



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SÉRGIO AROUCA
ENSP

“Docência na Área de Vigilância da Saúde: Relato de Experiência”

Por

Míriam Estela de Souza Freire

Orientadora: Dr.^a Rosangela Gaze

Rio de Janeiro, Maio de 2011.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



“Docência na Área de Vigilância da Saúde: Relato de Experiência”

Trabalho apresentado com vistas à obtenção do título de Especialista no Curso de Formação Docente na Área de Vigilância da Saúde.

Por

Míriam Estela de Souza Freire

Orientadora: Dr.^a Rosângela Gaze

Rio de Janeiro, Maio de 2011.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Diagrama dos Componentes do Sistema de Vigilância em Saúde

31

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	05
CAPÍTULO 1	10
1.1. ALGUMAS ABORDAGENS TEÓRICAS INTEGRADORAS	10
CAPÍTULO 2	17
2.1. RELATO TEÓRICO E METODOLÓGICO DA EXPERIÊNCIA NO PROGRAMA/CURSO (MOMENTOS DE CONEXÕES)	17
2.2. LEVANTAMENTO DE PROBLEMAS LOCAIS	19
2.3. PAUTA DE PROBLEMAS LOCAIS	22
2.4. CONSTRUÇÃO DE UMA PAUTA DE VIGILÂNCIA DA SAÚDE	28
2.4.1. Território	28
2.4.2. Atores envolvidos no ERS de Diamantino	29
2.4.3. Problemas elencados pela gestão e técnicos do ERS	29
2.4.4. Atores envolvidos no município de Cuiabá	29
2.4.5. Problemas elencados pela gestão e técnicos da vigilância da saúde do município de Cuiabá – MT	30
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS	33
4. BIBLIOGRAFIA	36

1. INTRODUÇÃO

Este trabalho é o resultado das discussões e reflexões realizadas no decorrer do Curso de Especialização de Formação Docente na Área de Vigilância da Saúde focado na construção de uma vigilância de base territorial local. Trata-se de um estudo reflexivo sobre as incertezas, desafios e possibilidades no âmbito da docência, educação permanente e vigilância da saúde.

Momento ímpar e necessário, especialmente, no processo de fortalecimento das experiências e parcerias entre a Rede de Escolas de Saúde Pública e das Vigilâncias para contribuir na melhoria da qualidade serviço do Sistema Único de Saúde (SUS).

A leitura da Resolução nº. 218 de 06/03/1997 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 1997), no texto da VIII Conferência Nacional de Saúde ampliaram a compreensão da relação saúde/doença como decorrência das condições de vida e trabalho, bem como propôs o acesso igualitário da população aos serviços de promoção e recuperação da saúde (SOUZA, 1999). Desta forma, coloca-se como uma das questões fundamentais a integralidade da atenção à saúde e da participação social, reafirmando a necessidade de consolidar o SUS, com todos seus princípios e objetivos, reforçando a relevância da ação interdisciplinar e reconhecendo às ações realizadas que são desenvolvidas nos trabalhos na área de saúde.

O SUS constitui um avançado modelo de organização dos serviços de saúde que tem como uma de suas características primordiais a valorização do nível local. No entanto, apesar de seu alcance social, necessita de esforços de toda sociedade para fortalecer o sistema para superar as dificuldades relacionadas tanto com seu financiamento quanto com a eficiência da gestão para sua operacionalização.

Essa situação fez com que fossem ampliadas, nos últimos anos, as discussões sobre o aumento do financiamento do setor público de saúde e a melhor utilização dos limitados recursos existentes. Sem dúvida, as alternativas passam por novas propostas de modelos de gestão aplicáveis ao setor que diminua o desperdício e melhore a qualidade dos serviços ofertados.

O setor saúde faz parte do setor terciário da economia, integrando o conjunto daquelas atividades denominadas serviços de consumo coletivo e sofre, portanto, os

mesmos impactos do processo de ajuste macroestrutural que o setor industrial vem sofrendo nas duas últimas décadas: redução de custos, privatizações e terceirização.

A saúde tem que responder a uma pluralidade de necessidades, ou seja, às demandas por intervenções tecnológicas de alta complexidade e especialidade que se dão nos hospitais de atendimento terciário e também têm que atuar nos espaços aonde as pessoas vivem o seu cotidiano, de modo a proporcionar uma vida saudável.

O trabalho em saúde guarda, entretanto, algumas especificidades. Configura como um trabalho reflexivo, no qual as decisões a serem tomadas implicam na articulação de vários saberes que provêm de várias instâncias, tais como do conhecimento científico, do conhecimento técnico e da experiência do trabalho e social, mediados pela dimensão ético-política (DELUIZ *apud* OFFE, 1991).

Portanto, como outros serviços, as características do processo de trabalho em saúde são marcadas pela complexidade, heterogeneidade e fragmentação. Reporto ao ensaio “Qualificação, Competências e Certificação” de Neise Deluiz no Seminário Certificação de Competências para a Área de Saúde: os desafios do PROFAE, realizado em Brasília – DF, 2000; que pontua as seguintes características:

- A complexidade decorre da diversidade das profissões, dos profissionais, dos usuários, das tecnologias, das relações sociais e interpessoais, das formas de organização do trabalho, dos espaços e ambientes de trabalho.
- A heterogeneidade do processo de trabalho que coexistem nas instituições de saúde e que têm, muitas vezes, uma organização própria e funcionam sem se articular, de forma adequada, com os demais processos de trabalho.
- A fragmentação do processo de trabalho em saúde encerra várias dimensões que vão desde a fragmentação conceitual, ou seja, a separação entre o pensar e o fazer; a fragmentação técnica, caracterizada pela presença cada vez maior de profissionais especializados e a fragmentação social, que estabelece relações rígidas de hierarquia e subordinação, configurando a divisão social do trabalho no interior e entre as diversas categorias profissionais (DELUIZ *apud* QUINTANA, ROSCHKE e RIBEIRO, 1994).

Este trabalho propõe realizar uma discussão e suscitar reflexões sobre a necessidade de um diálogo interdisciplinar, quando se tem como objeto de estudo o próprio processo de trabalho em saúde.

Discute a definição da atuação da vigilância da saúde com base territorial local. Segue apresentando considerações sobre o relato Teórico e Metodológico da

Experiência no Programa/Curso, sendo apresentado inicialmente na revisão teórica em forma de reflexões do processo desenvolvido nos momentos das conexões e consolidadas nas atividades acadêmicas através do “Levantamento de Problemas Locais”, “Pauta de Problemas Locais” e “Construção de Agenda”.

No desenvolvimento do trabalho serão focadas algumas discussões realizadas nos momentos presenciais, como: inter e transdisciplinaridade, vulnerabilidade, enfoque ecossistêmico em saúde. Finaliza propondo algumas alternativas para a implementação da Rede no processo ensino-aprendizagem entre o papel da Escola e do Docente vinculado ao desenvolvimento de uma vigilância de base territorial.

No entanto, a oportunidade de participar deste Programa despertou várias angústias, incertezas, mas, acima de tudo, consolidou novas convicções de que, somente através da articulação, da organização em rede com vista à busca de conhecimento, de novas metodologias e de inovações pautadas em bases científicas, o sistema de saúde em parceria com a comunidade conseguirá enfrentar os desafios em busca de novas alternativas e possibilidades.

Esta reflexão vem de encontro à necessidade de mudanças na área de Vigilância que precisa romper os muros das legislações, normativas, padronizações, protocolos e das ações verticalizadas para atuar de forma efetiva dentro do espaço local com a participação comunitária.

Nesta Especialização, não chegamos à conclusão de um modelo ou a uma fórmula de trabalho específica para mudanças de práticas da Vigilância em nível local; porém, nosso senso crítico foi despertado para a compreensão dos diferentes, novos olhares, para a importância de desenvolver novas metodologias para inovação e mudanças de práticas, enfim, entender que o global e o local são complexos. E diante de toda complexidade desenvolvida nas relações sociais e cotidianas deveremos adotar novas atitudes de cooperação e solidariedade prezando os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

Tendo esta perspectiva em vista, surge o desafio, da (re)-qualificação dos profissionais de saúde e atores sociais. Por intermédio da desconstrução e construção de conhecimentos e práticas para fortalecer e consolidar novos meios de agir e desenvolver relações de inclusão mais significativas com o território local.

Esta construção da realidade local é a busca por soluções para os problemas locais compostas pelo espaço social que influenciam ou influenciaram um espaço territorial, que seja propício ao planejamento decisório às demandas locais, que envolva no processo as seguintes interfaces: compreensão do território (necessidades locais) e negociação das tensões (conflitos).

Esses enfrentamentos necessitam da mobilização social por meio da sensibilização e da Educação Permanente (EP) com o envolvimento dos diferentes atores, para desenvolver a co-responsabilidade, para a formatação de metodologias e processos de trabalho que melhor atendam ao objetivo proposto para a melhoria das condições de trabalho, qualidade na prestação de serviço, bem com a satisfação do usuário. Desta forma, observa-se que os atores locais e outros segmentos sociais precisam empoderar-se do conhecimento para assumir esta co-responsabilidade sócio-sanitária-ambiental.

Neste contexto, faz-se necessário uma discussão reflexiva no processo de trabalho em saúde centrada nas relações da EP e serviço, que acima de tudo, mostra-se como um processo complexo e que necessita do fator decisório entre os parceiros. Pois as relações desenvolvem-se, muitas vezes, em cenários de incerteza e de conflitos.

O curso de Especialização em Formação Docente na Área de Vigilância da Saúde realizado pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP – Fiocruz) em parceria com a Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS – MS) aposta em uma estratégia que tem por objetivo contribuir na reorganização do modelo assistencial rompendo com o atual modelo hegemônico.

A proposta de capacitação em docência na área de vigilância da saúde suscita oportunidades e desafios a serem construídos pelos idealizadores da proposta, pelo corpo docente e discente, bem como através do envolvimento da rede de Escolas de Saúde Pública em parceria com a Vigilância da Saúde.

Entre as principais pautas da área de saúde, no momento, convergem esforços entre os Ministérios da Saúde e Educação, tendo como foco às políticas públicas de reorientação do modelo assistencial, de acordo com os preceitos da Reforma Sanitária.

Para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), diversas estratégias foram implementadas e fortalecidas, das quais citamos os exemplos: do Programa

de Saúde da Família (PSF), da implementação da Educação Permanente (EP) e da revitalização dos Projetos Pedagógicos (PP) dos cursos de graduação. Para tanto, em todos os processos busca-se uma estreita parceria integrativa entre os Ministérios da Saúde e da Educação (SAUPE *et al*, 2005).

“Para tanto, é urgente que se estabeleça uma nova relação entre os profissionais de saúde [...] diferentemente do modelo biomédico tradicional, permitindo maior diversidade das ações e busca permanente do consenso. Tal relação, baseada na interdisciplinaridade e não mais na multidisciplinaridade [...] requer uma abordagem que questione as certezas profissionais e estimule a permanente comunicação horizontal entre os componentes de uma equipe” (COSTA NETO, 2000, p.9).

Neste contexto, o conceito de interdisciplinaridade permeia entre os vários conceitos que necessitam de compreensão para gerarem estratégias e contribuições que possam reverter no processo de re(construção) do contexto histórico vivenciado e caracterizado pela divisão do trabalho intelectual, fragmentação do conhecimento, excessiva predominância das especialidades e do trabalho centrado na demanda (COSTA NETO, 2000).

Assim, o incentivo em cursar esta Especialização foi o de vivenciar junto à academia o despertar do “eu” profissional e que instrumentalizou o desenvolvimento do meu senso crítico-reflexivo, bem como o produto dessa construção contribuiu para a reformulação e agregação de conceitos, até então, incompreendidos, permitindo que possa, daqui pra frente, sustentar e contribuir no fortalecimento da Vigilância preocupada com as condições de vida e saúde, seus condicionantes e determinantes, com a promoção da saúde para a melhoria da qualidade de respostas das ações.

CAPÍTULO 1

1.1. ALGUMAS ABORDAGENS TEÓRICAS INTEGRADORAS

A base de sustentação teórica deste estudo partiu dos elementos compartilhados pelos docentes e discentes do Curso/Programa e que foram gradativamente desenvolvidos nos momentos presenciais e de conexões. Destaco na seqüência algumas referências que motivaram o exercício da minha compreensão para este momento reflexivo.

Inicialmente reporto a Freitas (2002), referindo que a incerteza é concebida em função dos sistemas ou problemáticas por serem abertos a especulações, entradas e surgimento de novas situações. O autor caracteriza alguns tipos de incertezas como: as técnicas, as metodológicas e as epistemológicas.

Reconhecer as incertezas tem as suas implicações, sejam elas: a) na escala do conhecimento onde se deve aceitar o que se sabe e o que não se sabe para avançar em um novo conhecimento; b) nas mudanças do processo decisório quanto às estratégias de controle e prevenção de riscos; no reconhecimento do papel fundamental do saber técnico e científico com responsabilização sobre novos riscos e danos; c) e na percepção dos riscos pelo conjunto da sociedade que deve entendê-los como produções sociais, cujo enfrentamento é de responsabilidade de todos (FREITAS, 2002).

Compreendo que toda nossa ação está sujeita às incertezas, sejam elas, relativas às coisas concretas ou da nossa consciência. Nesse campo do pensamento manifesta-se com grande força a nossa subjetividade que modifica as percepções que temos do mundo. Dessa maneira, as constantes incertezas entre o pensamento e a ação se materializam no confronto entre os diferentes atores em busca de consensos e ponderações que venham a mudar a realidade.

Destaco nessa revisão o enfoque ecossistêmico da saúde abordado no Curso/Programa. O entendimento da abordagem ecossistêmico coloca em confronto e cria a necessidade de uma nova compreensão para o enfrentamento ao desenvolvimento econômico, à produção de riquezas e ao aumento da produtividade sem agredir o desenvolvimento humano e a qualidade de vida.

Minayo (2002) cita que a abordagem ecossistêmica de saúde é “uma das alternativas teórico-metodológicas surgidas na década de 1970 para fazer frente ao conceito negativo e restrito de saúde, o enfoque ecossistêmico busca rever a perspectiva antropocêntrica de dominação dos espaços ambientais, cujo caráter predador tem sido responsável pela destruição dos projetos humanos de vida saudável”. No entanto, considero que na perspectiva de uma vigilância da saúde o enfoque ecossistêmico é uma das alternativas viáveis, já que possibilita agir localmente, analisando o problema na sua complexidade para buscar soluções que dêem conta dessa complexidade que envolve práticas setoriais com foco na população, gestores públicos e privados, academias e outros segmentos sociais que interage nessa dinâmica.

Para complementar esse diálogo, cito Sabroza (2001), em seu texto de apoio ao módulo I do Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde: “Se tomarmos a saúde como um sistema complexo e pensarmos que a crise da saúde pública nos convoca a superar a simples atenção da demandas, procurando a eliminação de problemas que se encontram tanto nas esferas dos determinantes sociais da saúde quanto no âmbito da resolutividade das práticas médicas, então estaremos, de fato, nos posicionando em defesa de uma ética que valoriza a vida humana, buscando colaborar efetivamente para a construção de ambientes e de uma sociedade mais justa e saudável”.

Assim sendo, vem ganhando voz e espaço em diferentes áreas do conhecimento os questionamentos sobre a relação entre a epistemologia e a metodologia, situação que vem gerando certo desconforto e exigindo, cada vez mais, dos profissionais de todas as áreas o exercício da interdisciplinaridade e o entendimento da complexidade.

Nesse contexto teórico “a complexidade fica ainda maior em situações concretas, nas quais a presença de saberes tradicionais das culturas ou a produção de sentidos ligada ao processo saúde-doença-cuidado-qualidade de vida pertence a lógicas distintas do modelo racional científico vigente entre os profissionais de saúde, pois não será sem a mais justa e adequada composição de saberes que se alcançará uma clínica que fale da vida real, uma clínica com capacidade terapêutica” (CECCIM, 2005).

Nesse raciocínio, o Curso/Programa entrou no meu cotidiano como um divisor de águas no que se refere à condição profissional, acadêmica e à perspectiva da docência em Vigilância da Saúde. De certa forma, a proposta do Curso conseguiu atingir o seu objetivo, mesmo que ainda seja imensurável ou subjetivo, mas fez-me sair da zona de conforto.

Despertando momentos de incertezas, e ao mesmo tempo, renovando as esperanças em poder contribuir no processo de formação de rede para o fortalecimento das Escolas de Saúde Pública e da Vigilância em Saúde com ênfase no território local.

Após esta constatação, e por oportunidade da elaboração deste trabalho, revi conceitos que sedimentaram a minha formação, bem como busquei outros referenciais que me levassem ao entendimento dessa proposta, que a princípio, apenas o primeiro passo para a mudança de práticas e de processos dentro das Vigilâncias.

Nessa busca, destaco o ensaio “Teoria, Prática e Reflexão na Formação do Profissional em Educação Física”, de Carol Kolyniak Filho (1996), apresentado no V Simpósio Paulista de Educação Física. O texto abriu novas perspectivas de compreensão do que realmente proponho desenvolver neste trabalho, que seria uma discussão, mesmo incipiente, das atitudes reflexivas em nosso cotidiano. Assim sendo, surgem algumas indagações, por exemplo: como poderemos desenvolver a atitude de profissionais reflexivos aliando a teoria e a prática na ótica da interdisciplinaridade? É complexo. Como poderemos compreender Teoria, Prática e Reflexão?

Diante de tal complexidade Kolyniak Filho (1996, p. 112), define os seguintes pressupostos:

- **“Prática** como toda ação do homem sobre a natureza e sobre os homens.
- **Teoria** como a organização das representações que o homem constrói sobre objetos e fenômenos, num sistema conceitual elaborado segundo critérios lógicos (este, por sua vez, igualmente construídos pelo homem).
- **Reflexão** como o processo de confrontar sistematicamente as representações da realidade com um sistema ou conjunto de sistemas conceituais articulados (teorias). Desse processo podem gerar transformações nas formas de representar a realidade, nas teorias ou em ambas”.

Tentando entender tais definições, o autor reforça “que toda atividade que desenvolvemos, envolve tanto ação concreta sobre a realidade quanto a representação dessa realidade” (KOLYNIK FILHO, 1996). Sendo assim, não há prática sem teoria e vice-versa.

Emerge outro questionamento: Se não há prática sem teoria e vice-versa qual a relação entre teoria, prática e reflexão? Compreendi que essas relações ocorrem de acordo com as “representações” e “significados” que o indivíduo tem da própria realidade envolvendo todo o contexto histórico, cultural, político, e até mesmo, econômico. Em nossa formação acadêmica e profissional sobressai à forma tecnicista/especialista que prepara os profissionais de saúde somente para o “agir” e a formação do profissional “reflexivo” é refugada.

Isso vem perpetuando e refletindo em nossas ações que se configuram de forma imediatista e sem continuidade. Pois não conseguimos estabelecer em nossas relações uma devida articulação entre a teoria, prática e reflexão. A reflexão nesse contexto torna-se dialética.

Enfatizo que no contexto atual e nas tentativas de fortalecimento do SUS, temos um grande desafio, de sermos agentes articuladores da teoria com prática e vice-versa juntamente com o processo reflexivo para conseguirmos provocar as mudanças necessárias que possibilitem um novo olhar e de propor um novo cenário de cooperação mútua e solidária à comunidade.

Diante desses questionamentos, pergunto: como posso desenvolver uma atitude reflexiva, bem como possibilitar essa atitude nos demais profissionais de saúde? Como refere Kolyniak Filho (1996), o exercício de uma atitude reflexiva não se esgota na articulação teoria-prática durante o processo de ensino-aprendizagem.

Tal processo exige um olhar crítico constante para a realidade interagindo com os fatos cotidianos que interfere com o processo histórico, cultural, político e econômico. Exemplificando, seria partir do local para o global. Percebo que a incorporação de todos esses fatos, conflitos e incertezas levariam ao surgimento de toda a complexidade que nos envolve. Desta forma, há a necessidade de interagirmos interdisciplinarmente buscando os consensos que melhor reflitam no coletivo.

Em nossa prática profissional enfrentamos o desafio de promover a saúde, tentando compreender as relações que se estabelecem no território respeitando as

seguintes condições: relações entre os sujeitos, seus saberes, suas aspirações e seus projetos. Essas relações configuram uma tarefa complexa diante de nossas limitações técnicas, estruturais, organizacionais e políticas. Como fazer o enfrentamento desses conflitos? Para enfrentamento dessa realidade, devemos nos apoderar e ampliar os métodos, os processos e as formas de organização do trabalho. Essa dinâmica poderá incentivar os profissionais de saúde, pesquisadores e educadores para o desenvolvimento da interdisciplinaridade.

No entanto, essa dinâmica deverá ser contínua, participativa e contribuirá no desenvolvimento de uma “cultura de rede” para a constante adequação à evolução e complexidade para o enfrentamento das adversidades do ambiente sócio-econômico-cultural-político.

O sistema de rede é complexo, porém de vital importância, pois contribui com uma reflexão valiosa sobre as práticas cotidianas em relação à realidade social. Segundo Meirelles (2004, p. 11), refere que “como construção coletiva da organização dos atores sociais, as redes se definem à medida que são realizadas, possibilitando as interações horizontais, a organização de instrumentos de pressão, integrando os atores num circuito, ampliando a sociabilidade, confiabilidade, interconectando os diferenciados atores e setores sociais”.

Mas, precisamos lembrar que a inter-relação e os conflitos ocorrem em um território. Os territórios estão ligados por redes representados pelas pessoas, informações, enfim, toda a singularidade e complexidade reunidas em um mesmo espaço. Torna-se imprescindível que esse espaço seja interativo e que promova o empoderamento das pessoas.

O empoderamento, aqui entendido, seria a condição que uma pessoa, um grupo social ou uma comunidade tem em ampliar sua capacidade de empreender ações, negociar e pactuar com outros atores sociais a favor de um bem comum, como também de se fazer ouvir, ser respeitada e agir coletivamente para resolver conflitos e suprir necessidades comuns.

Meirelles (2003, p. 216), enfatiza que “a busca por ações conjuntas envolvendo vários setores da sociedade é reconhecida como a possibilidade de maior abrangência para a prevenção e promoção da saúde, porém estas ações ainda se apresentam em dessintonia”. Sendo assim, uma rede articulada e fortalecida só será possível com a participação responsável de diversos setores e

que atuem de forma dinâmica, flexível e interdisciplinar na construção de novos saberes.

Para finalizar este tópico do trabalho, proponho uma revisão do processo educativo voltado para a Educação Profissionalizante em Saúde. Dentro das discussões no campo da educação profissional, como poderemos adequar as qualificações dos profissionais de saúde sob a influência do setor produtivo? Destaco Depresbiteris (2010), em seu texto de apoio ao Curso de Vigilância Epidemiológica das DST de Notificação Compulsória intitulado: Os principais componentes e procedimentos didático-metodológicos para a construção de um curso por competências. A autora refere que “existe uma estreita relação com o processo produtivo” onde surgiu o termo “competências” que ainda apresenta uma conotação tecnicista.

O termo competências surgiu em contexto neoliberal e estimulava a competição entre as economias dos países. No entanto, esse entendimento foi mudando e aproximou-se mais do seu sentido etimológico “buscar junto com o outro”. Atualmente o conceito de competências mais conhecido na área de saúde é: “competência é a capacidade pessoal de articular autonomamente os saberes (saber-saber, saber-fazer, saber-ser) inerentes a situações concretas do trabalho” (DEPRESBITERIS, 2010, p. 143).

Nessa perspectiva de mudança e com ênfase em atitudes profissionais reflexivas, o Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde vem implementando alternativas de adequações na formatação das capacitações oferecidas para os estados e municípios na lógica da abordagem crítico-reflexivo.

A intencionalidade do Departamento Nacional de DST/AIDS e Hepatites Virais é promover entre os profissionais de saúde, especialmente nos que atuam na assistência e na vigilância epidemiológica, o desenvolvimento de competências que qualifiquem a sua ação, bem como atribuam a ela um significado ético e reflexivo.

Essa proposta de mudança vem de encontro aos questionamentos anteriormente pontuados referentes à mudança de atitude, de postura profissional e à adoção de postura crítico-reflexiva, reforçada no Curso/Programa de Formação Docente na Área de Vigilância da Saúde. Porém, as atitudes não são observáveis; estão sempre implícitas.

Exemplificando, no manual do Curso de Vigilância Epidemiológica das DST de Notificação Compulsória, Depresbiteris (*apud* THURSTONE, 1928), pontua que as atitudes se expressam indiretamente, por meio de opiniões, emoções, reações, verbalizações, o que permite a inferência sobre sua presença ou não nas ações de uma pessoa.

O texto destaca que: “inferir se as atitudes estão sendo ou foram incorporadas pelo profissional se baseiam em valores humanos, e para isto, nos exige uma observação constante e contínua através da convivência” (DEPRESBITERIS, 2010, p.153). Na área da saúde, pode-se inferir, nunca afirmar, que as atitudes estão sendo incorporadas por uma pessoa, a partir da observação de seus comportamentos.

CAPÍTULO 2

2.1. RELATO TEÓRICO E METODOLÓGICO DA EXPERIÊNCIA NO PROGRAMA/CURSO (MOMENTOS DE CONEXÕES)

Uma das primeiras atividades de conexão foi desenvolvida através da leitura e discussão do texto “Enfoque Ecológico de Saúde, uma estratégia transdisciplinar”, de Carlos Minayo Gomez e Maria Cecília Minayo (2006). Nesta atividade tivemos as primeiras aproximações das principais características dos princípios teórico-metodológicos do enfoque ecológico em saúde.

Tivemos a oportunidade de compreender que as características dos princípios teórico-metodológicos do enfoque ecológico em saúde são direcionadas pela transdisciplinaridade, participação social e equidade de gênero, em que se busca de forma dialógica o conhecimento de várias disciplinas no intuito de interagir com a gestão e a população local.

Segundo Gómez e Minayo (2006) “o enfoque ecológico contribui não somente no diagnóstico situacional de saúde, como também encontrar soluções para resolver os problemas da comunidade que estão sendo afetadas diretamente pelo problema de saúde e ambiente. A produção de conhecimento e os processos de mudança local deverão ser produzidos de forma coletiva e ativa entre os investigadores e os membros da comunidade”.

Os autores apontam três dimensões epistemológicas que diferenciam o enfoque ecológico em saúde dos modelos teóricos tradicionais de explicação dos problemas de saúde. Na atividade foi apresentada uma proposição para os alunos exemplificarem, através de um problema de saúde, como as dimensões de complexidade dos sistemas, a instabilidade e a intersubjetividade podem ampliar a capacidade explicativa das análises de situação de saúde.

Entendendo que o enfoque do pensamento sistêmico utiliza os recursos dos saberes da ciência tradicional, porém tem como desafio a sustentabilidade nas relações do processo de trabalho, bem como da organização social onde sujeito e objeto se relacionam e interagem entre si.

Uma situação que chamou minha atenção foi o exemplo discutido no grupo durante o momento presencial. Que as enchentes para as comunidades da região

norte tem significado/representação social diferente do que para as comunidades, por exemplo, do sul do país. Pois as populações ribeirinhas do norte compreendem e respeitam o ciclo das águas, sendo que em outras regiões a ocupação do espaço ocorre de forma desordenada e até mesmo ignorando os riscos. Nestas, o acometimento da população é total, mas, muitas vezes, as pessoas acabam voltando para as mesmas áreas de risco.

Diante desta situação levantada podemos apontar uma complexidade dentro do sistema que deverá interagir com outras disciplinas, gestores e comunidade na busca de estratégias que reduzam as perdas e os impactos na saúde, no ambiente e nas relações sociais.

A atividade instigou os alunos a selecionar e justificar dois desafios metodológicos para a operacionalização do enfoque ecossistêmico em saúde nos estudos de situação de saúde de base territorial local. Para maior compreensão selecionei o conceito de interdisciplinaridade que configura como um dos grandes desafios a serem incorporados e exercitados por todos os profissionais de saúde, academia, gestores públicos/privados e comunidade.

Cada vez mais, devemos oportunizar para o território local o diagnóstico situacional de saúde, exercitando o planejamento de forma participativa (construindo e desconstruindo cenários para a transformação local) e a aplicação de intervenções adequadas para aquela realidade.

Diante desse contexto dissertei destacando outro desafio representado pelo comprometimento dos gestores públicos e privados na compreensão da realidade local e implementação de políticas públicas de saúde e não de política partidária na saúde. Para esta concretização é necessário que a gestão seja subsidiada por indicadores de saúde de qualidade e que faça a defesa das necessidades locais de saúde como prioridade de governo, bem como da garantia de autonomia técnica, financeira e política.

Esta atividade finalizou discutindo os limites e possibilidades do enfoque ecossistêmico em saúde com a proposta da vigilância da saúde de base territorial local. O enfoque ecossistêmico, na minha experiência profissional e acadêmica, ainda necessita de maior consistência para ser incorporado e socializado.

Na compreensão acadêmica, conecta-se com a Vigilância da Saúde na perspectiva de transformação, integração, interdisciplinaridade, participação social e

popular que visam à mudança de cenário pela melhoria nas condições de saúde e de vida da população. Os limites recaem nos recursos humanos insuficientes e capacitados; na melhoria da distribuição dos recursos pela gestão e na necessidade do controle social. Em relação às possibilidades, compreendo estar na busca da interdisciplinaridade com envolvimento da comunidade para a melhoria nos processos de trabalho e inter-relações pessoais.

Essa retrospectiva do entendimento do enfoque ecossistêmico e de transdisciplinaridade foi necessária e significativa para desenvolver as reflexões sobre o processo de **“Levantamento de Problemas Locais”, “Pauta de Problemas Locais e “Construção de Agenda”** que serão abordados na sequência.

2.2. LEVANTAMENTO DE PROBLEMAS LOCAIS

A primeira aproximação prática das atividades foi desenvolvida de forma coletiva com as demais discentes do Estado de Mato Grosso. Solicitamos pauta na reunião mensal do CIES Estadual (Comissão Integração Ensino e Serviço), com a participação das cinco discentes do Curso de Formação para Docente na Área de Vigilância da Saúde. Na oportunidade foi apresentada a importância desta qualificação para o fortalecimento das Escolas de Saúde Pública e das Vigilâncias em Saúde.

O entendimento da proposta e das possibilidades do produto final desta qualificação foi bem aceitos pelos membros da CIES Estadual. A reunião foi também um momento de socialização e de grande interação entre a Comissão com o grupo de discentes.

A interlocução realizou-se através de uma “Roda de Conversa”. O método da Roda constitui um princípio metodológico do movimento da Educação Popular em Saúde que busca estabelecer vínculos nas relações entre os usuários e os serviços de saúde. Esta relação tem por objetivo estimular os grupos e organizações a participarem da resolução dos próprios problemas.

Como afirma Campos (2007), “a Roda é um lugar onde circulam afetos e Vínculos são estabelecidos e rompidos durante todo o tempo. É o espaço para a elaboração do Contrato e para a elaboração de um Projeto de Intervenção”. Dentro

dessa lógica foi estabelecido o diálogo entre os integrantes da Comissão e o mesmo foi propulsionado por dois questionamentos que as discentes elaboraram para reflexão:

- 1) Como você vê a questão da Vigilância da Saúde na perspectiva da formação a partir da sua prática?
- 2) Qual seria a metodologia de serviço e análise da situação de saúde mais adequada à produção de conhecimento em vigilância da saúde para o serviço com base territorial local?

Diante desses questionamentos sintetizamos pelas falas dos membros da Comissão que a qualificação vem de encontro com a necessidade de fortalecer as Escolas de Saúde Pública, as Vigilâncias em Saúde e a CIES (Regional e Estadual). Buscando novas possibilidades de implementar as estratégias de ensino-serviço na lógica da inter e transdisciplinaridade respeitando os olhares e saberes dos vários atores envolvido neste processo. Mesmo conhecendo as fragilidades do SUS (local), como por exemplo, a carência de recursos humanos, financeiros, a má gestão e outras dificuldades.

Porém, as alternativas de reverter essa situação começam a emergir de algumas iniciativas onde os atores conseguem fazer o enfrentamento, considerando as várias possibilidades, não só na área da saúde, como na busca de novas parcerias partindo das necessidades da base local.

Na continuidade da atividade, entrevistamos o Superintendente de Vigilância em Saúde da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso (SES-MT), tendo como foco os dois pontos de reflexão. O atual gestor é Biólogo, servidor de carreira e coordenou por três anos a Vigilância Ambiental da SES-MT.

As colocações do Superintendente foram extremamente oportunas e reflexivas. Concordando com a proposta do Programa/Curso no desenvolvimento de estratégias metodologias e práticas a partir da base territorial local. Demonstrou clareza nos conceitos e da importância em trabalhar com a abordagem inter e transdisciplinar para a produção de um conhecimento único em favor do indivíduo e coletividade.

Citou as ações do Comitê do Fogo que começou de forma incipiente, mas que se institucionalizou no Estado de Mato Grosso. O Comitê segue na lógica do trabalho interdisciplinar e, em algumas situações, da transdisciplinaridade na busca

de novas possibilidades e inovações para superar as limitações inerentes dos vários segmentos.

O grupo participou como observador da primeira Oficina de Descentralização da Vigilância em Saúde, no Município de Cuiabá. A descentralização das ações de Vigilância em Saúde está sendo implementada de forma gradativa para as Equipes do Programa de Saúde da Família (PSF) e demais Unidade de Saúde. Foi apresentada uma análise situacional de saúde do município e priorizada a Região do Distrito Sanitário Oeste, sendo eleitas, nesta Região, duas Unidades de PSF como pilotos.

Nas discussões do levantamento dos problemas locais, as dificuldades repercutiram em:

- Falta de integração da Vigilância em Saúde com a Atenção Básica;
- Subnotificação de doenças-agravos;
- Falta de continuidade das ações da Vigilância em Saúde e da Atenção Básica, bem como a carência de recursos humanos qualificados para operacionalização da proposta.

Observei que as ações da Vigilância da Saúde não estão claras para todos os profissionais de saúde, principalmente para a Atenção Básica. Percebi que vários profissionais desconhecem o conceito de Vigilância, suas competências e quais os setores que devem compor e agir na organização dessa prática.

Dessa forma, creio que, algumas alternativas iniciais poderão ser desenvolvidas, tais como: ampliação do diálogo com a gestão e com as equipes de vigilância e da atenção básica para realizarem um planejamento participativo na construção local dessa descentralização e estender essa discussão com os atores locais e com a comunidade.

O envolvimento da comunidade na construção dessa proposta para reduzir as situações de vulnerabilidade que a saúde enfrenta é de extrema importância juntamente com a promoção do resgate dos conselhos gestores local, incentivando a sua participação na elaboração da pauta da saúde local.

Enfim, é só uma reflexão. Não consegui avançar com o trabalho de campo que foi proposto nesta atividade. Foi uma aproximação válida para conhecer as

dificuldades, conflitos, limitações e, porque não, a proposição de alternativas e possibilidades em busca de melhores condições de trabalho e saúde.

2.3. PAUTA DE PROBLEMAS LOCAIS

Nesta etapa do trabalho, reporto a dois textos trabalhados na conexão, sendo eles: “Currículos disciplinares na área de saúde: ensaio sobre saber e poder” de autoria de Verônica Santos Albuquerque *et al.* (2009) e “*Análisis de situación de salud de poblaciones*” de Pedro Luis Castellanos (2002). Estas referências embasaram a minha compreensão e reflexão diante da proposta do Programa/Curso.

O artigo apresentado por Albuquerque *et al.* (2009), contempla uma revisão em torno da reflexão histórico-conceitual na construção do conhecimento que foi consolidada de forma fragmentada entre as disciplinas. Levando a uma excessiva formação por especialidades na área da saúde, privilegiando os determinantes biológicos centrados no processo de trabalho na doença.

Frente ao novo cenário conduzido pelas mudanças epidemiológicas, ambientais e sociais, alguns centros formadores de ensino superior vêm desenvolvendo projetos adotando novas metodologias para adequar os currículos na área de saúde em atendimento aos problemas e demandas de saúde atuais. Os autores realizam uma reflexão do ensino-serviço na saúde onde o processo educacional foi alicerçado no ensino por disciplinas formando cada vez mais especialistas para atender as demandas da economia capitalista daquele período.

Para maior entendimento os autores citam as contribuições de Foucault, Deleuze, Siqueira-Batista, Crema, Luck e de outros para contextualizar e abrir espaço para uma discussão histórico-conceitual da organização social por meio da disciplina, devido à demanda do capital. Este tipo de organização foi instituído no período da Revolução Industrial, na qual o trabalhador é submetido a espaço de confinamento (fábrica), produtividade, educação formal com rotina de trabalho disciplinar, bem como à obediência às relações de hierarquias.

Percebemos que ao longo da história o indivíduo foi moldado para responder aos interesses do poder hierárquico dominante da sociedade. Sendo assim, “a organização disciplinar compartimenta o indivíduo em dois pólos: anátomo-política

do corpo (máquina, disciplina e produção) e biopolítica das populações representando a reprodução, nascimento e morte” (ALBUQUERQUE *et al.* 2009 *apud* FOUCAULT, 1997).

Aliada ao crescimento industrial e à evolução do capitalismo, a organização social por disciplina foi pautada nas especialidades: tecnológica, biológica e humana. Esta segmentação foi necessária e valorizada naquele momento, devido à grande gama de conhecimento do saber-e-fazer humano. Podemos ainda constatar a influência desse modelo de reprodução do conhecimento nos dias hoje no processo ensino-serviço dos trabalhadores de saúde.

Considerando todo processo teórico-histórico, o modelo disciplinar já não atende às necessidades e demandas de saúde da sociedade, que requer profissionais generalistas, humanistas que consigam interagir de forma interdisciplinar e aberta aos novos olhares e saberes da realidade.

Penso que as reflexões no campo teórico-conceitual devam ser ampliadas e as suas discussões continuarão por longo tempo buscando uma reformulação dos currículos para “quebrar” o paradigma reducionista e fragmentado que impacta no perfil do profissional de saúde. Para que haja a intenção na formulação de um novo perfil profissional, esta reformulação deverá ser realizada de forma ascendente.

Pensando neste novo contexto, porque só pensar na formação superior? A procura de novos cenários e processos de trabalho necessitam de uma atitude interdisciplinar no ensino-serviço e fortalecimento das conexões entre os saberes para se apropriar de novas metodologias. Entendendo este contexto, penso que, o processo educacional deverá ser construído com bases sólidas pensando na formação de todos os atores sociais.

Nesse sentido, a educação técnica profissionalizante, disseminada entre profissionais que compõem a força produtiva da saúde, tem que ser repensada, inclusive a sua inserção no mercado de trabalho. A formação de recursos humanos configura em uma das problemáticas que necessita ser revertida.

Porém sabemos que quebrar certos paradigmas e promover a transição de um processo disciplinar arraigado nas instituições formadoras e passar para um processo interdisciplinar é algo que ocorrerá de forma gradativa. Este processo requer uma profunda reflexão social, histórica e coletiva e a participação de todos os

atores sociais através de atitudes responsáveis, envolvimento e compromisso com os seus projetos.

Para transpor esses desafios e diminuir as incertezas para construir o novo torna-se necessário que se reflita e se discuta o processo ensino-serviço, na lógica de atender à necessidade de saúde de forma coletiva. Para isto todos os participantes deverão estar motivados para encarar as adversidades da convivência. Essas adversidades poderão produzir descobertas e ampliar novas possibilidades de atuação e resolução dos problemas da comunidade.

Já no artigo de Pedro Luis Castellanos (2004), traz importantes contribuições na compreensão dos princípios e fundamentos que norteiam as estratégias de organização da política de saúde pública e que direcionam as prioridades e aplicação das intervenções em saúde. As discussões vêm de encontro à necessidade da introdução de novas metodologias que interagem com a construção de um novo conhecimento consensuadas com os vários atores (academia, profissionais de saúde, gestão, comunidade e outros segmentos).

Para a organização deste cenário penso que a análise de situação de saúde configura-se como uma das estratégias importantes que subsidiam o planejamento de saúde para a tomada de decisões nos diferentes níveis de atuação. Com o objetivo de identificar os determinantes/condicionantes, tendências e as possibilidades de intervenções para controlar, reduzir e manter a vigilância, bem como adotar medidas de promoção-prevenção para a qualidade de vida da comunidade.

Para maior entendimento Pedro Luis Castellanos (2004), analisa a organização das populações onde as percepções da análise de saúde e as suas inferências nem sempre serão coincidentes, pois dependerão das observações das populações que se organizam em vários níveis de complexidade, desde o nível estrutural, analítico e contextual.

Entendendo que os indivíduos estabelecem inter-relações humanas em espaços organizados partindo da célula (família), seguindo a sua complexidade: bairro, escola, trabalho, organizações sociais, cidade, estado, país e outros que configuram os espaços de negociação e observações da análise de saúde das populações. Sendo assim, a situação de saúde dependerá da observação e da

vivência dos atores em seus vários níveis de organização para expressar a sua percepção e atitude.

No texto “Análisis de situación de salud de poblaciones” contempla uma ampla reflexão e discussão dos fundamentos que norteiam a elaboração de uma análise de situação de saúde coerente com a realidade observada. Sendo assim, os atores sociais deste processo precisam despertar para um novo olhar e saber respeitando as diversidades para desconstruir e construir novos cenários. Empoderamento de novas metodologias e a introdução do raciocínio científico aplicado no ensino-serviço sugere amplitude das possibilidades para sinalizar e intervir nos determinantes/condicionantes de saúde, ambientais e sociais (CASTELLANOS, 2004).

Desta maneira, torna-se importante o conhecimento e compreensão da historicidade, dos princípios de equidade e iniquidade de saúde, dos condicionantes de vida, das necessidades e problemas da população, da interação dos atores sociais e de como as populações se distribuem no território local. Pois essas evidências contribuem na observação e na escolha do tipo de estudo e do desenho metodológico que será aplicado, bem como na análise de situação de saúde mais consistente.

A proposta de construção de cenários futuros a partir da análise de situação de saúde tem sido aplicada a várias realidades, onde novas metodologias estão sendo desenvolvidas. A construção do “novo fazer” (processo de trabalho) revela o grande desafio que deverá ser coletivo, necessitando do exercício da interdisciplinaridade, envolvimento e compromisso de todos os atores sociais.

Na sequência do relato descritivo, a segunda conexão trouxe um ponto crucial que merece ser ressaltado. Este destaque é por conta da minha atuação profissional dentro da Vigilância em Saúde, na qual, até então, havia desempenhado o papel de multiplicadora em capacitações para equipes multiprofissionais de saúde, porém, sem a devida capacitação pedagógica. As discussões proporcionadas ao longo do segundo módulo levaram-me a refletir na minha prática cotidiana de trabalho.

Adianto que essa conscientização me causou grande desconforto e muitos conflitos internos, que até então, a minha prática não era reflexiva, problematizadora, e tão pouco, exercitava o pensar metodológico. Realizava as ações de monitor e/ou facilitador de forma tecnicista (mecanicamente).

Posso registrar que o grande desafio a ser enfrentado daqui pra frente no exercício de meu cotidiano profissional, será “como pensar metodologicamente”, conforme palavras do docente Fernando Manuel Bessa Fernandes (2010), enfatizando que o pensar metodologicamente seria: “refletir sempre não só sobre o que se faz, mas também sobre o que se pensa”.

Como pensar um conceito de “Pauta” metodologicamente? Este foi meu primeiro desafio ao retornar às minhas atividades cotidianas na Vigilância em Saúde. Como das atividades da segunda conexão planejei implementar algumas mudanças na minha atitude como monitor. A atividade individual na área de educação tinha como proposta uma situação imaginária do discente se colocar na condição docente na área de Vigilância e pensar que os estudantes de sua “sala” são servidores municipais e/ou estaduais da área de vigilância.

Para o desenvolvimento dessa atividade fui privilegiada, pois realmente tive a incumbência profissional de contribuir em um Curso de Epidemiologia voltado para a Gestão no âmbito das minhas atividades dentro da Vigilância em Saúde. Esta atividade saiu de uma situação imaginária para uma realidade aplicável.

Particpei como mediadora do primeiro módulo do Curso de Epidemiologia voltado para a Gestão, no período de 23 a 27/08/2010, no Escritório Regional de Saúde (ERS) no Município de Diamantino (MT). A capacitação de 40 horas destinava-se aos profissionais de nível superior dos sete Municípios da área de abrangência do ERS - Diamantino.

O plano de curso foi elaborado pela direção do ERS de Diamantino e aprovado pelo Conselho Escolar da Escola de Saúde Pública de Mato Grosso (ESP-MT). O mesmo está formatado em três módulos, sendo que o primeiro tem o objetivo de resgatar alguns conceitos, como o conceito ampliado de saúde, de políticas públicas de saúde (ênfase no SUS), compreensão do território (espaço geográfico e social), notificação, investigação epidemiológica, indicadores de saúde, sistema de informação e, de forma geral, o uso da epidemiologia para subsidiar o planejamento e a gestão.

No segundo módulo, realizado em outubro/2010, a abordagem foi teórico-prática voltada para o sistema de informação: conhecer os bancos de dados de saúde; ferramentas/aplicativos; crítica do banco de dados, construção de indicadores, tabelas, gráficos e a sua leitura/interpretação. Partindo dos dados dos

próprios Municípios com o objetivo de transformá-los em informação e, principalmente, oportunizando a sua interpretação e compreensão.

Já no terceiro módulo, realizado em dezembro/2010, foi resgatado o conhecimento e os conceitos do primeiro e do segundo módulo. Através das informações e ferramentas disponíveis os profissionais de saúde conseguiram exercitar a construção dos indicadores de saúde. Foram momentos extremamente ricos em trocas de experiências, de discussões e reflexões. Pois houve o reconhecimento coletivo da importância da informação, bem como da sua interpretação e compreensão da situação de saúde de seus municípios para sinalizar e propor medidas de intervenção.

Como participei dos módulos procurei adaptar a metodologia para sair da forma tradicional que, até então, vinha sido uma prática que reproduzia nas capacitações com a denominação de “multiplicador”. Fiz a tentativa de rever minha prática, metodologia e processo de trabalho. Essa condição muito me incomodou, após a participação e troca de experiência no segundo módulo do Curso de Especialização de Formação de Docentes para a área de Vigilância da Saúde.

Esse exercício me fez revisitar os conceitos na área da educação e perceber a complexidade do pensar metodologicamente, pois a atitude de mudança de práticas arraigadas é muito conflitante para quem se dispõem a adotar algumas atitudes de mudanças. São conceitos a serem desconstruídos para construção de um novo olhar que seja participativo, solidário e consensual.

Reflito neste espaço que a mudança no processo de trabalho no âmbito do “profissional de Vigilância em Saúde” e na “condição de futura docente na área de Vigilância da Saúde” é processual e gradativa. Além disso, requer direcionamento político nas três esferas de gestão do SUS em implementar a proposta de uma “Vigilância de Base Territorial Local” e que a mesma esteja imbuída de compromisso, responsabilidade e de continuidade de ações com o envolvimento de todos os parceiros.

Acredito que não consegui atingir os objetivos propostos na conexão, todavia, dentro das minhas limitações procurei buscar algumas alternativas de mudanças de atitudes. Citando o pensamento de Jaime Breilh (1991), “que coloca em questão os desafios, possibilidades e estratégias necessárias à transformação da velha vigilância”, reafirmo que este processo está apenas iniciando e, para a sua

consolidação como uma estratégia para o fortalecimento do SUS, depende principalmente do compromisso institucional e do processo de continuidade.

2.4. CONSTRUÇÃO DE UMA PAUTA DE VIGILÂNCIA DA SAÚDE

2.4.1. Território

A territorialização e as suas interfaces contribuem na organização das práticas de trabalho da vigilância da saúde. Precisamos atuar sobre este território e, ao mesmo tempo, reconhecer que ele tem um conteúdo social, político e ambiental e que esse espaço tem uma população que pode sofrer consequências dos processos de produção e de intervenções sobre a sua saúde.

Para Mendes (1993), além de ser o espaço político-operativo do sistema de saúde, o território configura, é o espaço onde se desenvolvem as interações entre a população e o serviço. O território apresenta, portanto, muito mais que uma extensão geométrica, tem também um perfil demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural, que o caracteriza e se expressa em um território em permanente construção e com relações conflitantes.

A terceira conexão objetivou buscar uma aproximação com o território onde desenvolvemos nossas práticas e, juntamente com atores locais, exercitar uma proposta de construção de pauta baseada na vivência dos atores no contexto técnico, gerencial e político.

Os cenários selecionados para discussão e definição da pauta em saúde foram:

- Escritório Regional de Saúde (ERS) de Diamantino - MT composto por 07 (sete) municípios, sendo eles: Alto Paraguai, Arenópolis, Diamantino, Nortelândia, Nobres, Rosário Oeste e São José do Rio Claro.
- Município de Cuiabá: onde o espaço de interação foi com o Núcleo de Estudos Epidemiológicos da Diretoria de Vigilância em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá.

A escolha dos territórios ocorreu pela aproximação com a gestão e técnicos de ambos os espaços. No ERS esta aproximação ocorreu no momento da execução

da Capacitação em Introdução à Epidemiologia Aplicada à Gestão no período de agosto a dezembro de 2010, com o objetivo de fortalecer e subsidiar as equipes de Vigilância Epidemiológica dos municípios de abrangência do ERS.

Já no município de Cuiabá, a primeira aproximação com a gestão e profissionais da Atenção Básica, bem como da Vigilância em Saúde, ocorreu na Oficina de sensibilização do Processo de Descentralização das Ações de Vigilância em Saúde e Integração com a Atenção Básica no mês de julho de 2010.

2.4.2. Atores envolvidos no ERS de Diamantino

- Diretor do ERS – Diamantino;
- Técnicos do ERS – Diamantino;
- Técnicos da Secretaria de Estado de Saúde (SES – MT);
- Técnicos de sete municípios de abrangência do ERS de Diamantino (participantes da capacitação).

2.4.3. Problemas elencados pela gestão e técnicos do ERS

- Quantidade de recursos humanos insuficiente nos municípios e no ERS;
- Dificuldade de compreensão do sistema de saúde e a mudança de comportamento por parte dos técnicos e gestores;
- Aumento das demandas do nível central e alteração das atribuições do ERS;
- Estrutura física necessitando de melhorias (reforma e ampliação).

2.4.4. Atores envolvidos no município de Cuiabá

- Diretor da Vigilância em Saúde;
- Coordenador do Núcleo de Estudos Epidemiológicos (Diretoria de Vigilância em Saúde);
- Coordenador da Vigilância Sanitária;

- Coordenadora da Atenção Básica;
- Gerência de Vigilância Epidemiológica, Ambiental e Saúde do Trabalhador;
- Profissionais de saúde das Vigilâncias em Saúde e PSF (município de Cuiabá) e técnicos da SES-MT.

2.4.5. Problemas elencados pela gestão e técnicos da vigilância da saúde do município de Cuiabá – MT

- Falta de integração nas ações de Vigilância da Saúde (desarticulação no processo de trabalho);
- Deficiência na qualidade dos serviços refletindo nos indicadores de saúde;
- Falta de envolvimento dos profissionais de saúde na busca de qualificações;
- Aplicação incipiente do raciocínio científico (falta de pesquisa em serviço);
- Falta de *feedback* das capacitações (ausência de monitoramento e avaliação).

Diante das dificuldades postas em ambos os territórios presumimos que todos os problemas elencados são processuais e de gestão. Frente a esta situação reporto-me ao sistema de serviços de saúde sistematizado pelos seguintes eixos: estruturante, organização e produção/prestação de serviços que foram sub-categorizados, conforme figura abaixo:



Figura 1 – Diagrama dos Componentes do Sistema de Vigilância em Saúde.

Fonte: Adaptado de Teixeira (2010).

Para essa organização, devemos pensar em construir e atender ao eixo estruturante, que se subdivide em gestão, financiamento e infraestrutura buscando uma produção e prestação de serviço de qualidade, a fim de atender às necessidades e demandas de saúde da população. Entendo que a grande fragilidade do sistema de vigilâncias está representada no grande elo: Produção/Prestação de Serviço: cobertura, acessibilidade e qualidade.

Dentro desta lógica organizativa, a estrutura das vigilâncias deve ser poliárquica e que todos os seus elos deverão estar fortalecidos para que a oferta de serviços se traduza em cobertura, acessibilidade e, principalmente, em qualidade.

Os territórios visitados apresentam nítida fragilidade em todos os seus elos organizativos refletindo no elo que representa a produção e prestação de serviço. Agora, pensando saúde em seu conceito ampliado, pergunto: Como operacionalizá-lo diante de uma realidade onde prevalece o modelo biomédico com as ações voltadas para as medidas curativas e assistenciais?

Na construção e consolidação do SUS foram implementados vários princípios norteadores capazes de auxiliar na reorganização do modelo de atenção à saúde.

No entanto, as estratégias de fortalecimento do sistema ainda são fragmentadas e sem continuidade. Mas, enxergamos várias possibilidades para reverter esta lógica e re(construir) cenários saudáveis de convívio.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A questão nevrálgica e central dessa Formação foi guiada pelo seguinte questionamento: Que tipo de situações de aprendizagem pode ser criado para estimular a construção de um modo ecossistêmico de pensar? Como contribuir no ensino-aprendizagem para o desenvolvimento do censo crítico-reflexivo? Na verdade, não existem conteúdos que possam ser ensinados que possa dar conta, por si só, que o profissional assuma uma postura crítico-reflexivo, sabendo disso com clareza, o nosso papel docente passa a ser pautado no planejamento pedagógico de situações de ensino-aprendizagem, bem como a busca constante de novos conhecimentos e métodos que estimulem o desenvolvimento da formação de atitudes crítico-reflexivo.

Ressalto que o trabalho em equipe é uma atitude indispensável para a competência profissional na Saúde. As características mais fortes do processo de trabalho em saúde são a complexidade, a heterogeneidade e a fragmentação. Para isso, requer que aprendamos a lidar com o novo, o incerto e o aleatório nas atividades cotidianas do trabalho (DELUIZ, 2000). Desta forma o trabalho em saúde não segue uma lógica rígida, mesmo tendo a sua normatização e padronização técnica definidas, o produto final poderá estar comprometido devido a complexidade sistêmica.

Para Erdmann *et al.* (2006, p. 561), afirmam que: “os problemas atuais não podem ser entendidos isoladamente, ao contrário, exigem compreensão sistêmica, pois são resultados de relações, conexões e interconexões de vários fenômenos. Caracterizados por uma realidade complexa e autoprodutiva que permite construir um saber que não apenas integra, mas que transcende diferenças e peculiaridades com vistas a formular uma nova prática, um novo saber”.

Diante dessas afirmações, torna-se necessário o exercício de uma ação interdisciplinar na saúde que pressupõe a possibilidade da prática de um profissional se reconstruir na prática do outro, ambos sendo transformados para a intervenção na realidade em que está inserido; daí a importância do trabalho em equipe.

O trabalho em equipe surge como uma estratégia para redesenhar o trabalho e promover a qualidade dos serviços, quando promove movimentos coletivos de: planejamento, estabelecimento de prioridades, duplicidades dos serviços, geração

de intervenções mais criativas, redução de intervenções desnecessárias pela falta de comunicação entre os profissionais.

O trabalho em equipe tem como objetivo a obtenção de impactos sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença. Trabalhar em equipe requer colaboração com outras pessoas na realização de tarefas, projetos ou solução de problemas que sejam de comum interesse.

Envolve atitudes de confiança, coleguismo, adesão e tolerância. Implica na ampliação dos referenciais com que cada profissional de saúde trabalha reconhecendo a limitação da ação pessoal de cada profissional para dar conta das necessidades individuais e coletivas no seu âmbito de atuação. Implica, também, em mudanças nas relações de poder entre profissionais de saúde, para que efetivamente constituam uma equipe multiprofissional e, entre profissionais de saúde e usuário, na busca de sua autonomia.

Nesse contexto, a Formação Docente na Área de Vigilância em Saúde proporcionou as ferramentas teórico-metodológicas, como também, oportunizou o desenvolvimento das atividades integrativas nos momentos de conexão com as discentes do próprio estado que, neste caso, somos cinco que participaram dessa qualificação. Com o avançar dos módulos comecei a perceber que o exercício da interdisciplinaridade e a operacionalização teoria/prática se traduzem em confrontos, porém conduzem a um crescimento individual e profissional, até então, imperceptível.

Ficou nítida essa impressão na organização da “Oficina de Práticas Educativas e Vigilância da Saúde”. Onde, talvez, não tenhamos conseguido consensuar o produto a que queríamos chegar. Mas, no meu entendimento, os objetivos da proposta e o produto foram alcançados.

O grupo de discentes está conseguindo gradativamente reconhecimento institucional e, principalmente, no seu *locus* de atuação imprimir uma nova atitude que possa contribuir e contaminar o nosso ambiente trabalho na busca do produto final da Vigilância: cobertura, acessibilidade e qualidade.

Revendo uma das primeiras atividades que desenvolvemos no Curso/Programa que foi norteadas pelo levantamento dos limites, possibilidades e desafios, constato que muitas questões se configuram como desafios a serem enfrentados. Mas vislumbramos algumas possibilidades! Assim sendo, fomos

despertados a participar de algumas discussões como, por exemplo, a discussão do currículo do Curso Técnico de Vigilância em Saúde.

Esta situação estreitou a relação entre a Escola de Saúde Pública da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso (ESP-SES/MT) com a área técnica da Vigilância em Saúde da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso, bem como do grupo de discente do Curso/Programa. Pois entendo que a possibilidade de um currículo integrado por competências é um dos principais motivadores para a incorporação das duas dimensões: educação e trabalho.

Outra aproximação importante foi com a Comissão Interinstitucional de Ensino e Serviço (CIES) que cria novas possibilidades organizacionais no âmbito das capacitações. Atualmente, a ESP-SES/MT por intermédio do CIES recebe a demanda de capacitações consolidadas e enviadas via Escritórios Regionais de Saúde (ERS) e, em outra instância, a área técnica também recebe as demandas dos ERS para execução das capacitações.

Diante dessa duplicidade de ações, emerge um grande desafio a ser enfrentado pelas áreas técnicas da ESP-SES/MT e da Vigilância em Saúde com relação às capacitações, que se configura em realizarem em conjunto o planejamento, logística, execução, monitoramento e avaliação do processo formativo.

4. BIBLIOGRAFIA

- ALBUQUERQUE, V. S.; et al. **Currículos Disciplinares En Al Área de Salud: Ensayo Sobre Saber y Poder**. V. 13. N. 3.1 Botucatu: Interface – Comunic., Saude, Educ. P. 261-72. 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução N. 218 de 06/03/1997**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde. 1997.
- BREIH, J. **Epidemiologia, Economia, Política e Saúde**. São Paulo: UNESP/HUCITEC, 1991.
- CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2007.
- CASTELLANOS, P. L. **Análises de Situación de Salud de Poblaciones**. In: Navarro FM; et al. (Org). Vigilancia Epidemiológica. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana. P. 193-213. 2004.
- COSTA NETO, M. M. (Org.). **A implantação da Unidade de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas da Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2000. P. 9.
- DELUIZ, N. **Qualificação, Competências e Certificação: Visão do Mundo do Trabalho**. Seminário Certificação de Competências para a Área de Saúde: Os Desafios do PROFAE. Anais. Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria de Gestão e Investimentos em Saúde, Projeto Profissionalização dos Trabalhadores da Área da Enfermagem. P. 27-36. 2001.
- ERDMANN, A. L; SCHLINDWEIN, B. H. M; SOUSA, F. G. M. **A Produção do Conhecimento: Diálogo Entre os Diferentes Saberes**. V.59. N.4 Brasília: Rev. Bras. Enferm. jul-ago; P. 560-4. 2006.
- FREITAS, C. M. **Riscos e Processos Decisórios: Implicações para a Vigilância Sanitária**, 2002. Disponível em www.anvisa.gov.br/institucional/snvs/coprh/seminario/Riscos_processos.pdf.
- Acesso em 12/05/2011.
- GOMEZ, C. M., MINAYO, M. C. S. **Enfoque Ecosistêmico de Saúde: Uma Estratégia Transdisciplinar**. V.1. N.1. Art.1. Ribeirão Preto: Interfacehs - Revista de Gestão Integrada em Saúde do Trabalho e Meio Ambiente, ago 2006.

MEIRELLES, B. H. S. **Viver Saudável em Tempos de Aids**: A Complexidade e a Interdisciplinaridade no Contexto da Prevenção da Infecção pelo HIV. Florianópolis: UFSC, 2003. 310 f. (Tese de Doutorado em Enfermagem).

MEIRELLES, B. H. S. **Redes Sociais em Saúde**: Desafio Para Uma Nova Prática em Saúde e Enfermagem. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina - Departamento de Enfermagem. 2004. (Trabalho Apresentado como Requisito ao Concurso Público para Professor Adjunto).

MEIRELLES, B. H. S; ERDMANN, A. L. **Redes Sociais, Complexidade, Vida e Saúde**. V. 5. N. 1. Maringá: Ciência, Cuidado e Saúde. P. 67-74. 2006.

MEDEIROS, L. C. **As Transformações do Ensino de Enfermagem**: Acerca do Projeto Pedagógico da FAEN. Mossoró: Expressão. P. 91-96; jan./dez. 2005.

OFFE, C. **Trabalho & Sociedade**. Problemas Estruturais e Perspectiva para o Futuro da Sociedade do trabalho. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1991.

SABROZA, P. C. **Concepção de Saúde e Doença**. Rio de Janeiro: EAD, ENSP, 2001. (Texto de Apoio ao Módulo I do Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde). Disponível em

<<http://www.abrasco.org.br/UserFiles/File/13%20CNS/SABROZA%20P%20ConcepcoesSaudeDoenca.pdf>>. Acesso em 13.05.2011.

SOUZA, S. A. **A interdisciplinaridade e o Trabalho Coletivo em Saúde**. Ano 2. N. 2. Juiz de Fora: Revista de Atenção à Saúde. Universidade Federal de Juiz de Fora. Março a junho de 1999.

TEXEIRA, C. F; PAIM, J. S; VILASBÔAS, A. L. **SUS, Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde**. IESUS, VII (2), Abr/Jun, 1998. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/iesus_vol7_2_sus.pdf>. Acesso em 13.05.2011.