudável ou doente, e a falta dessa ligação expressava uma visão de que as pessoas eram totalmente responsáveis por sua condição de saúde (FONSECA et al. 2004).

⁴ A medicina por sempre estar envolvida diretamente na saúde sob a visão do médico que detecta e cura doenças, sempre possuiu influências sobre a visão de saúde (PAIM, 2010).

Por longos anos esse conceito de saúde prevaleceu, mas com a efervescência de discussões sobre uma saúde de qualidade para todos, a atenção primária em saúde e a fundação da organização mundial de saúde (OMS) pretendia-se agregar uma nova visão de saúde voltada não somente a doença mais também a vida (FONSECA et al. 2004; GONDIM et al. 2004; GONDIM & ROJAS, 2004; TEIXERA, 2004; MONKEN & BATISTELLA, 2009; PAIM, 2010; GONDIM, 2011; MOREIRA, 2012).

A partir dessas mudanças, percebe-se que a saúde e a doença estão diretamente ligadas através das relações sociais entre os homens e sua relação com o ambiente, e que ambas as relações podem interferir nas condições de saúde e de doença. Essa visão de saúde como qualidade de vida ficou conhecida como conceito ampliado de saúde, pois aumenta o campo de visão dos profissionais, de modo que os mesmos entendem que o ambiente e as relações com o território e a população interferem na saúde. Como ele se baseia no processo saúde-doença, adquiriu força no campo da saúde pública (FONSECA et al. 2004; PAIM, 2010 GONDIM, 2011).

Nessa perspectiva, procurou-se a mudança em toda a assistência a saúde de modo que prevalecesse a visão ampliada da saúde. O conceito ampliado de saúde gerou as diversas discussões na Reforma Sanitária sobre como os modelos de atenção eram incapazes de assegurar à assistência a saúde e foi ponto base para a criação do sistema único de saúde.

2.4.2 Modelos de Atenção à Saúde

A discussão sobre os modelos assistenciais de saúde brasileiro, no início do século XX, torna-se importante para analisarmos o modelo de atenção e vigilância em saúde concebidos a partir da Reforma Sanitária Brasileira, marco importante para a saúde pública do Brasil, no que diz respeito a assistência integral a saúde da população usuária não somente do sistema público de saúde.

Refletir sobre a saúde no Brasil passa *a priori* por entender como a sociedade vê a saúde, o seu conceito, sua área de atuação, como ela se dá. O conceito de saúde muda de acordo com a demanda específica da sociedade, o seu modo de pensar e agir em saúde, a sua produção, a sua economia e outros fatores que são levados em consideração, tais como o ambiente, o clima predominante e as condições de moradia e trabalho (PAIM, 2010).

Com o tempo, destacam-se dois conceitos de saúde, sendo um deles focado na visão da saúde como a ausência de doenças e outro mais amplo, que entende a saúde como conjunto de fatores que alteram o estado psicossocial do indivíduo – este nos remete saúde como

qualidade de vida. O primeiro conceito é caracterizado pela presença de uma grande rede de unidades de saúde, em geral hospitais onde a cura das doenças se faz necessária, utilizando-se para isso, sobretudo, o uso de medicamentos e sem um foco nas medidas de prevenção e promoção da saúde.

Já o segundo é caracterizado por uma gama de mecanismos de assistência, dividida em diferentes níveis, onde há a presença dos hospitais de grande porte, mas sem deixar de lado as medidas assistenciais de saúde (vacinação, educação em saúde, etc.) que auxiliam na qualidade de vida.

Cada um tem sua especificidade, e vai desde a cura e reabilitação até a prevenção e promoção da saúde; e considera não somente a susceptibilidade da população em contrair alguma doença, mas também, todo o ambiente e as condições de vida e saúde de que a população possa ter. Esses conceitos de saúde se tornam importantes, pois é a partir deles que se desenvolvem os modelos de atenção à saúde vigentes na sociedade, e são eles que propiciam a amplitude de atuação dos mesmos sobre os problemas relacionados à saúde da população (TEIXERA, 2004; MONKEN & BARCELLOS, 2007; PAIM, 2010; GONDIM 2011).

Antes de aprofundar a caracterização dos diferentes modelos de saúde nesta pesquisa, torna-se pertinente entender o porquê da abordagem desse estudo ter início a partir do século XX. Isto ocorre visto que é nesse período que acontecem as primeiras transformações na sociedade (tanto na estrutura física de algumas cidades, como também culturais), e estas transformações são significativas na política de saúde a ser implantada no país. Sobretudo a sociedade carioca, que viveu grandes mudanças na situação de saúde de seus habitantes, e vivenciou o surgimento de novos conceitos e estratégias para a configuração de um Estado saudável.

No início do século XX, não havia uma preocupação com a assistência a saúde da população. Todas as atividades de saúde que interferiam de maneira positiva na população eram na verdade voltadas para a economia, visando condições necessárias para o comércio internacional. Destaca-se que a Vigilância Sanitária, que já atuava nos portos buscando a manutenção da higiene, e foi um dos primeiros serviços a desenvolver atividades de fiscalização de produtos na saúde. As campanhas capitaneadas por Oswaldo Cruz para o controle de doenças – como a varíola (a peste) e a febre amarela – que tinham um índice muito grande à época geraram diversas mudanças estruturais e sanitárias nas cidades, no intuito de permitir que navios estrangeiros aportassem nos portos brasileiros (SABROSA, 2006; PAIM, 2010).

Sobretudo no Rio de Janeiro essas mudanças se tornam mais efetivas. Sendo a capital do Brasil, esta cidade era o espelho da nação, e a sua fama de cidade “suja” foi fundamental para que fosse escolhida para receber alterações na sua estrutura espacial urbana. Estas alterações visavam revitalizar a Capital do País, e vieram a ser conhecidas como Reforma Passos. As reformas implementadas pelo Prefeito Pereira Passos visavam a limpeza da “ficha carioca”, objetivando a retirada da fama da cidade de suja. Essas mudanças na estrutura da cidade, previam: a remoção dos cortiços do centro urbano, a construção de novas avenidas com inspiração na arquitetura francesa, a implantação do saneamento básico na área urbana da cidade, entre outras. Estas mudanças buscavam diminuir a incidência de doenças e eliminar as contradições presentes no espaço urbano carioca (ABREU, 1997)

A Capital do Rio de Janeiro deveria se tornar uma nova cidade. Expressar a relevância do Brasil, visto que naquele momento a sua economia se expandia internacionalmente. O Rio de Janeiro precisava se modernizar e permitir acelerar a circulação de mercadorias e pessoas na cidade. Havia um clima de tensão entre o desejo da elite carioca e a realidade da cidade. A elite deseja ser cosmopolita e consumir os produtos e costumes europeus; enquanto que a realidade da cidade era fétida e com condições insalubres, como destaca Maurício de Abreu (1997), era preciso terminar com a noção de que a Capital do Brasil era sinônimo da Febre Amarela e de péssimas condições de higiene; era necessário dar uma cara nova ao Brasil. Para isso, foi necessário revitalizar o Rio de Janeiro. Para construção das avenidas centrais do Centro urbano do Rio de Janeiro inúmeros cortiços foram demolidos. E os pobres que residiam nestes cortiços foram impedidos, inclusive, de circular pelo centro da cidade. Estas ações tinham o intuito de mudar a fama da cidade no exterior. O Brasil, que prosperava neste período, precisa que sua Capital o representasse (ABREU, 1997)

Nesse contexto, a vacinação da população se torna uma estratégia de prevenção das doenças que até hoje é utilizada. É nessa época que aparece o modelo campanhista. Este modelo visa a eliminação e o controle de doenças através de diversas campanhas de vacinação (PAIM, 2010; GONDIM, 2011)

No início das campanhas de vacinação da população, devido a um despreparo e um mal planejamento das ações de saúde por parte dos responsáveis pelas campanhas, tendo como figura central o médico sanitaria Oswaldo Cruz, houve o desencadeamento de uma revolta popular que ficou conhecida na história do Brasil como a Revolta da Vacina.

Esta Revolta Popular teve como ponto principal a truculência com que os “agentes de saúde” acompanhados da polícia adentravam nas residências (principalmente cortiços, que eram lugares de alta concentração de doenças), e vacinavam obrigatoriamente a população,

que naquele momento não possuíam qualquer informação sobre o que era, ou o que fazia aquela vacina.

É nessa época que se percebe a saúde como uma questão fundamentalmente econômica, visto que a mesma era tratada como caso de polícia, e esse tratamento gerou uma crise que foi a revolta da população contra a vacinação obrigatória. Pelo desconhecimento da população e pela imposição do governo a Campanha de Vacinação de Oswaldo Cruz fracassou. A população rejeitou a campanha, e não aceitou que médico, desconhecidos, desnudassem as mulheres para aplicarem a vacina. Além do fato que as alterações na estrutura urbana da cidade, fez com que a parcela mais humilde da população acreditasse que a vacina serviria para mata-los – hipótese levantada em função das reformas urbanas de Passos terem gerado inúmeros problemas para esta parcela da população, que ficou sem ter onde viver, visto que nenhuma residência foi construída para substituir as inúmeras residências que foram demolidas. A partir dessa crise já se pode entender o quão importante é a participação da população nas ações de saúde. Percebe-se que é necessário envolver o povo, explicando-lhe as ações em saúde que se pretende implantar, visto que o entendimento da população sobre o que é, ou para que serve determinada ação, garante o sucesso ou o fracasso destas ações. Esse entendimento hoje em dia é tão importante que está até redigido na Constituição Federal através da lei 8.142/90 como direito da população.

No final da década de 1940 e início da década de 1950 com a criação Organização Mundial da Saúde que visava “*um mais alto nível de assistência a saúde para a população mundial*”, passou-se a entender a saúde como uma questão muito maior do que a simples ausência de doenças, mas como uma visão ampla da qualidade de vida de um indivíduo. Entretanto a utilização desses modelos antiquados em comparação com a visão “atual” da saúde estendeu por muitos anos no Brasil sendo sempre criticado por pensadores que viam neles um modelo incompleto, e foi no início da década de 70 que essa questão começou a ser pensada com mais força.

A declaração de Alma Ata reforçava o dever do Estado em promover saúde a toda a população, e visava outro método de cuidado, que deveria ser implantado em todos os sistemas de saúde no mundo. A atenção primária reforçada em Alma Ata vinha desse novo conceito de saúde, que modificaria por completo o modelo brasileiro de saúde.

A população estava envolta de um verdadeiro círculo vicioso, e sem uma visão ampla da saúde. As pessoas passavam por uma constante busca por assistência, indo de hospital a hospital a fim de conseguir tratamentos. A solução dos problemas de saúde, de maneira geral não possuía qualquer tipo de vinculação com o ambiente em que a pessoa vivia, e não era

visto como fator que definiria o estado de saúde/doença dos indivíduos. Com isto, as pessoas sempre tendiam a voltar aos hospitais, e o consumo de verbas na saúde era muito maior do que o necessário.

O “sistema público”⁵ de saúde não estava dando conta das demandas da população, e essas demandas também se relacionavam ao acesso que era limitado, e fraco. O atendimento não tinha qualidade devido a grande deterioração das relações entre o médico e a “clientela” que dentro do atendimento era tratada como “objetos” que deviam ser concertados imediatamente, sem se saber qual era o real problema. Apenas vendo a doença em primeiro (e único) plano. Foi nesse momento que houve a necessidade de se pensar em um novo modelo de saúde, que não excluísse totalmente as ideias do antigo (tendo em vista as diversas conquistas para a sociedade através deles – como a erradicação da varíola: devido ao grande movimento de campanhas de vacinação realizadas no mundo), mas que agregasse novas ideias de tratamento e acompanhamento da população para sanar os grandes problemas dos antigos modelos. Este modelo que seria baseado no conceito ampliado de saúde já discutido em muitas instâncias mundiais (PAIM, 2010).

A partir dessa nova visão, foi necessário que no Brasil houvesse uma reestruturação do sistema de saúde em vigência, e de como seria ofertada a saúde a população, a partir daquela visão. Essa reestruturação veio através de uma massa de pessoas, entidades, pesquisadores, intelectuais e indivíduos da sociedade que, em crítica ao antigo modelo, formaram juntos um movimento que foi reconhecido como Reforma Sanitária Brasileira e é desse movimento que surge a proposta do SUS (Sistema Único de Saúde) que juntamente com o conceito ampliado de saúde, já discutido, formularam um novo modo de pensar saúde (TEIXERA, 2004; SABROSA, 2006; MOROSINI & MATTA, 2009; PAIM, 2010; GONDIM, 2011; MOREIRA, 2012).

2.4.3 Reforma Sanitária e SUS

A Reforma Sanitária Brasileira foi um movimento de diversas lideranças e classes em favor de uma democracia liberal que assegurasse os direitos do cidadão e restaurasse um Estado de Direito perante a toda a população (TEIXERA, 2004, PAIM 2010; GONDIM, 2011).

⁵ Sistema Público é colocado entre aspas pois, apesar de ser público e utilizar a verba do Estado, era restrito somente para as pessoas que possuíam carteira de trabalho e/ou contribuía com a previdência, deixando de lado os trabalhadores informais e as pessoas desamparadas que tinham acesso somente pela filantropia.

É nas discussões dessas lideranças que se introduz no país uma nova visão positiva da saúde como um bem estar físico, mental e social através de determinantes sociais e condicionantes que atuam nos fatores que alteram a condição de vida e saúde da população e não da maneira negativa que era ausência de doenças, onde somente um agente alterava e a inibição dele causava a saúde. É justamente nesse pensamento que se estrutura as demais propostas da Reforma Sanitária Brasileira, incluindo o Sistema Único de Saúde (TEIXERA, 2004).

O reconhecimento das condições de vida [...] indica uma concepção que ultrapassa as dimensões biológicas e ecológicas da saúde dos indivíduos e da coletividade. Ao alcançar uma dimensão social, esta lei adota um conceito ampliado de saúde, especialmente quando admite que os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País (PAIM, 2009, pag.53)

Dentre as propostas da Reforma Sanitária, estavam o acesso a saúde universal em contraposição ao antigo sistema que só tinha acesso as ações hospitalares “públicas” aqueles que contribuía com a previdência, a Reforma Agraria que visava a redivisão igualitária das terras do território e demais mudanças que impactavam a vida da população (PAIM, 2009).

Para Paim (2009, pag. 54) “A RSB propunha essas intervenções, juntamente com a implantação do SUS. A Reforma Sanitária fazia parte de uma totalidade de mudanças, a exemplo da Reforma Agraria, da Reforma Urbana, da Reforma Tributária, entre outras”.

Dentre todas as mudanças reivindicadas pelo movimento, a que tomou mais força foi a criação do SUS com a perspectiva de um acesso a saúde publico e de qualidade, sendo reconhecido por muitos como a mais importante meta da Reforma Sanitária e a maior conquista na historia da sociedade brasileira.

A Constitucionalização do Sistema Único de Saúde através das Leis Orgânicas da Saúde (LOS⁶) introduz o direito a saúde a todas as pessoas sendo de responsabilidade do Estado a garantia de cumprimento do mesmo sem qualquer tipo de cobrança, diferenciação das pessoas que necessitam de atendimento.

⁶ A Lei Orgânica da Saúde é formada por duas leis que regulamentam as diretrizes, as funções e as obrigações de cada esfera (Federal, Estadual e Municipal) de legislar sobre a sua atuação na oferta da saúde a população. A Lei 8.080/90 regulamenta o Sistema Único de Saúde como um todo, desde sua implantação a sua competência, tendo como principal atribuição a descentralização do poder para Estados e Municípios e a lei 8.142/90 tem como principal característica as regras da participação e do controle social da população sobre o SUS (TEIXERA, 2004; PAIM, 2009).

A implantação do SUS no país trouxe diversos desafios para a consolidação e a efetivação do que foi dito em sua Lei, pois com sua amplitude houve a necessidade de uma reconfiguração do modelo assistencial, ou seja, a influencia do conceito ampliado de saúde tornou o modelo de atenção antes utilizado incapaz de garantir a condição de vida da população brasileira, sendo imprescindível a implantação de um novo modelo de atenção que garantisse o cumprimento das diretrizes e os princípios do SUS (TEIXEIRA, 2004).

Dentre as principais mudanças que o SUS trouxe para o Brasil foi a implantação da Atenção Primária à Saúde (APS). Ressaltada na Constituição Federal, a APS assume um lugar de grande importância no sistema de saúde, pois é a partir dela que se inicia um processo de cumprimento das principais diretrizes e, sobretudo, o processo de implantação da Vigilância em Saúde, responsável pela prevenção, promoção da saúde, controle de doenças e agravos a saúde (MINISTERIO DA SAÚDE, 2011)

Ao Sistema Único de Saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

I – controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

II – executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como a saúde do trabalhador; [...]

VI – fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano; [...]

VIII – colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho (BRASIL, 1988).

Com a introdução da vigilância em saúde na proposta do SUS, todas as atividades de prevenção e promoção da saúde, antes realizadas pela esfera federal (União), sob o comando do Ministério da Saúde (Controle de Endemias, programas de vacinação) passaram a ser realizadas pelos Estados e Municípios devido a descentralização da gestão⁷ e novas técnicas foram idealizadas para que houvesse uma ampliação na assistência, de modo que garantisse a qualidade de vida da população.

A vigilância passou a ser algo muito mais complexo do que o controle de endemias, responsável por uma “mendigaria assistencial” que na realidade não dava conta de assegurar a condição saudável da população. O modelo de vigilância em saúde constituiu “um espaço de

⁷ A descentralização da gestão tem por finalidade a divisão das responsabilidades entre União, Estados e Municípios sobre a política de saúde em vigor em cada território afim de respeitar as diferenças e especificidades de cada localidade dando autonomia para cada esfera decidir como agir e dar assistência a saúde que é necessária para a região (TEIXEIRA, 2004)

articulação de técnicas e de conhecimentos de base multidisciplinar” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

A vigilância em saúde objetiva a análise permanente da situação de saúde da população e conseqüente organização e execução de ações, medidas, procedimentos oportunos e pertinentes ao controle de determinantes, riscos e danos à saúde da população incluindo abordagens individuais e coletivas dos problemas identificados (MINISTERIO DA SAUDE, p. 13, 2011),

Para cumprir esse ideal, a vigilância foi dividida em áreas de atuação articuladas entresi – ou pelo menos tentou articular – para que cada uma delas tivesse sua própria atribuição e área específica de atuação. Dentre elas está a vigilância epidemiológica, de situação de saúde, ambiental, da saúde do trabalhador e a sanitária.

A perspectiva era de que com essa amplitude da qual o sistema único de saúde tanto buscava, houvesse uma reconfiguração total na assistência, sobretudo nos profissionais que nela atuam. Os profissionais passariam a deixar de ter somente conhecimentos básicos e mecânicos e exerceriam um desenvolvimento científico, com um leque de conhecimentos garantidos em um processo de formação completo, ou seja, deixariam de ser somente marionetes com atividades simples e passariam a produzir conhecimento e transmiti-lo para a população.

Entretanto, a implantação da vigilância em saúde, devido a sua amplitude tem sido, como um todo grande problema a ser enfrentado, pois para mudar não depende somente da organização do SUS mais também do processo de trabalho e da relação profissional com a população. A qualificação dos profissionais – no caso desse trabalho dos agentes que atuam na vigilância – deve ter uma introdução não somente a doença, mais voltada para a geografia, cartografia, comunicação social, sociologia, estatística, planejamento, entre outras técnicas necessárias para aflorar o senso critico desses profissionais e seu olhar ampliado sobre o território (TEIXERA, 2004).

As “caixas” nas quais cada profissional está devidamente preso com uma expectativa, da qual chamam de áreas de articulação técnica representam um avanço retrocesso na política do SUS. As vigilâncias ambiental, epidemiológica, sanitária e de saúde do trabalhador foram as primeiras atividades a serem pensadas e idealizadas no leque de modificações introduzidos na RSB (Reforma Sanitária Brasileira) e introduzidas na prática após o SUS. Porém, as

diversas “mini caixas”⁸ da vigilância ambiental, a falta de dados da epidemiológica, a barreira da vigilância sanitária e a inexistência da saúde do trabalhador revelam que muitas coisas ainda devem mudar, sendo uma delas a articulação entre as áreas de atuação da vigilância, de modo que as suas atividades sejam realizadas com a intersectorialidade idealizada pelo SUS (MONKEN & BATISTELLA, 2009).

A construção e consolidação próprias de cada uma das estruturas operacionais da vigilância em saúde (epidemiológica, sanitária e ambiental) têm como legado a fragmentação institucional das ações e processos formativos. Quando organizadas em bases de conhecimentos e práticas aparentemente independentes, as vigilâncias desperdiçam um extraordinário potencial analítico e de intervenção sobre os condicionantes da produção social de saúde e doença (MONKEN & BATISTELLA, p. 476, 2009).

⁸ As mini caixas representam a fragmentação de técnicas dentro da própria vigilância ambiental, onde existe um único profissional para o controle da dengue, um para a malária, um para doença de chagas e assim por diante. Sendo não somente fragmentada entre as vigilâncias mais também entre si.

3 O PROCESSO DE TRABALHO NA PERSPECTIVA DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE

3.1 VIGILÂNCIA EM SAÚDE COMO PROPOSTA DE NOVO MODELO DE ATENÇÃO

A vigilância em saúde surge como proposta de redefinição de saberes e práticas no que diz respeito à atuação no campo da saúde. Ela se torna estratégica, sobretudo para o SUS devido suas práticas amplas e intersetoriais que auxiliam o mesmo no comprimento de suas diretrizes, e no acesso a saúde da população. É um campo que cresce desde a década de 1970 com os diversos movimentos, em favor da saúde não só no Brasil, mas em todo o mundo (TEIXERA, 2004; GONDIM, 2011).

Entendida como uma “proposta de ação” e uma “área de práticas”, a vigilância em saúde apresenta as seguintes características: intervenção sobre problemas de saúde que requerem atenção e acompanhamento contínuos; adoção de um conceito de risco; articulação entre ações promocionais, preventivas, curativas e reabilitadoras; atuação intersetorial; ação sobre o território; e intervenção sob a forma de operações (PAIM & FILHO apud MONKEN & BATISTELLA, p. 474, 2009).

Ela baseia todas as suas ações no conceito ampliado de saúde, sendo este de total importância para o sucesso de suas ações. Com esta visão positiva da saúde, ela se diferencia de qualquer outra prática já utilizada, pois consegue atuar nos determinantes e condicionantes e intervir no processo saúde–doença e não somente nos agravos, dando a ela a característica de modelo de atenção estratégico para a atuação em saúde (MONKEN & BATISTELLA, 2009. GONDIM, 2011).

A vigilância em saúde possui quatro principais estruturas operacionais, sendo elas a vigilância ambiental, epidemiológica, sanitária e a saúde do trabalhador. Cada uma delas é responsável por uma área de atuação, entretanto é estratégico possuir um trabalhador formado em todas as áreas e, que produza uma integração dos saberes para assim identificar problemas e procurar respostas através dessas estruturas, tendo a noção da complexidade de cada agravo.

A vigilância ambiental esta voltada no monitoramento dos fatores biológicos (agentes causadores de doenças) e não biológicos (desastres naturais, químicos, problemas de saneamento, etc.) presentes no ambiente que possam gerar problemas a saúde. Estão presentes na vigilância ambiental o controle/combate às endemias, realizadas pelos ACE e os programas VIGIAR, VIGISOLO, VIGIAGUA, VIGIDESASTRES, focados no monitoramento de

problemas relacionados ao ar, a água, ao solo e aos desastres naturais e não naturais (GONDIM & ROJAS, 2004).

A vigilância epidemiológica é uma das mais antigas áreas de atuação, pois tem como atividade principal o estudo do perfil das doenças introduzido pela epidemiologia. Trabalha com o monitoramento dos fatores que determinam a condição de saúde, e produzindo dados para o conhecimento dos problemas a fim de auxiliar nas medidas de prevenção e controle de agravos. Com essas características ela se torna pilar para as demais vigilâncias, tendo uma integração com as atividades de vigilância sanitária, ambiental e saúde do trabalhador devido à produção de boa parte dos dados a serem utilizados nas ações estratégicas das demais áreas (BRASIL, 1990a).

A vigilância sanitária juntamente com a vigilância epidemiológica são consideradas as atividades mais antigas na área da saúde, especificamente a sanitária tendo um viés para a área econômica. Ela atua na fiscalização dos produtos, atividades e bens de consumo oferecidos à população vetando, diminuindo ou prevenindo qualquer coisa que represente risco a saúde da população (BRASIL, 1990a) .

Por fim, a vigilância em saúde do trabalhador é considerada a irmã mais nova das atividades de vigilância, pois ela começou a crescer recentemente com a importância dada às condições de trabalho. Talvez seja nela a principal área onde a vigilância sanitária, ambiental e epidemiológica atuam com maior integração devido à proteção, a reabilitação, a recuperação e a promoção da saúde dos trabalhadores vítimas de processos de trabalho que geram algum problema de saúde. Sua estrutura está nos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), que são responsáveis por acolher e ouvir as demandas dos trabalhadores, e prestar assistência a fim de garantir dignas condições de trabalho e saúde (BRASIL, 1990^a apud. MINISTERIO DA SAÚDE, 2011; GONDIM et.al, 2004).

Para alcançar seus objetivos, o processo de trabalho da vigilância em saúde necessita que seus trabalhadores – no caso os agentes – tenham o controle de varias técnicas como a cartografia, a epidemiologia, a geografia, a comunicação, o controle de agravos, a produção de dados, as estatísticas, planejamento etc. E que consigam articular todos esses saberes adquiridos, que auxiliam na análise das condições e das necessidades específicas de cada lugar.

Fundamentada em diferentes disciplinas [...], a vigilância em saúde recorre a uma associação de tecnologias (materiais e não materiais) para enfrentar problemas (danos e riscos), necessidades e determinantes sócio-ambientais da saúde (MONKEN & BATISTELLA, p. 475, 2009).

O território possui também uma grande importância no processo de trabalho da vigilância em saúde. E ele deixa de ser reconhecido somente como um local, e passa a ser parte da produção social, em constante transformação pelos indivíduos que ali se localizam e exercem alguma relação com esse recorte do espaço geográfico – trabalho, lazer, moradia, cultural, depósito, etc.), sendo ele uma área que apresenta diferentes conflitos de interesses, relações sociais, econômicas, culturais, fonte de renda e de sobrevivência. O Território na vigilância em saúde é, também, um excelente indicador da condição de saúde e a principal área de intervenção (GONDIM, 2011).

As atividades dos agentes vão desde a pesquisa de dados para identificar problemas, agravos e as susceptibilidades da população – a fim de intervir no problema –, à execução de atividades para favorecer a prevenção e a proteção a saúde. Entretanto uma das principais atividades que diferenciam o processo de trabalho da vigilância em saúde é a educação e a comunicação em saúde. Essas se constituem a real atividade de promoção da saúde, que é o grande diferencial da vigilância em saúde (VISAU), pois é nela que se baseia a difusão das informações entre o agente e a população (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

De acordo com a definição presente nas regras da formação técnica do Ministério da Saúde, às ações de Educação e Comunicação em Saúde na área da Vigilância em Saúde respondem:

[...] pelas ações de promoção da saúde, de prevenção e controle de doenças e agravos a saúde constituindo-se espaço de articulação de técnicas e conhecimentos de base multidisciplinar [...] (MINISTERIO DA SAÚDE, p. 13, 2011).

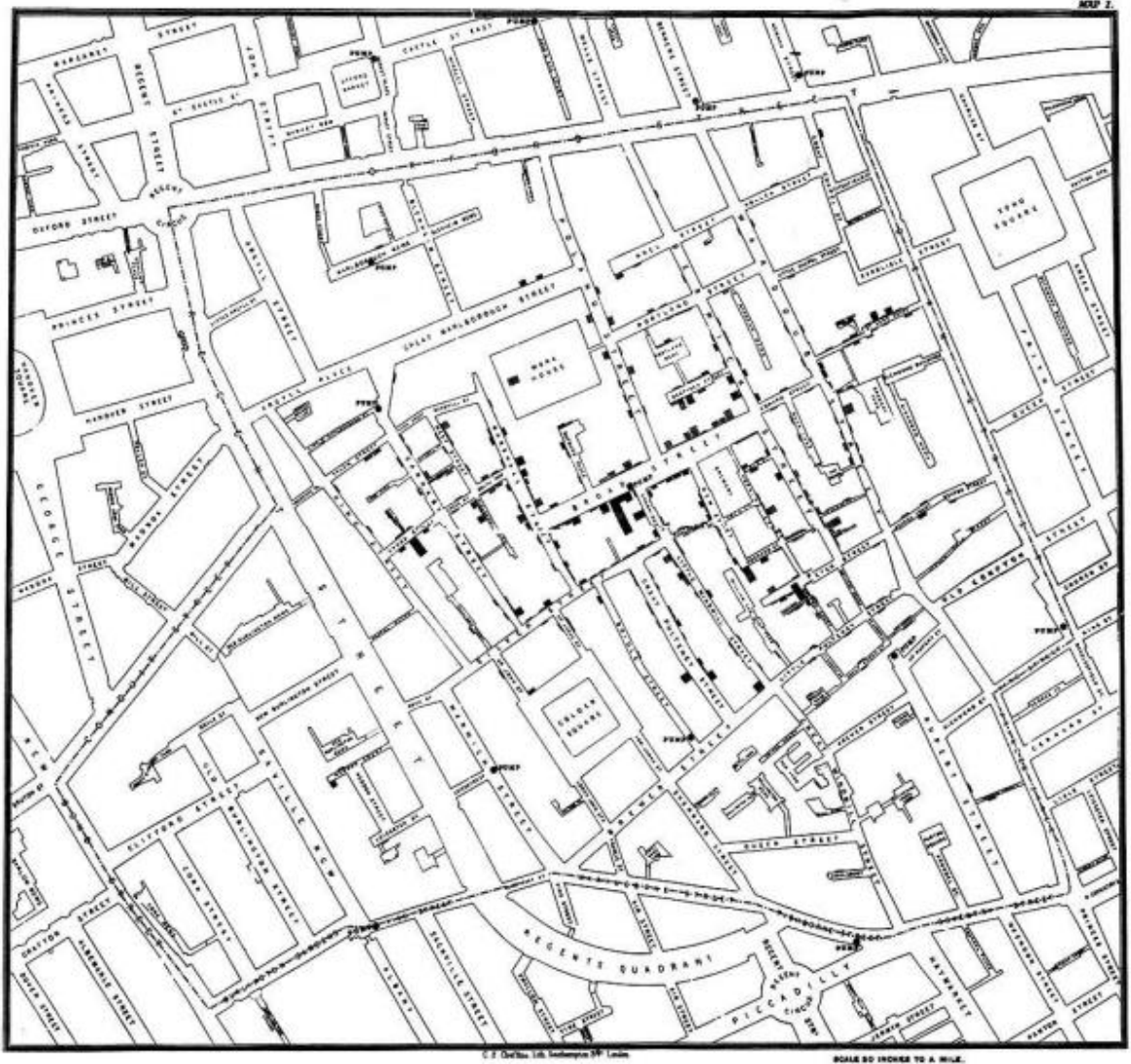
Para a realização da atividade de saúde, o agente é enviado a um território exercendo um trabalho de campo, onde ele inicia suas atividades. Com um primeiro olhar, ele busca encontrar problemas, áreas de risco e potencialidades no território. Nessa primeira atuação, torna-se necessária a utilização de equipamentos (câmeras fotográficas ou filmadoras, GPS, computador, etc.) para o armazenamento dessas primeiras informações. Também é importante que o agente possua conhecimentos sobre a área cartográfica para delimitar nos mapas locais importantes no território como unidades de saúde, associação de moradores, áreas de lazer, etc (TEIXERA et.al, 2004).

Os mapas são estratégicos na vigilância, pois além da representação dos principais objetos geográficos e vias de acesso, e os limites do território de atuação; também é possível marcar “pontos” com eventos relevantes ali presentes. Ao conectar estes pontos, o agente

pode encontrar uma área que possivelmente apresente algum risco a população. Dessa forma, o agente pode introduzir “círculos de risco” em seus mapas, E verificar a área de abrangência e o grau de perigo, e, assim, atuar diretamente nos locais que oferecem mais susceptibilidade ao problema.

Cabe lembrar que o uso do mapeamento na saúde para identificar a localização de agravos/doenças e áreas de risco não é uma novidade. A literatura nos informa que Jonh Snow introduziu o uso de mapas na epidemiologia no século XIX (FIGURA 2). Sua teoria da transmissão do cólera pela água foi divulgada primeiramente em 1849, sob a forma de ensaio, e posteriormente em 1855 num artigo científico. Ele foi capaz de apresentar as relações diretas entre o abastecimento de água e a epidemia de cólera em Londres em 1854. Em sua investigação, ele entrevistou aos residentes locais, e identificou as residências que apresentaram casos de cólera. Mapeando estes casos e as fontes de abastecimento de água utilizadas pelas famílias, ele pode ter a percepção do padrão de disseminação da doença, e identificar a bomba de água pública contaminada (na Broad Street) e foco da disseminação da doença em Londres. Fato histórico que reforça a importância da utilização de mapas na vigilância em saúde, visto que apenas com uma análise química de amostras de água da referida bomba foram insuficientes para identificar a contaminação ali presente (SNOW, 1999).

Figura 2 – Mapa elaborado por John Snow para identificar a causa dos casos de cólera em Londres, no século XIX.



Fonte: SNOW, 1999.

Após o reconhecimento do território, o agente inicia sua primeira conversa com a população, colhendo dados para o planejamento de suas ações. Diferente de outras áreas de atuação, a vigilância articula e produz atividades de intervenção sempre junto com a população, pois se entende que quem conhece melhor as necessidades locais é a população que ali reside e trabalha, e também enfrenta as dificuldades do cotidiano. As ações da vigilância em saúde não são desenvolvidas sobre a população, mais com a população, onde o território possui principal importância nas atuações (FONSECA et al, 2004).

Quando o agente se insere no cotidiano daquele lugar, ele passa a ser fonte de distribuição de informações, sendo ele muito importante para a educação em saúde da população, ou seja, ele se torna um emissor de informações, um educador. E a população passa a exercer o papel de receptora dessa informação, o indivíduo que aprende com o

educador. Torna-se necessário que o agente tenha uma visão ampla para transmitir a informação, não sendo ele apenas fonte de reprodução de normas e de um senso comum, mais fonte de produção do conhecimento e transmissão de estímulos ao senso crítico de indivíduos.

Para FONSECA et al (2004), através do trabalho junto a população se descobre e se constrói um conjunto de possibilidades de ação, que vão se alterando com a realidade. Por isso a necessidade do reconhecimento do território e da população, pois cada local possui sua especificidade e necessidades diferentes, sendo inviável a produção de estratégias pré-estabelecidas para cada localidade, já que ela pode não surtir o mesmo efeito em lugares diferentes (exemplificando: um território que possua altos índices de cólera, que receba uma estratégia da dengue. A ação local para dengue não terá o mesmo efeito de uma ação local para o cólera, pois o agravo visado (dengue) não é o principal problema da região). Uma vez que as

[...] possibilidades de transformações no campo da vigilância não dependem da simples aplicação de conhecimentos científicos e/ou normas técnicas, mas sim que também existem diferentes relações sociais: entre membros da comunidade, entre a população e o espaço geográfico; entre as instituições públicas (FONSECA et al, p. 78, 2004).

Outra atividade muito importante na vigilância são os momentos de sistematização dos dados, onde o agente senta com sua equipe em um ponto de apoio e discutem, através de respostas dos questionários de entrevistas, dados fotografados, tabulados – e fornecidos pela secretaria de saúde (departamento de vigilância epidemiológica) – os diferentes agravos e problemas que espõem a população ao risco (PROFORMAR, 2004).

Uma ferramenta que, na perspectiva da vigilância, tem crescido são os Sistemas de Informação em Saúde (SIS). Os SIS são bancos de dados de informação em saúde, que apresentam diversos dados estatísticos muito importantes para a análise das condições de vida e saúde do território. Dentre as principais estatísticas, destacam-se os dados de nascimentos (SINASC), dados de mortalidade (SIM), dados de agravos de notificação (SINAN), dados de ações hospitalares e ambulatoriais do SUS (SIH e SIA/ SUS). Os SIS se apresentam como estratégia para a VISAU devido a especificidade de cada sistema atuar em uma área que demonstra características das condições de saúde local, favorecendo a atuação rápida sobre o agravo, a fim de controlar a incidência da doença, e evitar o surgimento de uma epidemia (exemplificando: um nível alto de casos de dengue tuberculose, aparecerá nos dados do SINAN) (BARCELLOS et al. 2004).

A partir dessas sistematizações, o agente de vigilância em saúde vai construindo o diagnóstico das condições de vida e saúde, onde ele coloca tudo o que apreendeu do território, e essas informações vão definir os principais problemas, as principais potencialidades, e vão definir em que ponto deve se firmar as estratégias a serem desenvolvidas. Essas estratégias estarão presentes no Planejamento Estratégico Situacional.

3.2 PROCESSO DE TRABALHO A PARTIR DO PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL

O Planejamento Estratégico Situacional (PES) é o passo chave para a realização do plano de intervenção, pois é nesse passo que se traçam as estratégias que virão a intervir sobre os problemas encontrados no território. O PES foi planejado por Carlos Matus, um autor chileno, que atuou como ministro da economia de 1970 a 1973. O Chile era a princípio a área projetada para sua execução. Entretanto, devido sua amplitude e sua flexibilidade de atuar em esferas macro e micro (Federal, Estadual, Municipal e Local) o PES passou a ser utilizado em áreas como a saúde, a educação, economia, transportes, etc. (ARTMANN, 2000)

Ele se baseia no entendimento da complexidade das relações sociais existentes em cada local, tornando o projeto de intervenção planejado através do PES com a presença de uma intersectorialidade mais significativa, pois ao analisar a produção social em ambos seus viés (políticos, econômicos, sociais e culturais), identifica-se, nesse processo, as diversas situações que propiciam o aparecimento de problemas (ARTMANN, 2000. GONDIM, 2011). Desse modo,

O PES é um método de planejamento por problemas e trata, principalmente, dos problemas mal estruturados e complexos, para os quais não existe solução normativa ou previamente conhecida como no caso daqueles bem estruturados. É importante destacar que, embora se possa partir de um campo ou setor específico, os problemas são sempre abordados em suas múltiplas dimensões - política, econômica, social, cultural, etc. e em sua multissetorialidade, pois suas causas não se limitam ao interior de um setor ou área específicos e sua solução depende, muitas vezes, de recursos extra setoriais e da interação dos diversos atores envolvidos na situação (Artmann, p. 3, 2000).

Antes de atuar sobre um problema, é necessário entender o que seria esse problema. Para isto, o PES utiliza-se dos conceitos de problema e de ator, de modo que o problema seria uma situação negativa, passível de mudança identificada por um ator, que deve possuir meios

de contornar a situação desfavorável, sendo ele o principal mediador das atividades e o que confecciona o projeto de intervenção. (ARTMANN, 2000).

[...] um problema não pode ser apenas um “mal-estar” ou uma necessidade sentida pela população. Um problema suscita à ação: é uma realidade insatisfatória superável que permite um intercâmbio favorável com outra realidade (MATUS apud ARTMANN, p. 4, 2000).

Vale ressaltar que o espaço do desenvolvimento do PES é caracterizado pela grande disputa de poderes onde o mais forte é aquele que detém o maior número de variáveis importantes para a realização do planejamento. Em um mesmo território em que se deseja planejar, podem existir mais de um ator causando diversos confrontos de interesses e interferindo no planejamento.

Uma das principais características que fazem do PES uma estratégia na área do planejamento em saúde é o estudo profundo das relações sociais e dos problemas diante da população. Os problemas se apresentam de diversas formas, sendo eles bem, semi ou mal estruturados, onde existem aqueles diretamente relacionados a processos normativos e por isso são fáceis de se resolver com pequenas mudanças; e outros onde envolvem diversos atores, e não tão normativos, sendo necessária uma análise mais profunda sobre eles, como Artmann, ,2000 destaca

Se tomarmos o âmbito da saúde da população, em seu conceito amplo, temos um, exemplo de problemática semiestruturada ou inestruada, pois ela articula-se com âmbitos diversificados como saneamento básico, habitação, condições de urbanização e de trânsito, hábitos de vida das pessoas, nível de renda e educação, entre outros (p. 5).

Dentre os problemas difíceis de ser resolver, existem aqueles que são classificados como finais, intermediários, atuais e potenciais. Assim, os problemas finais são aqueles que afetam diretamente a população. Ele possui uma relação com os problemas intermediários que são aqueles que não afetam diretamente a população, mas causam outros problemas, que no caso seriam os finais. Os problemas atuais são aqueles que estão presentes e atuantes sobre a população, e os problemas potenciais não são diretamente problemas, porem são situações que apresentam potencial de se tornarem, futuramente, problemas (ARTMANN, 2000).

Os problemas caracterizam uma situação em que se envolvem os atores. Essa situação, geralmente desfavorável é aquela na qual o ator/atores exercem seu domínio e sua influência

a fim de intervir nos problemas. O PES, considerado como um cálculo possui 4 (quatro) fases principais, onde cada uma tem a função da análise detalhada, a fim de intervir no problema de maneira eficaz.

A primeira fase é caracterizada pelo conhecimento e análise detalhada dos problemas onde se identifica todos eles através de um grupo, que utiliza diversas técnicas como a tempestade de idéias e logo após, se analisa detalhadamente e se vê a real relevância de cada problema, de modo a excluir aqueles não estratégicos para o ator que a produz (ARTMANN, 2000).

A segunda fase se caracteriza pelo desenho completo do plano de intervenção, o qual se espera entender os objetivos de modo a calcular tudo que se espera das ações realizadas sobre os problemas escolhidos. Colocam-se os dados analisados lado a lado, de modo que haja a perspectiva de melhora após a confecção e ação do projeto (ARTMANN, 2000).

A terceira fase é a parte em que se analisa a viabilidade do projeto arquitetado. É aquela na qual todos os atores são agrupados, e calcula-se profundamente os fatores que cada ator controla; de modo que aqueles fatores que ele não controla, possam encontrar outros meios de intervir nos problemas, ou deixá-lo de lado em um primeiro momento, para que não se tornem gastos ou apenas medidas paliativas (ARTMANN, 2000).

A última fase é o momento de gestão do trabalho. Após identificar, desenhar e viabilizar, o projeto é colocado em prática, para intervir nos problemas. Outra característica importante do trabalho é a prestação de contas e o acompanhamento do plano, onde tudo é discutido com a população, e todas as informações, gastos e metas são transmitidos a todos (ARTMANN, 2000).

A partir dessas etapas, o PES se constrói como projeto de intervenção sobre os problemas. Para o AVISA que torna-se mediador do projeto, é necessário entender alguns conceitos como os de vulnerabilidade e de territorialização, de modo que ele possa já identificar, estrategicamente, problemas que afetam a população.

3.2.1 Vulnerabilidade

O conceito de Vulnerabilidade possui importância na área da saúde, sobretudo na vigilância, pois ele explica que a susceptibilidade de um determinado grupo com características próprias de adquirir alguma enfermidade está diretamente relacionada às

condições físicas, mentais, sociais e culturais do grupo (FONSECA, 2004. SABROSA, 2006. PAIM, 2010).

Esse conceito foi introduzido na saúde a partir de profissionais que visavam uma melhor qualidade das ações de saúde ofertadas para a população contra o vírus da AIDS, mas que acabou servindo também como proposta de análise e de estudo em outras ações de saúde. A utilização desse conceito pode produzir um trabalho mais profundo e que melhorasse a assistência (FONSECA, 2004). O autor destaca ainda que

[...] os estudiosos que foram construindo esse conceito assumiram as seguintes posições:

- A compreensão das questões de saúde não pode estar desarticulada das questões de cidadania. Pensar sobre saúde requer mais do que pensar em apenas indivíduos, exige pensar em contexto social.
- A prevenção não passa, em primeiro lugar, por uma atitude exclusivamente individual.
- Muitos comportamentos que envolvem riscos tem a ver com o modo como as pessoas estão vivendo, sua forma de trabalhar e morar; os bens materiais dos quais necessitam e os bens aos quais tem acesso; suas necessidades emocionais e suas possibilidades de negociar essas necessidades (FONSECA, p. 112, 2004).

A partir desse conceito pode-se perceber, por parte dos profissionais de saúde, que muitas vezes as pessoas pegam doenças, não porque querem, mas porque os determinantes sociais que estão presentes na vida cotidiana dessa população influenciam no processo saúde enfermidade. A partir daí, percebe-se que o movimento de culpabilização dessas pessoas não é correto, e que o real culpado dessas doenças é a falta de infraestrutura, e em grande parte da falta de saneamento. Bertolozzi & Sánchez (2007) definem que vulnerabilidade é

[...]um conjunto de aspectos que vão além do individual, abrangendo aspectos coletivos, contextuais, que levam à suscetibilidade a doenças ou agravos. Esse conceito também leva em conta aspectos que dizem respeito à disponibilidade ou a carência de recursos destinados à proteção das pessoas (p. 323).

Outro aspecto que está presente no conceito de vulnerabilidade é o cultural, que diretamente pode não causar a doença, mas pode facilitar o contágio da mesma. Em seu trabalho, Fonseca et al. (2004) utiliza de um exemplo interessante para abordar a questão cultural na vulnerabilidade da população. O crescimento da AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Humana), em mulheres casadas, não causou um crescimento na utilização de preservativos em suas relações sexuais com seus maridos. Por não usar o preservativo, não

se deve pensar que a culpa de adquirir a AIDS, ou outras DST (Doenças Sexualmente Transmissíveis), seja das mulheres, mas sim de um aspecto mais complexo. Aspecto este que se instaurou entre a educação em saúde produzida pelo agente de vigilância e a efetiva utilização dessa informação.

Após esse exemplo da AIDS, percebe-se que além de planejar ações para reduzir a vulnerabilidade de um grupo social, devem-se planejar ações voltadas também para os casos que são considerados exceção da parcela do grupo. O conceito de vulnerabilidade assume um espaço considerável no planejamento estratégico, pois se tornam as ações de saúde mais amplas, mediante o entendimento das vulnerabilidades de cada grupo e ações voltadas também para diminuir essas vulnerabilidades.

3.2.2 Territorialização em Saúde

Talvez seja a Territorialização em Saúde a principal estratégia do Planejamento Estratégico Situacional, se não, é uma das mais importantes técnicas para a realização do PES devido a sua proposta de entender o território mais do que um espaço, como interações sociais projetadas no seu espaço geográfico(GONDIM, 2011). GONDIM & MONKEN (2009) afirmam que a territorialização em Saúde pode ser entendida como um

método de expressão geográfica de intersetorialidades humanas, permitindo a gestores, instituições, profissionais e usuários do SUS compreender a dinâmica espacial dos lugares e de populações; os múltiplos fluxos que animam os territórios e as diversas paisagens que emolduram o espaço da vida cotidiana. Sobretudo pode revelar como os sujeitos (individual e coletivo) produzem e reproduzem socialmente suas condições de existência – o trabalho, o lazer, as relações sociais, a saúde e a qualidade de vida [...] (p. 398).

Entretanto, para se falar de territorialização em saúde, é necessário analisar e entender outros dois conceitos que estão diretamente relacionados à territorialização, o de território e o de territorialidade. Ambos os conceitos, utilizados na saúde pública são importantes para entender a utilização, a função e o processo de territorialização nos dias atuais.

O conceito de território é entendido de muitas formas no campo da geografia e possui diferentes focos em outros campos de estudo. Em uma você tem o território como sinônimo de solo ou de delimitação de um espaço, sendo um de seus significados, traduzidos da palavra de origem do latim *territorium* como pedaço de terra apropriada. Esta visão é considerada por

muitos incompleta, pois delimita seu conceito a apenas apropriação. Além de esta definição se confundir com o conceito de Espaço Geográfico (GONDIM & MONKEN, 2009. GONDIM, 2011).

Outra definição de território, considerada mais ampla, entende território como fruto das relações sociais dentro de um espaço ou da vida em sociedade. Para Souza *apud* Gondim & Monken (2009) os territórios são acima de tudo reflexo das relações sociais presentes em um contexto espacial, do que o espaço físico propriamente dito, mas sem esquecer-se de sua importância. Assim,

[...] território corresponde a uma área delimitada por fronteiras estabelecidas, e existe um processo em seu interior onde se manifestam todas as formas de relação de poder. Como todo e qualquer espaço marcado pela presença de um poder se caracteriza como espaço definido e delimitado por e a partir de relações de poder e este surge por ocasião da relação, e toda a relação é ponto de surgimento do poder (GONDIM, p.74, 2011).

Em outras áreas de estudo, o território possui definição voltada de acordo com o enfoque dado em cada matéria. Na economia o conceito de território está voltado para o espaço de produção. Nas ciências sociais, território tem o foco para as relações sociais que se desenvolvem naquele local. Na Antropologia, a definição de território está voltada para o estudo das sociedades antigas que ali residiram. Assim, as diferentes ciências permitem que aprofundasse a análise dos territórios, complementando sua definição, ampliando as maneiras de olhá-lo, analisá-lo e conhecê-lo (HAESBAERT *apud* GONDIM, p. 75, 2011).

O território é formado a partir das diversas relações políticas presentes nele. A sociedade presente no território necessita de um mínimo de organização para estabelecer sua convivência e a paz entre os iguais. Para isso, é necessário que haja um indivíduo, ou um coletivo, detentor de um Poder, e que este mesmo assuma a função de comandar os demais indivíduos também presentes no território. Para Nunes *apud* Gondim & Monken (2009) um dos elementos indissociáveis da noção de Poder é o território, tendo em vista de que não existe uma organização sem qualquer tipo de Poder.

Assim o território se assume como um espaço de disputa de Poder, pois o mesmo exerce o controle sobre as pessoas, comanda a utilização da terra e dos recursos naturais. Área de disputa devido ao fato que diferentes grupos procuram exercer esse Poder, introduzindo no território relações políticas, culturais, econômicas e sociais; que favoreçam a determinada conjuntura. Quando existem esses diversos grupos em constante disputa, e com diferentes

formas de Poder caracteriza um território detentor de diversas territorialidades (GONDIM & MONKEN, 2009). Nesse sentido,

a territorialidade é uma estratégia dos indivíduos ou de grupos sociais para influenciar ou controlar pessoas, recursos, fenômenos e relações, delimitando e efetivando o controle sobre uma área. A territorialidade [...] assume diferentes configurações, criando heterogeneidades espacial, paisagística e cultural – é uma expressão geográfica do exercício do poder em uma determinada área e esta área é o território (SACK apud. GONDIM & MONKEN, p. 393, 2009).

Com muitas disputas existentes, o território materializa todas as conjunturas e articulações presentes no local, onde por elas são submetidas às pessoas e grupos, tornando-o, assim, espaço envolvido diretamente com o modo de produção, e o contexto em que ele se insere. Deste modo é caracterizada a territorialização (GONDIM & MONKEN, 2009).

O processo de territorialização tem sua origem na expansão do modo de produção capitalista e, segundo Gondim e Monken (2009), expressão das diversas desigualdades sociais, políticas e econômicas, revelando as diversas territorialidades presentes no espaço (território) e tempo.

Com essas características e com a projeção das relações políticas, institucionais, econômicas e sociais, a territorialização se torna instrumento de valor na área da saúde pois, a partir dela, pode-se entender as necessidades da população em cada território. E assim organizou-se o sistema local de saúde, fragilizado pelas diversas ações do Estado Neoliberal, que favoreceram a desigualdade e iniquidade social (GONDIM, 2011). Portanto,

Encontra-se em jogo um processo de territorialização: construção da integralidade; da humanização e da qualidade na atenção e na gestão em saúde; um sistema deserviço capaz de acolher o outro; responsabilidade para com os impactos das práticas adotadas; efetividade dos projetos terapêuticos e afirmação da vida pelo desenvolvimento da autodeterminação dos sujeitos (usuários, população e profissionais de saúde) para levar a vida com saúde (GONDIM & MONKEN, p. 396, 2009).

Por fim, a territorialização em saúde, juntamente com o planejamento estratégico situacional constituem um arcabouço teórico e prático para as ações de vigilância em saúde. A análise proporcionada pela territorialização pretende identificar problemas, positivities, tomar decisões e definir estratégias de ação nas múltiplas dimensões do processo saúde-

doença, coletar informações, revelar subjetividades, entre outras ações (GONDIM & MONKEN, 2009).

3.3 A EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

Antes de falar da Educação Profissional em Saúde, é necessário entender outro movimento mais amplo, que assume uma base para o assunto em questão citado nessa parte do trabalho.

A Educação Profissional tem um histórico bem antigo que vai até os tempos da idade média, período no qual as técnicas profissionais de artesões – trabalhadores da terra – eram passadas de geração em geração, sendo o pai a figura responsável por ensinar, e garantir a continuidade do trabalho a ser desenvolvido pelo filho. Torna-se necessário mencionar que nesse momento as escolas não possuíam qualquer relação com o aprendizado de técnicas, sendo elas o espaço da produção e desenvolvimento intelectual onde somente as classes mais abastadas de recursos tinham o direito de frequentar (CAMPELLO & FILHO, 2009).

Com a Revolução Industrial e a necessidade de formação de profissionais para atuar nas indústrias, sobretudo na utilização das máquinas, surge uma revolução educacional. Assim, a escola passou a exercer uma atividade de formação de profissionais para atuar no mercado de trabalho. Entretanto, o espaço escolar caracterizado pela produção intelectual e teórica não se adaptou a introdução da formação profissional de cunho prático, sendo necessária a criação de novos espaços especializados no ensino técnico: as academias e as escolas técnicas profissionais (CAMPELLO & FILHO, 2009).

No Brasil não foi diferente, apesar do tempo. Essa proposta surge a partir das diversas mudanças ocorridas na sociedade brasileira, no período histórico conhecido como Estado Novo. A industrialização iniciada pelo então presidente Getúlio Vargas necessitava da formação de trabalhadores que dominassem técnicas de trabalho, mas que formasse também profissionais acostumados com a divisão técnica, a parcelarização do trabalho e a acumulação de capital.

As instituições responsáveis pela formação recebiam as classes mais pobres para a formação e inclusão na economia através do trabalho na indústria. A Educação Profissional estava articulada com a primeira etapa de estudo, formando sobretudo os filhos de trabalhadores, afortunados e órfãos, sendo diferenciados dos descendentes da alta burguesia, que se preparavam para as universidades. A escola torna-se palco principal para o controle da

massa trabalhadora pelo Estado, produzindo cada vez mais profissionais com a perspectiva do mercado. Nesse sentido,

o sistema de ensino primário e profissional e o sistema de ensino secundário e superior teriam diferentes objetivos culturais e sociais, constituindo-se, por isso mesmo, em instrumentos de estratificação social. A escola primária e a profissional serviriam à classe popular, enquanto que a escola secundária e a superior a burguesia (CUNHA apud. CAMPELLO & FILHO, p.178, 2009).

A formação técnica estava amparada nas Leis Orgânicas de Ensino. No início era voltada para o campo da indústria, da agricultura e a formação de professores (através dos colégios “normais”), o que não impediu que a visão tecnicista dessas áreas passasse para outras como a área da saúde.

A Educação Profissional em Saúde é uma proposta de formação de profissionais na área de saúde que foi permitida legalmente através da Lei 4.024/ 61, entretanto a formação já acontecia na área de enfermagem desde a década de 1940, com a formação de técnicos e auxiliares de enfermagem (PEREIRA & LIMA, 2009).

Com a mudança do perfil dos hospitais, que além de centros de tratamentos, passaram a locais de estudo e pesquisa, acompanhado ao crescimento da assistência hospitalar e da necessidade de manuseio de novos aparelhos e máquinas. Isto gerou uma pseudonecessidade de profissionais técnicos de nível médio, sobretudo os de enfermagem, para atuar nessas áreas. Porém as expectativas não se concretizaram, e isso contribuiu para a formação de uma concepção tecnicista do trabalho em saúde, onde os profissionais passam a ser meros trabalhadores treinados em um curto espaço de tempo para se acostumarem com a divisão técnica do trabalho, e tornar tanto a saúde e a educação como meras mercadorias (PEREIRA & LIMA, 2009).

Nesse debate relacionado à Educação Profissional e a Educação Profissional em Saúde, no que diz respeito à formação e às diversas contradições desse processo, surgem novas perspectivas na formação de profissionais voltados para a introdução das questões sociais no processo de trabalho. Sobretudo, através dos recursos humanos em saúde, predomina uma crítica à formação e ao processo de trabalho dos profissionais de saúde (BATISTELLA, 2009).

A Educação Tecnológica e a Educação Politécnica fomentam os espaços de diálogo na construção curricular dos trabalhadores em diversas áreas. Na saúde, devido ao trabalho complexo e a amplitude das relações sociais – que giram em torno do adoecimento e do

tratamento de doenças –, os trabalhadores devem possuir o controle sobre o conhecimento e a prática, uma articulação entre a educação e o trabalho, sendo este último também espaço de aprendizado (BATISTELLA, 2009; PEREIRA & LIMA, 2009). Logo,

[...] o papel do ensino médio e da educação profissional em saúde deveria ser o de recuperar a relação entre conhecimento e a prática de trabalho. Isso significaria explicitar como a ciência se converte em potência material no processo de produção de mercadorias, de maneira geral, e nos serviços de saúde, em particular. Assim, seu horizonte deveria ser o de propiciar aos alunos o domínio dos fundamentos científicos das diversas técnicas e não o mero adestramento em técnicas produtivas (PEREIRA & LIMA, p. 185, 2009).

Atualmente, a formação profissional técnica e tecnológica em saúde, no Brasil, amparadas pela lei 9.394/96 e pelo decreto 5.154/04, é caracterizada pela formação inicial e continuada, podendo ser realizadas pelos serviços de saúde ou por instituições de ensino, sendo somente permitida concomitantemente ou subjacente ao ensino médio ou no ensino superior. Está dividida em doze subáreas de educação em saúde, sendo uma delas a vigilância em saúde (PEREIRA & LIMA, 2009).

A Educação Profissional em Saúde, baseada no ideal politécnico, tem grande importância para a formação de trabalhadores em saúde com a consciência de que suas atividades não devem ser partes de um mero processo, mais um conjunto de ações que auxiliam no cuidado a saúde. A formação de profissionais com esse olhar mais abrangente, e com o trabalho como principal fonte de aprendizado, torna-se difícil devido a realidade em que o país se encontra. Há uma grande procura de mão de obra alienada e sem conhecimentos amplos para se tornar refém do capital, da especulação e da acumulação (PEREIRA & LIMA, 2009).

A qualificação abrangente torna o profissional liberto dos pensamentos hegemônicos da elite, e produz trabalhadores que veem a educação e a saúde como fator importante na construção de uma sociedade mais justa e solidária, e não como simples mercadoria. A qualificação dos agentes, médicos, farmacêuticos, enfermeiros entre outros trabalhadores da área da saúde, necessitam de um olhar mais humanizado para o tratamento com a população e não com uma mercadoria, clientela ou simples objeto. Sem qualquer dúvida, a Educação Profissional em Saúde é atividade importante para a construção de um SUS acessível, justo e universal. (TEIXERA, 2004; SABROSA, 2006; BATISTELLA, 2009; PEREIRA & LIMA, 2009; PAIM, 2010 GONDIM, 2011; MOREIRA, 2012).

4 CONCLUSÃO

A vigilância em saúde tem tido hoje em dia um grande foco na área da saúde coletiva e, no âmbito do SUS para cumprir suas diretrizes. Sua eficácia na intervenção de um problema, sua tática de educação em saúde, sua visão crítica e ampla sobre a sociedade e sua forma deferente de planejar saúde tem tornado o modelo como instrumento de produção de saúde.

Entender o processo de trabalho da vigilância em saúde e analisar a sua importância necessitou de uma busca detalhada sobre o passado de atuação na área do cuidado em saúde, o que gerou alguns conflitos. A mudança de um modelo que passou de unilateral a ser abrangente e agregou as atividades do controle de endemias do sanitarismo campanhista e integrou, a partir da atenção básica a assistência hospitalar, sem a qualquer capacitação de todos os profissionais (desde médicos à agentes de saúde) gerou uma permanência de atitudes consideradas antiquadas até os primeiros anos do século XXI.

Os profissionais do controle de endemias, que foram peça chave da convecção desse trabalho, são além de esquecidos, muitas vezes desvalorizados desde a falta de qualificação para eles até a falta de reconhecimento, pois seu trabalho, caracterizado pela prevenção torna-se invisível para a sociedade.

A questão do reconhecimento, a principio pode não representar qualquer problema, porem gera um processo de insatisfação do agente de saúde com seu trabalho. Essa insatisfação está relacionada, sobretudo ao questionamento de sua importância, salários relativamente baixos, o que acarreta muitas vezes uma baixa qualidade das ações de saúde e em um caso mais grave o corrompimento desses profissionais em atividades ilícitas.

A Educação Profissional em Saúde baseada na politécnia deve ser entendida como ação estratégica na formação, seja de novos agentes os na recapacitação dos antigos para que essa mão de obra na saúde não se torne ferramenta do mercado, mas sim peças chaves na criação de um sistema público de saúde, de qualidade e amplitude. Ações como as das Escolas Técnicas do SUS, baseadas na educação tecnológica e das Escolas Politécnicas da FIOCRUZ (em nível médio) e da UFRJ (em nível superior) baseadas na politécnia, representam um processo de valorização da massa trabalhadora da saúde.

A pesar de ser uma área nova e de receber grandes investimentos nos últimos anos, a vigilância em saúde (não somente, mas todos os profissionais da área de saúde) necessita que seus profissionais possuam um vínculo estatutário para evitar qualquer tipo de intervenção na atividade a partir de um interesse privado. A criação de mais escolas formadoras desses

agentes profissionais, o reconhecimento da profissão e a abertura de concursos públicos voltados para as áreas técnicas são ações que devem crescer cada vez mais na área da saúde.

O traço marcante de ser uma atividade abrangente e não excludentes como as demais permite adquirir conhecimentos sobre diversas técnicas de cuidado e assumem papel de importância no embate a diversos agravos em saúde. O surgimento de novas propostas como a da Portaria 1.001 de 2010 que fala da inserção dos AVISAS nas Equipes de Saúde da Família abrem o leque de práticas e ampliam a visão desses agentes ao coletivo, já que são acostumados ao trabalho individual. A convivência com outra classe mais próxima: os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) aproxima o AVISA da população e com o trabalho aprendem novas técnicas formadas em conjunto no exercício diário da profissão.

A divisão das áreas da vigilância em saúde representa um dos principais problemas a serem modificados. Sobretudo na vigilância sanitária onde essa divisão se torna mais visível, é necessário que haja maneiras de integrar essas atividades, onde o primeiro passo foi dado com o agrupamento de todos os agentes relacionados às atividades de vigilância em saúde na categoria de mesmo nome no catálogo nacional de cursos técnicos, evitando assim, alguma diferença exorbitante na nomenclatura desses agentes. O nome é só o primeiro passo para se chegar no fundo de um processo fragmentado e reorganizar com uma perspectiva integrada.

Apesar da proposta estar ganhando corpo, torna-se necessário evidenciar a dificuldade com a literatura para a produção do trabalho devido a fragmentações, problemas com datas ou produções com linguagem rebuscada que dificultou o processo de confecção acirrando a demora na entrega do trabalho. Sobretudo a linguagem rebuscada afasta os agentes mais leigos de conhecer seu próprio processo de trabalho tornando a produção intelectual cada vez mais afastada da execução. A aproximação do trabalhador de trabalhos científicos que ele possa entender e se esclarecer torna-se importante para suas próprias convicções no processo de trabalho.

Por fim, entender a proposta da vigilância remete analisar aspectos políticos, culturais, sociais, organizacionais e, sobretudo analisar um contexto histórico de maneira ampla. Estudar a vigilância não se torna possível somente em um TCC devido a esses aspectos acima ditos. Sua amplitude, juntamente com a sua proposta ainda em discussão torna o trabalho pequeno comparado as diversas discussões que podem ser iniciadas a partir do mesmo. Fica explícito neste trabalho o desejo de continuidade e de análise permanente dessa proposta e de possíveis novas propostas a serem incrementadas a partir de artigos, monografias e dissertações a serem pensadas no futuro.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, Maurício de A. EVOLUÇÃO URBANA DO RIO DE JANEIRO. Rio de Janeiro: IPLANRIO, 1997.

ARTMANN, Elizabeth. O PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL NO NÍVEL LOCAL: UM INSTRUMENTO A FAVOR DA VISÃO MULTISSETORIAL. In: Oficina Social nº 3: Desenvolvimento Social. Rio de Janeiro: COPPE/UFRJ, 25p., 2000.

BARCELLOS, Cristovam; SANTOS, Simone M.; SOARES, Márcia F. INFORMAÇÃO E DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO DE SAÚDE. p.112-154. In INFORMAÇÃO E DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ EPSJV/ PROFORMAR, 2004.

BATISTELLA, Carlos Eduardo C. TENSÕES NA CONSTITUIÇÃO DE IDENTIDADES PROFISSIONAIS PARTIR DO CURRÍCULO: ANÁLISE DE UMA PROPOSTA DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL NA ÁREA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. Dissertação (Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP)/ FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2009

CAMPELLO, Ana Margarida M.B.; FILHO, Domingos L.L. Verbete “EDUCAÇÃO PROFISSIONAL”. p. 175-181. In PEREIRA, Isabel. LIMA, Júlio César (Org). DICIONÁRIO DA EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE. 2ª edição. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.

FERREIRA, Aurélio B. H. Miniaurério Século XXI Escolar: O minidicionário da língua portuguesa. 4. ed. ver. ampliada. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2001.

FONSECA, Angélica F.; PEREIRA, Isabel Brasil; MOROSINI, Márcia Valéria G. C. EDUCAÇÃO E SAÚDE: COMPROMISSO E PRÁTICA DO AGENTE DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. p.64-125. In EDUCAÇÃO E AÇÃO COMUNICATIVA. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ EPSJV/ PROFORMAR, 2004.

GONDIM, Grácia Maria de Miranda. TERRITÓRIOS DA ATENÇÃO BÁSICA: MÚLTIPLOS, SINGULARES OU INEXISTENTES? Tese Doutorado. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio (ENSP) / FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2011.

GONDIM, Grácia Maria de Miranda; PALMEIRA, Guido; ROJAS, Luisa Iñiguez; ORTIZ, Maria Luiza. PROCESSO SAÚDE-DOENÇA E A PRODUÇÃO SOCIAL DA SAÚDE. p.10-108. In INFORMAÇÃO E DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ EPSJV/ PROFORMAR, 2004.

MINISTERIO DA SAÚDE. Técnico em vigilância em saúde: diretrizes e orientações para a formação/ Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Brasília, 2011

MONKEN, Maurício ; Barcellos, Christovam . O TERRITÓRIO NA PROMOÇÃO E VIGILÂNCIA EM SAÚDE. In: Fonseca, Angélica Ferreira; Corbo, Ana Maria D’Andrea (Org.). O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. p. 177-224.

MONKEN, Mauricio; Batistella, Carlos E.C. Verbete “VIGILÂNCIA EM SAÚDE”. p. 471-477. In PEREIRA, Isabel. LIMA, Júlio César (Org). DICIONÁRIO DA EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE. 2ª edição. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.

MOREIRA, Virgínia Sequeira. A CATEGORIA TERRITÓRIO NA QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE (VISAU): UMA ANÁLISE DA EXPERIÊNCIA DO PROGRAMA DE FORMAÇÃO DE AGENTES LOCAIS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE (PROFORMAR) EM NOVA IGUAÇU – RJ. Dissertação de Mestrado EPSJV / FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2012.

MOROSINI, Márcia V.G.; MATTA, Gustavo C. Verbete “ATENÇÃO À SAÚDE”. p. 39-44. In PEREIRA, Isabel. LIMA, Júlio César (Org). DICIONÁRIO DA EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE. 2ª edição. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.

PAIM, Jairnilson Silva. O QUE É SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009. (Coleção Temas em Saúde).

PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César F. Verbete “EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE”. p. 182-189. In PEREIRA, Isabel. LIMA, Júlio César (Org). DICIONÁRIO DA EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE. 2ª edição. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.

PIRES, Denise E. Verbete “DIVISÃO TÉCNICA DO TRABALHO EM SAÚDE”. p. 130-135. In PEREIRA, Isabel. LIMA, Júlio César (Org). DICIONÁRIO DA EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE. 2ª edição. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.

ROZEMBERG, Brani; XAVIER, Caco. COMUNICAÇÃO E SAÚDE. p.10-63. In EDUCAÇÃO E AÇÃO COMUNICATIVA. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ EPSJV/ PROFORMAR, 2004.

SABROSA, Paulo. Verbete “VIGILÂNCIA EM SAÚDE”. 20 p. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/grupos/arquivos/20060718160725.pdf> . Acessado em 19 de agosto de 2013 às 11 horas e 18 minutos.

SILVA, Luiz J; O Controle das Endemias no Brasil e sua Historia. Ciência & Cultura, São Paulo, v. 55, n. 1 p. 44-47, jan/fev. 2003.

SNOW, John. SOBRE A MANEIRA DE TRANSMISSÃO DO CÓLERA. São Paulo: HUCITEC, 1999.

TEIXEIRA, Carmen Fontes; PINTO, Lorene Louise; VILASBOAS, Ana Luiza. O processo de trabalho da vigilância em saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/EPSJV/PROFORMAR, 2004. 60 p. il. (Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde).

TEIXEIRA, Carmen. O SUS e a vigilância em saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/EPSJV/PROFORMAR, 2004. 60 p. il. (Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde).