

VIGILÂNCIA EM SAÚDE NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

HEALTH SURVEILLANCE IN THE FAMILY HEALTH PROGRAM

Jean Ezequiel Limongi

Mestre em Imunologia e Parasitologia Aplicadas
CCZ de Uberlândia, Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia – MG
Instituto Passo 1 de Pós-Graduação, Uberlândia - MG
jeanlimongi@gmail.com

Eyre Carla de Menezes

Especialista em Fisioterapia em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica
Instituto Passo 1 de Pós-Graduação, Uberlândia - MG
eyrecarla@hotmail.com

Antônio Carlos de Menezes

Especialista em Saúde Pública e Saúde da Família.
Programa Saúde da Família. Secretaria Municipal de Saúde de Araxá-MG
Instituto Passo 1 de Pós-Graduação, Uberlândia - MG
antocar@oi.com.br

RESUMO

Para realizar a reorientação do modelo assistencial de saúde do Brasil o Ministério da Saúde tem conduzido sua atuação na reorganização da Atenção Primária por meio de duas propostas, o Programa de Saúde da Família e a concepção de Vigilância em Saúde. A primeira visa às ações de atenção primária à saúde, com uma visão focalizada dos níveis de saúde de uma comunidade, afirmando os princípios básicos do Sistema Único de Saúde do Brasil. A segunda enfatiza ações voltadas à melhoria das condições e estilos de vida de grupos populacionais específicos, apoiando-se em atividades de educação, comunicação e na formulação de políticas públicas saudáveis nas várias esferas de governo, além do fortalecimento das ações de vigilância. O objetivo deste trabalho foi realizar uma análise sobre a situação da Vigilância em Saúde no Programa Saúde da Família por meio de uma revisão bibliográfica e abordar aspectos relacionados à aplicabilidade e viabilidade da integração destas propostas. Foi observado que a prática de Vigilância em Saúde nas equipes de Saúde da Família ainda enfrenta obstáculos de natureza política e técnica, apesar dos avanços e esforços do Ministério da Saúde nos últimos anos. A integração dessas propostas deve ser encorajada, visto que o Programa Saúde da Família constitui o “*lugar natural*” para o desenvolvimento de ações de Vigilância em Saúde.

Palavras-chave: Programa Saúde da Família. Vigilância em Saúde. Promoção da Saúde.

ABSTRACT

To accomplish the *reorienting* of the health assistance model of Brazil the Ministry of Health has been conducting his performance in the reorganization of

Recebido em: 08/01/2009

Aceito para publicação em: 10/01/2009

the *primary care level* through of the two proposed, the Family Health Program and the conception of Health Surveillance. The first seek to the actions of *primary care level* to the health, presenting a focused vision of the levels of a community's health, affirming the basic beginnings of Unified Health System (SUS). The second emphasizes actions related to the improvement of the conditions and lifestyles of specific population groups, leaning on thoroughly in activities of education and communication and in the formulation of healthy public politics in the several government spheres, beyond the invigoration of the surveillance actions. The objective of this work was to accomplish an analysis about the situation of the Health Surveillance in the Family Health Program through a literature review and to approach aspects related to the applicability and viability of the integration of these proposals. It was observed that the practice of Health Surveillance in the staffs of Family Health Program still confront obstacles of political and technical nature, in spite of the progresses and efforts of Ministry of Health in the last years. The integration of those proposals should be encouraged, because the Family Health Program constitutes the "natural place" for the development of actions of Health Surveillance.

Key Words: Family Health Program. Health Surveillance. Health Promotion.

INTRODUÇÃO

A Reforma Sanitária e a Constituição Brasileira de 1988 representaram uma mudança importante para o sistema de saúde do Brasil com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), reconhecendo a saúde como direito social universal e de cidadania, rompendo com uma longa tradição que vinculava o direito a assistência médica apenas aos trabalhadores com carteira assinada, contribuintes da previdência social (PORTELA, 2005). Porém, desde a implantação do SUS, o Ministério da Saúde ainda não conseguiu alcançar níveis satisfatórios de qualidade de vida, devido principalmente ao modelo vigente de atenção à saúde, que pode ser considerado um dos obstáculos. Associado a isso, o Brasil, assim como o México, exhibe um modelo de transição epidemiológica peculiar denominada de "*modelo polarizado prolongado*". Três características distinguem este modelo: (i) sobreposição de etapas – doenças infecto-parasitárias e crônico-degenerativas com grande importância absoluta e relativa; (ii) um movimento de "contra-transição" representado pelo ressurgimento de doenças como a malária, o cólera e a dengue, com grande importância na morbidade, mas sem grande interferência na mortalidade e (iii) uma "transição prolongada", pois não há uma expectativa clara de resolução do processo de transição, que cursa com uma exacerbação das desigualdades dentro dos países (LUNA, 2002). A alta incidência de doenças infecto-parasitárias e crônico-degenerativas de forma concomitante, constitui um grande desafio para a saúde pública de qualquer país, principalmente nos países em desenvolvimento. Em face disso, fez-se necessário à criação de um modelo de atenção centrado na qualidade de vida das pessoas e do seu meio ambiente, bem como na relação da equipe de saúde com a comunidade, especialmente, com os seus núcleos sociais primários. A intervenção mais ampla realizada no Brasil visando à modificação do modelo de atenção hegemônico talvez possa ser creditada à reorganização da Atenção Primária, particularmente por meio do Programa de Saúde da Família (PSF), vinculado à Vigilância em Saúde (PAIM, 2003). Estas duas propostas alternativas de modelo de atenção têm sido reconhecidas como

eixos reestruturantes do SUS (CAMPOS, 2003).

O PSF surgiu em 1994 visando às ações de atenção primária à saúde, apresentando uma visão localizada e focalizada dos níveis de saúde de uma comunidade, incorporando e reafirmando os princípios básicos do SUS: Universalidade - acesso aos serviços de saúde para toda população; Equidade - Igualdade na assistência à saúde; Integralidade - Conjunto de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos e Humanização do atendimento (participação) - responsabilização entre os serviços de saúde e a comunidade (BRASIL, 1994).

Na concepção do PSF, estabelecem-se os seguintes planos: ações com ênfase na promoção da saúde e prevenção de doenças; promoção da educação em saúde e mobilização comunitária para uma melhor qualidade de vida mediante ações de saneamento e melhorias do meio ambiente; informação de disponibilidades e necessidades da comunidade e a participação no processo de programação e planejamento local das ações relativas à superação dos problemas identificados, entre outros pontos. O PSF, como estratégia para o aprimoramento e consolidação do SUS, reorienta a assistência ambulatorial e domiciliar, focalizando o indivíduo, a família e a comunidade, inseridos em seu contexto sócio-ambiental, na busca da promoção à saúde e participação comunitária, a partir de um trabalho interdisciplinar e intersetorial feito pela equipe de saúde e comunidade. Neste programa, considera-se que o paciente é inserido em um contexto familiar e comunitário, sendo enfatizada a importância do ambiente social na determinação do seu estado de saúde. Assim, a equipe de saúde age a partir do estabelecimento de vínculos e da criação de laços de compromisso e de coresponsabilidade entre si e a população (SCOTT, 2001).

O PSF é considerado a mais importante estratégia da Atenção Primária. Esta, como nível de atenção à saúde, é conformada pelo conjunto de ações de atenção dirigida às pessoas (individuais e coletivas) e ao ambiente que cubram as necessidades de promoção da saúde em cada contexto social, a prevenção de enfermidades, lesões e riscos prevalentes, e o atendimento básico e efetivo dos enfermos (solução de enfermidades e lesões comuns e primeiro atendimento das mais complexas) (BRASIL, 2003).

A Vigilância em Saúde, burocraticamente, é composta pela vigilância das doenças transmissíveis, das doenças não transmissíveis e da análise da situação em saúde. Compreende as ações de Vigilância Epidemiológica, Sanitária, Ambiental e Saúde do Trabalhador (NORONHA; PENNA, 2007). Ela prevê a intervenção sobre problemas de saúde; a ênfase em problemas que requerem atenção e acompanhamento contínuos; a operacionalização do conceito de risco; a articulação de ações de promoção, prevenção e assistência; a atuação intersetorial; as ações sobre o território; e a intervenção sob a forma de operações (TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 1998). A sua operacionalização tem recorrido aos seguintes passos: microlocalização dos problemas de saúde; intervenção no âmbito populacional pautada no saber epidemiológico; apropriação de informações acerca do território-processo mediante "oficinas de territorialização"; e utilização da geografia, do planejamento e programação local de saúde (TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 2002). Esses passos expressam certas dimensões técnicas visando à integralidade, à intersetorialidade, à efetividade e à equidade, além de permitirem um diálogo dessa proposta com outras alternativas de modelos de atenção e de organização de serviço (PAIM, 2004). A Vigilância em Saúde, em uma concepção ampliada, é definida como um conjunto articulado de ações destinadas a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios, sob a ótica da integralidade

do cuidado, o que inclui tanto a abordagem individual quanto a coletiva dos problemas de saúde (TEIXEIRA; PINTO; VILASBÔAS, 2004).

O PSF, baseando-se em seus princípios de integralidade do cuidado e de responsabilização pela saúde da população, além de estar em íntimo contato com a comunidade, constitui o "*lugar natural*" para o desenvolvimento da Vigilância em Saúde (NORONHA; PENNA, 2007). Porém, na prática, as equipes de PSF restringem suas ações de vigilância em saúde à notificação de casos e à oferta das vacinas do Programa Nacional de Imunização (VILASBÔAS; TEIXEIRA, 2007).

Este artigo se propõe a uma análise crítica da situação da integração da Vigilância em Saúde no Programa de Saúde da Família, apontando alternativas para a efetivação desta proposta na reestruturação da Atenção Primária no Brasil.

Modelos de Atenção à Saúde

Os modelos de atenção, modelos assistenciais ou modos de intervenção em saúde podem ser definidos como combinações tecnológicas estruturadas em função de problemas de saúde (danos e riscos) que compõe o perfil epidemiológico de uma dada população e que expressam necessidades sociais de saúde historicamente definidas (PAIM, 2003).

Outra concepção, ampliada, sistêmica, sobre os modelos de atenção inclui três dimensões: uma dimensão gerencial, relativa aos mecanismos de condução do processo de reorganização das ações e serviços, uma dimensão organizativa, que diz respeito ao estabelecimento das relações entre as unidades de prestação de serviços, geralmente levando em conta a hierarquização dos níveis de complexidade tecnológica do processo de produção do cuidado, e a dimensão propriamente técnico-assistencial ou operativa, que diz respeito às relações estabelecidas entre os sujeitos das práticas e seus objetos de trabalho, relações estas mediadas pelo saber e pela tecnologia, que operam no processo de trabalho em saúde, em vários planos (promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos, recuperação e reabilitação) (TEIXEIRA, 2003).

Atualmente, o sistema de saúde brasileiro exhibe modelos assistenciais diversos, com destaque ao modelo médico-assistencial privatista (ênfase na assistência médico-hospitalar e nos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico) e o modelo assistencial sanitarista (campanhas, programas especiais e ações de vigilância epidemiológica e sanitária), ao lado de outros modelos alternativos (MENDES, 1993; PAIM, 1994). Enquanto o modelo médico-assistencial privilegia o médico, tomando como objeto a doença, em sua expressão individualizada e utiliza como meios de trabalho os conhecimentos e tecnologias que permitem o diagnóstico e a terapêutica das diversas patologias, o modelo sanitarista têm como sujeitos os sanitaristas, cujo trabalho toma por objeto os modos de transmissão e fatores de risco das diversas doenças em uma perspectiva epidemiológica, utilizando um conjunto de meios que compõem a tecnologia sanitária (educação em saúde, saneamento, controle de vetores, imunização, etc.) (TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 1998).

Porém, em uma proposta cada vez mais incentivada nos serviços de saúde pública, a Vigilância em Saúde surge como um modelo assistencial alternativo, que incorpora e supera os modelos vigentes, implicando a redefinição do objeto, dos meios de trabalho, das atividades, das relações técnicas e sociais, bem como das organizações de saúde e da cultura sanitária. Essa perspectiva aponta na direção da superação da dicotomia entre

as chamadas práticas coletivas (vigilância epidemiológica e sanitária) e as práticas individuais (assistência ambulatorial e hospitalar) por meio da incorporação das contribuições da nova geografia, do planejamento urbano, da epidemiologia, da administração estratégica e das ciências sociais em saúde, tendo como suporte político-institucional o processo de descentralização e de reorganização dos serviços e das práticas de saúde ao nível local (TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 1998). Dessa forma pretende-se alterar as formas de organização dos processos de trabalho envolvidas nos modelos assistenciais vigentes. O trabalho no modelo médico-assistencial é condensado na rede de prestação de serviços de saúde, e o *locus* sempre foi o hospital. O modelo sanitário é centrado nas unidades de saúde, a partir das quais se operacionalizam as campanhas, programas e ações de vigilância epidemiológica e sanitária. A proposta de Vigilância em Saúde, entretanto, transcende os espaços institucionalizados dos sistemas de serviços de saúde e se expande a outros setores e órgãos de ação governamental e não governamental, envolvendo uma trama complexa de entidades representativas dos interesses de diversos grupos sociais (TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 1998). Assim, como podem ser verificados, os princípios da Vigilância em Saúde guardam grande coerência e sintonia com as atribuições do PSF, sendo injustificável as ações destas propostas serem planejadas e organizadas de forma não-integrada.

Território e integração das ações em saúde

O território é entendido como o espaço onde vivem grupos sociais, suas relações e condições de subsistência, de trabalho, de renda, de habitação, de acesso à educação e o seu saber preexistente, como parte do meio ambiente, possuidor de uma cultura, de concepções sobre saúde e doença, de família, de sociedade, etc. (CAMPOS, 2003).

O trabalho em saúde deve estar imerso no contexto territorial. Assim consegue-se definir problemas, e um conjunto de prioridades, bem como obter os recursos para atender às necessidades de saúde da comunidade considerando cada situação específica. Os sistemas de saúde se organizam sobre uma base territorial, o que significa que a distribuição dos serviços de saúde segue a uma lógica de delimitação de áreas de abrangência, que devem ser coerentes com os níveis de complexidade das ações de atenção (PEREIRA; BARCELLOS, 2006). As diretrizes estratégicas do SUS (Lei 8080) têm uma forte relação com a definição do território. O município representa o nível inferior onde é exercido o poder de decisão sobre a política de saúde no processo de *descentralização*. Nesse território, as práticas de saúde avançam para a *integração das ações* de atenção, promoção e prevenção, de forma que as intervenções sobre os problemas sejam também sobre as condições de vida das populações (MENDES, 1993).

A integração do território entre Atenção Primária e a Vigilância em Saúde é imprescindível para o alcance dos objetivos destes setores da saúde. Somente com o uso das mesmas bases territoriais e da articulação intersetorial, envolvendo aqui não somente órgãos de saúde pública, mas também outros responsáveis pela elaboração de políticas saudáveis, é que podemos alcançar os princípios da integralidade, universalidade e equidade do SUS (NORONHA; PENNA, 2007). No entanto, os sistemas de informação em saúde, o geoprocessamento e as ferramentas da epidemiologia para acompanhar, monitorar, avaliar e planejar são pouco utilizados nos setores de Vigilância em Saúde e Atenção Primária da maioria dos municípios, e raramente, de forma integrada entre estes setores. A falta de capacitação de recursos humanos nestas áreas afeta sobremaneira a operacionalização e a racionalização das ações em saúde.

A Vigilância em Saúde tem no princípio de territorialidade sua principal premissa (CAMPOS, 2003). No PSF a principal fonte de informação é a família. Todos os demais dados gerados pelos sistemas são agregações posteriores desse nível mínimo de coleta de dados. Os níveis superiores correspondem à microárea, área, segmento e município, por meio dos quais os dados podem ser agregados para a geração de relatórios (BRASIL, 1994). A *microárea* é formada por um conjunto de famílias que congrega aproximadamente 450 a 750 habitantes, constituindo a unidade operacional do agente de saúde (PEREIRA; BARCELLOS, 2006). Esse espaço apresenta, portanto, além de uma extensão geométrica, um perfil demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural, que o caracteriza como um território em permanente construção (MENDES, 1993).

Algumas dificuldades têm sido encontradas na criação de uma cartografia do PSF. Um dos obstáculos para o uso de Sistemas de Informação Geográfica (SIG) é a falta de uma base digital das ruas e quadras (PEREIRA; BARCELLOS, 2006). O uso de dados de mapeamento utilizados pelo *Programa de Controle da Dengue*, muitos com base tecnológica de SIG, é uma alternativa para auxiliar no processo de cartografia do PSF, além de representar um importante passo para o avanço das ações de intersectorialidade.

Saúde da Família e Vigilância em Saúde

A Vigilância em Saúde planeja as ações de saúde, baseando-se em dois princípios fundamentais da estratégia Saúde da Família: a co-responsabilidade sanitária e a participação social. Sendo assim, considera-se que a estratégia Saúde da Família constitui o principal meio para a operacionalização da Vigilância em Saúde (VILASBÔAS; TEIXEIRA, 2007). Porém, a atual estrutura das Equipes de Saúde da Família (ESF) não permite esta integração, devido principalmente a obstáculos de natureza político-administrativa e técnico-organizativa. Superar a lógica assistencial, de caráter individual e curativista, que dirige as práticas de grande parte das equipes implantadas em todo o país é o grande desafio para a efetivação desta integração. Apesar dos avanços jurídico-normativos com a criação do SUS, ainda existe a dicotomia entre as ações individuais curativistas e as ações coletivas de cunho preventivo. As coordenações de Atenção Primária e Vigilância em Saúde muitas vezes são desarticuladas no planejamento e organização de suas ações. Existe algum sentido os agentes de vigilância trabalhar sem nenhuma integração com o PSF se compartilham o mesmo território de atuação? Ambos devem atuar em um território integrado, estabelecido a partir de critérios pré-definidos, e assim, realizarem conjuntamente análises da situação de saúde/doença e não mais duplicando e segmentando uma realidade que é indivisível e inter-relacionada. A definição das ações específicas de vigilância em saúde a serem executadas pelas ESF deve ser objeto da articulação entre essas coordenações e os profissionais. O planejamento e a programação das ações de vigilância em saúde na Atenção Primária são pontos fundamentais para que se construa uma rede de saúde articulada, hierarquizada e regionalizada. O trabalho conjunto, integrado, com clareza de papéis, potencializa o alcance dos objetivos tanto da Vigilância em Saúde como da Atenção Primária (NORONHA; PENNA, 2007).

A falta de uma coordenação comum, ou de uma pactuação regulamentada, dificulta sobremaneira a integração das ações de Vigilância em Saúde e Saúde da Família. Na prática, estes setores trabalham de forma autônoma, sem qualquer planejamento e/ou envolvimento em comum.

Além dos esforços locais de articulação intersetorial, deve haver envolvimento das estruturas centrais das Secretarias Municipais, Estaduais e Ministério da Saúde, já que algumas ações extrapolam o âmbito de atuação das equipes, exigindo assim uma decisão política (VILASBÔAS; TEIXEIRA, 2007). Somente com ações programadas e pactuadas pelo poder público é possível vislumbrar certas ações. Ações de Vigilância Sanitária e Ambiental, por exemplo, ainda estão bastante distantes do cotidiano das ESF (TEIXEIRA; SOLLA, 2006).

A cultura curativista que impera tanto na saúde pública quanto no consciente popular, impede que ações voltadas à promoção e a prevenção da saúde façam parte da realidade da saúde pública do Brasil. A responsabilidade de se instaurar políticas públicas saudáveis extrapola o âmbito do setor saúde e atinge os serviços de meio ambiente, cultura, serviços urbanos, desenvolvimento social entre outros. Somente com o somatório de esforços de diversos outros órgãos representativos da sociedade haverá a mudança desse paradigma. É necessário que a população tenha uma atuação participativa neste processo, pondo fim ao *assistencialismo* ou *paternalismo* imperativo no Brasil, onde os cidadãos esperam que o sistema de saúde resolva, heroicamente, todos os problemas de saúde coletiva.

Não se deve deixar de lado nesta discussão duas peças chave deste processo, que são co-responsáveis pela saúde da população: o agente comunitário de saúde (ACS) e o agente de controle de endemias (ACE). Deve haver a integração das atividades desses agentes, evitando a duplicidade de ações, que embora distintas, se complementam (NORONHA; PENNA, 2007). A integração de ACS e ACE de forma harmoniosa é ainda um grande desafio, mas como ponto de partida deve-se pensar nas características epidemiológicas de cada localidade, antes de se operacionalizar esta integração.

Um grande problema do PSF refere-se ao grande número de pessoas cadastradas para cada ESF: até 4000 habitantes com um máximo de 750 pessoas por ACS (BRASIL, 2006). A redução da relação equipe/população adscrita, além da ampliação da composição multiprofissional do PSF é fundamental para viabilizar as ações de vigilância em saúde. É utópico imaginar que uma equipe de PSF consiga promover ações diversas de saúde com um número excessivo de pessoas sob sua responsabilidade. Além disso, a formação e a qualificação de recursos humanos têm sido grandes entraves não só para a efetiva consolidação do PSF, mas também para o SUS como um todo. O baixo nível de instrução dos ACS é fato preocupante em todo o Brasil. Após a implantação do PSF, o papel do ACS foi ampliado, com atribuições em um cenário bem mais complexo e abrangente. O processo inadequado de qualificação, representado por diversos micro-treinamentos, fragmentados, dados por diferentes programas, fora do contexto e sem uma seqüência lógica, que tem sido uma constante desde a criação do PSF, dificultou a sistematização das competências dos agentes (TOMAZ, 2002). Campos (2003) diz que a equipe não tem necessidade de dominar todo o conhecimento sobre as múltiplas ocorrências e agravos que acometem a comunidade, mas sim estar atenta às possíveis relações existentes entre o adoecer e a vida cotidiana de seus integrantes. Talvez este seja o caminho para os ACS se adequarem ao perfil que lhe são solicitados. No entanto, quanto maior o grau de escolaridade mais condições terá o agente de incorporar novos conhecimentos e orientar as famílias sob sua responsabilidade (TOMAZ, 2002).

De acordo com Vilasbôas e Teixeira (2007) o conceito de risco, atual e potencial, devem ser trabalhados nas ESF, de modo que os profissionais de saúde não apenas intervenham nos agravos à saúde, mas que também tomem como objeto de trabalho os

riscos sanitários presentes nos modos de vida dos diversos grupos populacionais, famílias e indivíduos. O agente comunitário de saúde pode exercer ações de promoção e prevenção à saúde quando do seu contato com a família, orientando sobre a eliminação de focos de mosquito *Aedes aegypti*, por exemplo, não delegando esta função apenas ao ACE e desfazendo a dicotomia existente entre as ações de vigilância e assistência.

Ações de integração das ESF e coordenações de Vigilância em Saúde estão sendo experimentadas em vários Estados do país, com resultados estimulantes, como o exemplo do combate à malária no norte do país, integrado a Atenção Primária desde o ano de 2000 (LADISLAU, 2007). Porém é necessária a sistematização destas ações no âmbito das ESF em todo o país, além de uma regulamentação de abrangência nacional. O controle da dengue no Brasil, por exemplo, constitui um grande desafio a ser operacionalizado de forma integrada entre a estratégia Saúde da Família e a Vigilância em Saúde.

O Ministério da Saúde têm intensificado as discussões da integração da Atenção Primária e Vigilância em Saúde, inclusive com a elaboração recente de dois números especiais de publicações da Atenção Primária (*Revista Brasileira Saúde da Família* e *Cadernos de Atenção Básica*), dedicadas exclusivamente ao tema. Outro importante marco foi a *Reunião Macro Regional de Integração da Vigilância em Saúde com a Atenção Básica da Região Amazônica*, realizada em junho de 2008, em Belém do Pará. Em uma iniciativa inédita e ousada, reuniram-se representantes da Vigilância em Saúde e da Atenção Primária com a pretensão de construir um novo modelo de atenção à saúde. Durante a reunião, cinco agravos transmitidos por vetores foram abordados conjuntamente: dengue, malária, leishmaniose, febre amarela e Chagas. A idéia principal foi planejar a integralidade do cuidado, consolidando o desenvolvimento das ações de vigilância na Atenção Primária, que como porta de entrada da população está muito mais próxima do contexto social, econômico e ambiental. Evitar a sobreposição de atividades e otimizar custos são fatores estimulantes para a integração da Atenção Primária à Vigilância em Saúde.

A importância do registro de situações de risco para a vigilância em saúde

As informações geradas por prontuários de pacientes constituem bases de dados que podem subsidiar o planejamento de medidas preventivas no âmbito local. A ausência de um sistema de vigilância em saúde para grupos vulneráveis mantém a assistência clínica dissociada dos aspectos de proteção da saúde, no sentido de evitar novos casos e agravamento daqueles já existentes (CAZARIN; AUGUSTO; MELO, 2007). Limongi e colaboradores (2007), por exemplo, demonstra claramente o perfil clínico-epidemiológico dos pacientes de hantavirose do Triângulo Mineiro e Alto Paranaíba, bem como o padrão típico de sazonalidade da doença por meio de um estudo de prontuários médicos em unidades de saúde do município de Uberlândia-MG. Estudos epidemiológicos desta natureza são passíveis de serem executados no âmbito da estratégia de saúde da família, utilizando-se de ferramentas básicas da Vigilância em Saúde.

A acumulação de dados sobre a população do território adscrito, sem a geração de informação, constitui um sério entrave para a operacionalização do SUS. A Vigilância em Saúde, que tem como um dos seus objetivos a análise da situação de saúde, é imprescindível no PSF, com intuito de analisar, planejar e executar. O diagnóstico de uma patologia realizado sem a preocupação com o aspecto coletivo/epidemiológico contribui para a manutenção de situações de risco, de adoecimento e de morte, que em muitos

casos poderiam ser evitáveis (CAZARIN; AUGUSTO; MELO, 2007).

Considerações finais

O programa Saúde da Família somente poderá contribuir na reestruturação do SUS se as atividades de vigilância forem efetivamente implantadas e incorporadas ao cotidiano das equipes espalhadas pelo país, além do envolvimento de outras áreas da saúde, meio ambiente, educação, obras, entre outros, bem como de profissionais das mais diversas formações. Romper com o modelo assistencial hegemônico, com concepção curativista imperativa, constitui um grande desafio não só para os profissionais da saúde, mas como também para toda a sociedade brasileira. Assim como diz Campos (2003, p. 583): “perseguir o que parece ser óbvio pode ser mais difícil do que se imagina”.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. *Programa de Saúde da Família (PSF)*. Brasília, DF, 1994.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *O CNS e a construção do SUS: referências estratégicas para melhora do modelo de atenção à saúde*. 1. ed. Brasília, DF, 2003. 82 p.
- BRASIL. Portaria nº-648/GM, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 29 mar. 2006. Seção 1, p. 71.
- CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 569-584, 2003.
- CAZARIN, G.; AUGUSTO, L. G. S.; MELO, R. A. M. Doenças hematológicas e situações de risco ambiental: a importância do registro para a vigilância epidemiológica. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v.10, n.3, p. 380-390, 2007.
- LADISLAU, J. L. B. Agentes comunitários de Saúde para combater a malária no norte do país. *Revista Brasileira Saúde da Família*, Brasília, ano VIII, n. 16, p. 46-49, 2007.
- LIMONGI, J. E.; COSTA, F. C.; PAULA, M. B. C.; PINTO R. M. C.; OLIVEIRA, M. L. A.; PAJUABA NETO, A. A.; BORGES, A. S.; FERREIRA, M. S. Síndrome cardiopulmonar por hantavírus no Triângulo Mineiro e Alto Paranaíba, Minas Gerais, 1998-2005: aspectos clínico-epidemiológicos de 23 casos. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, Uberaba, v. 40, n. 3, p. 295-299, 2007.
- LUNA, E. J. A. A emergência das doenças emergentes e as doenças infecciosas emergentes e reemergentes no Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 5, n. 3, p. 229-243, 2002.
- MENDES, E. V. *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1993. 303 p.
- NORONHA, J. C.; PENNA, G. O. Saúde da Família e Vigilância em Saúde: em busca da integração das práticas. *Revista Brasileira Saúde da Família*, Brasília, ano VIII, n. 16, p. 4-9, 2007. Entrevista concedida a Patrícia Álvares.
- PAIM, J. S. A Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais. In: ROUQUAYROL M. Z.

Epidemiologia & Saúde. 4. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1994. p. 455-466.

PAIM, J.S. Epidemiologia e planejamento: a recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, p. 557-567, 2003.

PAIM, J.S. Atenção à saúde no Brasil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde no Brasil – Contribuições para a Agenda de Prioridades de Pesquisa*. Brasília, DF, 2004. p. 15-41.

PEREIRA, M. P. B.; BARCELLOS, C. O Território no Programa de Saúde da Família. *Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde*, Uberlândia, v. 2, n. 2, p. 47-55, 2006.

PORTELA, J. A. S. A Importância da reorientação do modelo de atenção para a atenção hospitalar no sistema único de saúde – SUS. *Revista Eletrônica de Administração hospitalar*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, 2005. Disponível em: <<http://www.saocamilorj.br/reah/artigojacob.pdf>>. Acesso em: 11 fev. 2008.

SCOTT, P. Programas de Agentes Comunitários de Saúde da Família e dilemas de reprodução orientada. In: GICO, V. V. (Org.). *As Ciências Sociais: Desafios do Milênio*. Natal: EDUFRN, 2001. p. 889-905.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM J. S.; VILASBÔAS A. L. Q. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. *Informe Epidemiológico SUS*, Brasília, v. 7, n. 2, p.7-28, 1998.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBÔAS, A. L. Q. *Promoção e Vigilância da Saúde*. Salvador: CEPS-ISC, 2002. 128 p.

TEIXEIRA, C.F. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 257-277, 2003.

TEIXEIRA, C. F.; PINTO, L. L.; VILASBÔAS, A. L. Q. *O Processo de trabalho da vigilância em saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz/EPJSV/Proformar, 2004, 60 p. (Série: Material Didático do Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde; 5)

TEIXEIRA, C. F.; SOLLA, J. P. *Modelo de atenção à saúde: Promoção, vigilância e saúde da família*. Salvador: EDUFBA, 2006. 237 p.

TOMAZ, J. B. C. O agente comunitário de saúde não deve ser um “super-herói”. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 6, n. 10, p. 84-87, 2002.

VILASBÔAS, A. L. Q.; TEIXEIRA, C. F. Saúde da Família e Vigilância em Saúde: em busca da integração das práticas. *Revista Brasileira Saúde da Família*, ano VIII, n. 16, p. 63-67, 2007.