

INTEGRALIDADE E VIGILÂNCIA EM SAÚDE: DESAFIOS PARA A FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Ângela Oliveira Casanova¹

INTRODUÇÃO

O termo *integralidade* tem sido empregado como um princípio desejável ao nosso sistema de saúde e, por conseguinte, para o exercício das práticas nele empreendidas. Ao mesmo tempo, vem adquirindo diversas conotações e sentidos no seu emprego (MATTOS, 2001, 2003). Não se tem a pretensão, portanto, de aqui exaurir a diversidade de significados subjacentes a essa noção. Busca-se tão somente destacar alguns de seus sentidos a fim de apontar como a *vigilância em saúde*, pensada enquanto um modelo de atenção integral à Saúde, pode constituir uma resposta ao desafio atual de concretização desse princípio tão caro ao Sistema Único de Saúde (SUS) e, nesse sentido, destacar alguns desafios da formação profissional nesse campo.

Segundo Paim (2006), a integralidade é uma noção procedente do movimento preventivista, quando se buscava a articulação entre os níveis de aplicação das medidas preventivas (promoção, proteção, diagnóstico precoce, limitação do dano e reabilitação²), ainda que de alguma maneira sugerisse a absorção pelo governo das ações de promoção e proteção, relegando as demais para a iniciativa privada – proposta que posteriormente, no contexto da reforma sanitária, foi recuperada e ampliada em seu conjunto de sentidos.

¹ Professora-pesquisadora da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/FIOCRUZ. Mestre em Saúde Coletiva (UERJ), é graduada em Psicologia (FAHUPE).

² Esse sentido tem como fundamento explicativo do processo saúde-doença o modelo da História Natural e Prevenção das Doenças de Leavel e Clark (1976 *apud* ROUQUAYROL & GOLDBAUM, 2003). Esse modelo explicativo articula cada estágio de aparecimento do agravo e/ou doença a níveis específicos de intervenção.

Mattos (2004a) identificou três grupos de sentido para o termo integralidade, no interior do movimento pela reforma sanitária. O primeiro, relativo a características de políticas públicas de saúde e à capacidade de articulação das dimensões assistencial e preventiva; o segundo, referente a aspectos da organização dos serviços; e o terceiro, voltados para características das práticas de saúde. Essa noção abarca, portanto, significados que se contrapõem ao antigo Sistema Nacional de Saúde, tendo em vista que as respostas governamentais a certas doenças, no início do século passado, eram fundamentadas no conhecimento técnico da saúde pública, caracterizadas por uma elaboração centralizada, pela “verticalização” na sua execução, e pelo autoritarismo que desconsiderava o direito de decisão dos sujeitos e não viabilizava a participação de outros atores que não os técnicos. Evidentemente, ainda hoje é possível reconhecer marcas do modelo campanhista em políticas específicas de saúde. Contudo, a proposta de formulação de políticas orientadas pela integralidade pautou-se justamente na superação da tradição de ações verticais, cuja normalização competiria apenas aos níveis centrais de gestão.

Ao longo do século passado e paralelamente a essa forma de resposta governamental frente a um conjunto específico de doenças, foi também formulado um conjunto de políticas visando à garantia de alguns direitos e benefícios aos trabalhadores, entre eles o da assistência à saúde. Assim, duas vertentes de políticas públicas permaneceram totalmente independentes até a década de 1970: aquelas voltadas para o combate de determinadas doenças e as voltadas à oferta de assistência ao conjunto de trabalhadores. Em resposta a essa configuração do sistema de saúde brasileiro é que uma série de críticas foram formuladas, constituindo as bandeiras de luta do movimento sanitário.

Além da proposta de um comando único, teceu-se também um dos sentidos da integralidade: a defesa da articulação da prevenção e da assistência nas políticas de saúde, devendo-se na sua

³ Pode-se afirmar que a presença desse sentido do termo integralidade no texto constitucional, com ênfase sobre as atividades preventivas, está relacionada à dívida do Estado para com a população brasileira, em face da prioridade histórica até então dada às atividades assistenciais (CAMPOS, 2003).

formulação considerar ambas as dimensões³ (MATTOS, 2004). Uma política pública orientada pelo princípio da integralidade, de modo a contemplar as dimensões assistencial e preventiva, busca garantir o direito daqueles que necessitam da assistência tanto quanto daqueles que, não doentes, se beneficiariam com ações preventivas. Logo, tal política deve adotar uma apreensão ampliada do conjunto de necessidades das pessoas através de uma abordagem centrada nos seus direitos de decisão e escolha (MATTOS, 2004a).

Atualmente esse termo tem sido empregado sob diversos matices: prioridade das ações de prevenção, integradas às ações assistenciais; garantia de acesso aos três níveis de atenção; articulação das ações de prevenção, promoção, recuperação e reabilitação; e abordagem integral dos indivíduos e das famílias.

Não se pode negar que, ao longo dos anos, significativas mudanças ocorreram no processo de consolidação do SUS. Podemos destacar o avanço do processo de descentralização, de estímulo ao exercício do controle social e a participação popular, a ampliação do acesso (ainda que existam muitas barreiras), bem como os aspectos jurídico-legais relacionados à regulamentação do financiamento (MATTOS, 2004b, CAMPOS, 2003). Mas no que concerne ao princípio da integralidade, tais mudanças não têm sido tão visíveis nessa trajetória, já que a dificuldade de sua tradução em novas práticas revela a complexidade existente para a apreensão e operacionalização deste conceito (PINHEIRO E GUIZARDI, 2004)

Desta forma, a integralidade pode ser pensada enquanto imagem-objetivo, ou seja, um modo de apontar determinadas características que seriam desejáveis ao sistema de saúde e às práticas nele exercidas, em contraste com as ainda predominantes (MATTOS, 2004b).

Integralidade segue sendo uma noção, ou conjunto de noções úteis para distinguir certos valores e características que julgamos desejáveis no nosso sistema de saúde? Ela ainda segue sendo um bom indicador da direção que desejamos imprimir ao sistema e suas práticas e, portanto, segue indicando por contraste aquilo que é criticável no sistema e nas práticas de saúde que existem hoje?. (MATTOS, 2001, p. 43-44)

Segundo Campos (op. cit.), o desafio inicial na implementação do princípio da integralidade é mudar a forma como o processo de trabalho em saúde, bem como os serviços que prestam assistência, têm se organizado até os dias atuais. A modificação das práticas de saúde envolve, fundamentalmente, a organização e a articulação dos serviços e das práticas profissionais.

Uma questão central para o SUS, e que tem sido debatida de forma exaustiva, é a necessidade de reformulação do modelo de atenção vigente, de maneira a incorporar, na lógica da organização dos serviços de saúde, da gestão e das práticas, o princípio da integralidade. Propostas de um processo de trabalho em saúde orientado pela humanização, intersectorialidade, promoção da saúde, redução de vulnerabilidade, entre outras, têm estado na pauta das discussões do campo da Saúde, na busca por condições que permitam um sistema de saúde mais resolutivo e também mais próximo às demandas e necessidades da população brasileira. Para Ayres (2005), a emergência de novas propostas como “vigilância em saúde” e “saúde da família”, além de revelarem a vitalidade conceitual da Saúde Pública, apontam para a necessidade de renovação das práticas sanitárias que, para se efetivarem, necessitam que nosso modo de pensar e agir em saúde sejam radicalmente transformados.

INTEGRALIDADE E VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Assim como o termo integralidade, a vigilância em saúde tem sido compreendida a partir de distintas perspectivas: como processo de trabalho estruturado em torno da integração das vigilâncias epidemiológica, ambiental e sanitária; como monitoramento/análise da situação de saúde ou como proposta de redefinição das práticas sanitárias, que incorpora as dimensões anteriores, mas não se restringe a elas (TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 1998).

Sob a perspectiva da vigilância em saúde enquanto redefinição de práticas, ela pode privilegiar a *dimensão técnica*, sendo concebida enquanto proposta de modelo de atenção conformado por um conjunto de práticas sanitárias que, através de combinações

tecnológicas, objetivam o controle de determinantes, riscos e danos; ou a *dimensão político-gerencial* e, nesse sentido, voltar-se para a organização dos processos de trabalho por meio de operações sobre problemas em diferentes momentos do processo saúde-doença. A *dimensão técnica* tem por objeto as relações entre os distintos modos de vida de grupos sociais e as diversas formas de expressão do processo saúde-doença. Já a *dimensão político-gerencial* confere destaque aos meios de trabalho – os métodos, as técnicas e os instrumentos gerenciais – necessários à operacionalização das práticas de vigilância em saúde. A proposta de um Curso Técnico de Vigilância em Saúde tem na integração dessas duas dimensões um de seus desafios.

Além disso, a redefinição do objeto de trabalho implícita nesta proposta implica uma combinação de saberes que destitui a hierarquia do saber médico e sanitário sobre os demais, para a construção de uma proposta de trabalho multidisciplinar. Na compreensão dos problemas de saúde da população e na reorganização do processo de trabalho, congrega conhecimentos e tecnologias advindas das ciências sociais, da geografia, da economia, da comunicação social e da educação, entre outros campos de conhecimento. Incorpora entre os seus sujeitos também os profissionais de saúde e a população organizada e, nesse sentido, redefine seu espaço de atuação, que deixa de restringir-se à unidade de saúde, *stricto sensu*, para envolver outros setores, sejam ou não da Saúde, consolidando uma prática intra e intersetorial. O processo de trabalho em vigilância em saúde é pautado, portanto, numa proposta *contra-hegemônica* de saberes e práticas em relação ao que historicamente vem conformando de forma dominante nosso sistema de saúde.

Os interesses econômicos e as necessidades de acumulação do capital contribuíram para a consolidação em nosso país de um modelo de atenção baseado na assistência médica e no consumo de medicamentos e tecnologias. Logo, pode-se dizer que a proposta de um modelo de atenção regido sob os princípios da vigilância em saúde encontra-se na contra-corrente dos interesses que buscam até hoje fazer prevalecer a medicina de grupo, privatista,

voltada para aqueles que podem pagar. Nesse sentido, a formação de profissionais em vigilância em saúde não pode prescindir da reflexão sobre o SUS, os desafios, dilemas e embates subjacentes ao seu processo de implementação e sobre as mediações entre o estabelecimento de políticas públicas universais e o modo de produção social atual. A vigilância em saúde pensada enquanto *modelo de atenção integral à saúde* envolve a integralidade das práticas e a integralidade dos serviços (TEIXEIRA, 2007⁴). Segundo Mattos (2004b), a integralidade costuma ser tratada como sinônimo de garantia de acesso aos três níveis do sistema, provavelmente porque o texto da Constituição congrega diversas dimensões das ações e dos serviços de saúde: uma relacionada à garantia de acesso universal e igualitário em todos os níveis de atenção requeridos pelo indivíduo (na promoção, proteção ou recuperação da saúde) e outra em que a integralidade surge enquanto princípio norteador, referente à articulação das atividades assistenciais e preventivas. No entanto, a integração dos serviços de saúde, em seus distintos níveis de complexidade, só seria possível, se o conjunto de serviços de saúde estiver organizado numa rede regionalizada e hierarquizada. A hierarquização pressupõe, por sua vez, o estabelecimento de níveis de atenção com base nos diversos recursos tecnológicos existentes para a promoção, proteção ou recuperação da saúde. Por outro lado, as ações preventivas e assistenciais deveriam ocorrer em todos os níveis de atenção (MATTOS, 2004b).

A atenção básica pode ser pensada como espaço privilegiado para o desenvolvimento de propostas que incorporem os pressupostos da vigilância em saúde, (atuação sobre território com enfoque sobre problemas e articulação intra e intersetorial). Nesse sentido, a equipe de saúde da família deveria se responsabilizar pelo sujeito em qualquer situação de necessidade de cuidado apresentada, ou seja, independente do nível de atenção exigido pelo seu problema de saúde. O simples acesso a uma rede organizada hierarquicamente segundo necessidades de atenção, com níveis diferenciados de complexidade tecnológica, conseguida através de proces-

⁴ Entrevista concedida pelo pesquisador ao LAVSA/EPSJV em 2008.

sos de referência-contrarreferência⁵ não tem conseguido garantir, por si só, nem a universalização do acesso, nem a equidade, e muito menos a integralidade das práticas. A alternativa de se conceber a organização da rede de serviços de saúde pela metáfora do círculo em substituição à idéia da pirâmide⁶ (CECÍLIO, 1997) é bastante fecunda no sentido de apreender como se dá a procura por atendimento por parte da população em caso de sofrimento, além das limitações da atenção básica como única porta de entrada possível ao “sistema”.

Pensar o sistema de saúde como um círculo é, em primeiro lugar, relativizar a concepção de hierarquização dos serviços, com fluxos verticais, em ambos os sentidos, nos moldes que a figura da pirâmide induz. A pirâmide só faz sentido, no senso comum, quando vemos sua base mais larga voltada para baixo e a mais estreita para cima. As suas imagens contrárias, apresentadas de forma invertida, dá idéia de instabilidade e transmite a sensação de que algo está errado. Assim, associar o modelo assistencial à figura da pirâmide nos coloca em uma armadilha dos sentidos, que fatalmente nos faz pensar em fluxos hierarquizados de pessoas dentro do sistema. Com tal concepção há de se romper com radicalidade. O círculo se associa com a idéia de movimento, de múltiplas alternativas de entrada e saída. Ele não hierarquiza. Abre possibilidades. E assim deve ser o modelo assistencial que preside o SUS. Trabalhar com múltiplas possibilidades de entrada (CECÍLIO, 1997, p. 475).

Nesse sentido, segundo este autor, uma das formas do princípio de integralidade se concretizar seria quando, não importando a forma de entrada do usuário ao sistema de saúde, seja numa unidade básica de saúde ou em um hospital, fosse garan-

⁵ O usuário do SUS, uma vez atendido numa unidade de saúde cuja ação, para resolução integral ou parcial de seu problema, não está disponível, deve ser encaminhado a um outro estabelecimento de saúde em condições de oferecer a ação necessária (Referência). Após a realização deste atendimento específico, o usuário deve ser reencaminhado a sua unidade de origem para que a equipe tome conhecimento da ação desenvolvida e possa dar os encaminhamentos necessários ao problema apresentado (Contra-referência). Dessa forma, esse sistema tem por objetivo garantir ao usuário do SUS o atendimento integral às suas necessidades de saúde (EPSJV, 2004, p. 29).

⁶ A idéia da pirâmide implica na organização hierarquizada da rede de serviços, segundo níveis de complexidade. Na base da pirâmide encontra-se a atenção básica, porta de entrada para os usuários ao sistema, referenciados aos demais níveis num fluxo vertical. O autor aponta no texto algumas constatações sobre as dificuldades que esta organização coloca para que de fato garanta-se uma assistência integral aos usuários.

tido tanto o atendimento às suas necessidades imediatas, quanto contemplado com a oferta de outros serviços, não imediatos, seja no momento do atendimento ou mesmo posteriormente, em outro serviço de saúde.

Para garantirmos o princípio da integralidade no SUS é preciso mudar a forma como tem se organizado o processo de trabalho em saúde e os serviços que prestam assistência. A modificação necessária envolve, de um lado, a organização e a integração dos serviços e, de outro, as práticas profissionais.

A vigilância em saúde é uma proposta de mudança nas formas de organização das práticas de saúde com o objetivo de desenvolver ações integrais de promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos e reorientação da assistência individual e coletiva. Considera a heterogeneidade das condições de vida dos indivíduos e grupos e a diversidade, no que diz respeito à organização e gestão do sistema, existente em cada território (TEIXEIRA, 2002). No processo de reorganização dos serviços, em nível local, e na redefinição das políticas de atenção, tem como princípios fundamentais a garantia da integralidade do cuidado e a equidade na distribuição social das ações e serviços.

No que concerne à articulação entre prevenção e assistência, a vigilância em saúde propõe a superação da dicotomia entre práticas coletivas e práticas individuais por meio do processo de descentralização e reorganização dos serviços e das práticas locais (FREITAS, 2003). Ainda que com o SUS um novo rearranjo institucional das práticas e dos serviços tenha sido proposto, a fim de superar a ênfase histórica do sistema de saúde brasileiro sobre a assistência, em detrimento das ações de promoção e prevenção, a articulação entre as duas lógicas (assistência e prevenção) ainda não se fez sentir com a amplitude nem com a integração desejadas.

Outrossim, a vigilância em saúde propõe também uma crítica aos modelos de atenção ainda predominantes que combinam aspectos do modelo médico-assistencial com o modelo sanitarista-campanhista. Com a redefinição dos sujeitos, objeto, práticas e espaços de atuação, o processo de trabalho em saúde, na pers-

pectiva da vigilância em saúde, incorpora – seja no interior das práticas de saúde, seja na gestão – o conceito de democracia. Busca a “horizontalização” dos saberes, o que imprime novas formas de relações com o trabalho em saúde, tanto entre os profissionais quanto entre estes e a população – aqui situada como co-autora na definição das necessidades de saúde e no planejamento das ações. Nesse sentido, essa proposta estimula a participação popular na resolução de seus problemas locais, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida individual e coletiva. O incentivo à participação popular tem como horizonte a autonomia, a liberdade e a emancipação dos sujeitos, na perspectiva da saúde enquanto direito de cidadania.

A VIGILÂNCIA EM SAÚDE E A PERSPECTIVA DO CUIDADO

Algumas críticas têm sido feitas à proposta de vigilância em saúde, do ponto de vista de um suposto “esquecimento” da dimensão subjetiva dos sujeitos, já que seu foco incide sobre as determinações sociais da doença, o que conduziria a uma atuação predominante sobre o coletivo. No entanto, a vigilância em saúde pode e deve incorporar no seu escopo de atuação a dimensão ética, através do vínculo e de relações de cuidado.

O vínculo, pensado na perspectiva de relações duradouras estabelecidas entre profissionais de saúde e a população assistida, se dá na construção compartilhada de saberes e propostas de ação coletiva na resolução de problemas de saúde de uma comunidade determinada. Através do vínculo é possível ir além do perfil epidemiológico e sanitário de um grupo populacional, que se compreende através da construção e interpretação de indicadores. Dessa forma, torna-se possível a construção de uma relação capaz de revelar para o profissional todo um leque de situações opressivas e constrangedoras presentes na vida de uma pessoa, que extrapolam a existência ou não de uma doença (TEIXEIRA, 2007⁷). A vigilância

⁷ Em entrevista realizada pelo LAVSA/EPSJV, em 2008.

em saúde implica um “olhar” que é também uma forma de escuta ampliada das necessidades de saúde de uma pessoa ou grupo.

O processo de trabalho da vigilância em saúde incorpora a dimensão subjetiva do sujeito, na perspectiva do cuidado, no sentido do “direito de ser”, proposto por Pinheiro e Guizardi (2004), que implica no “tratar, respeitar, acolher, atender o ser humano em seu sofrimento, em grande medida fruto de sua fragilidade social” (p. 21) – o que nos remete a um outro sentido do termo integralidade:

(...) é possível qualificarmos a integralidade como um dispositivo político, de crítica de saberes e poderes instituídos, por práticas cotidianas que habilitam os sujeitos nos espaços públicos a engendrar novos arranjos sociais e institucionais em saúde. Muitas vezes esses arranjos são marcados por conflitos e contradições, numa arena de disputa política, em defesa da saúde como direito de cidadania de todos e não de alguns. (PINHEIRO E GUIZARDI, 2004, p. 21)

A integralidade é, portanto, um conceito que nos remete à ética e à democracia, tendo no estabelecimento de relações dialógicas um de seus principais elementos.

(...) a integralidade pode produzir efeitos de polifonia – ou seja, quando essas vozes se deixam escutar. Efeitos traduzidos em respostas positivas por aqueles que demandam o cuidado em saúde. Contudo, nem sempre a função dialógica produz efeitos de polifonia, mas de monofonia, quando o diálogo é mascarado e uma voz apenas se faz ouvir. Ou seja, se a integralidade não se constitui em práticas eficazes, teremos apenas uma voz, uma parte, um lado, um sem o outro, um apenas com poder de decidir acerca da saúde que se quer e se deseja ter e ser. (PINHEIRO E GUIZARDI, 2004, p. 22)

Os “efeitos de polifonia”, tão caros ao princípio da integralidade, encontram grandes dificuldades de serem concretizados em práticas de saúde no cotidiano dos serviços, ainda que estas sejam orientadas por políticas de saúde que carreguem no bojo de sua formulação esta perspectiva. Um exemplo é o caso do Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PAISM), cuja construção teve como elementos fundamentais a crítica e a contestação empreendida pelo movimento feminista frente às respostas governa-

mentais, que até então centralizavam as ações, voltadas para a saúde das mulheres, no ciclo gravídico-puerperal, revelando o reducionismo da mulher à sua função reprodutora.

Um estudo desenvolvido por Simões Barbosa e Casanova (2004) aponta para as dificuldades que o PAISM têm de concretizar uma prática “polifônica” em saúde, na atenção básica. A pesquisa, de cunho qualitativo, empreendida em unidades de atenção básica de uma região do município do Rio de Janeiro, teve como um de seus objetivos compreender os limites e possibilidades de uma atenção integral à saúde da mulher, e entre seus resultados verificou que a integralidade, apesar de muito valorizada no plano discursivo, dificilmente era empreendida nas práticas de atenção, por diversas razões, entre as quais: pela desvalorização, dentro das unidades de saúde, de outras práticas que não as puramente assistenciais; pela falta de compreensão dos profissionais de como a integralidade estava prevista na política de atenção à saúde da mulher; pelo regime de produtividade imposto aos profissionais; pela falta de uma formação capaz de ajudar aos profissionais na abordagem de problemas/necessidades fora do escopo específico da doença e ainda pela falta de investimento no aprimoramento profissional.

Além disso, os profissionais destacaram a falta de integração das ações do PAISM com o Programa de DST-AIDS no que se referia às gestantes soropositivas, e ainda as limitações impostas por uma política de atenção que priorizava certas ações programáticas em detrimento de outras necessidades, como a falta de uma diretriz para o atendimento das mulheres no climatério, por exemplo. Esses aspectos revelaram que a despeito do sentido de integralidade atribuído ao PAISM, formulado para atender as necessidades de saúde das mulheres para além de sua função reprodutora, as ações desenvolvidas ainda encontravam-se centradas no ciclo gravídico-puerperal. Ademais, outras necessidades que não se enquadravam nesse escopo permaneciam descobertas.

Cabe também destacar que os profissionais que reconheceram a necessidade de escutar as demandas colocadas pelas mulheres, para questões de sua vida pessoal e afetiva, revelaram muitas ve-

zes, não saber como agir para ajudá-las a superar problemas/dificuldades. Além disso, as atividades de educação em saúde empreendidas por eles não implicavam em escuta, porque a relação estabelecida não era dialógica. Para muitos profissionais essas atividades se resumiam a “repassar, dar, falar, mostrar e ensinar”, o que significava encarar aquelas mulheres como *objetos* e não como sujeitos ativos da ação educativa.

Sob a perspectiva do cuidado, ainda que o indivíduo, na qualidade de portador de demandas de saúde, possa ser considerado objeto de intervenção e conhecimento, ninguém pode retirar dele a última palavra sobre as suas necessidades, nem desconsiderar os elementos que orientam a sua concepção de felicidade, de vida bem sucedida, e suas inter-relações com a produção da saúde (AYRES, 2005).

Os elementos levantados na pesquisa citada apontam para as possibilidades que a vigilância em saúde, enquanto modelo de atenção integral à saúde, tem para o desenvolvimento de práticas pautadas no cuidado. A incorporação de novos sujeitos consiste no envolvimento da população organizada, vista não mais como objeto de intervenção, mas sim como sujeito da ação. A redefinição do objeto de trabalho, que além das determinações clínico-epidemiológicas incorpora também as determinações sociais do processo saúde-doença, permite ampliar o escopo de ações, propostas e estratégias para além das ações preconizadas pelos programas de saúde verticais. Em síntese, a vigilância em saúde poderia favorecer a integralidade da atenção na medida em que o processo de trabalho em saúde é organizado a partir do levantamento de necessidades que são priorizadas por meio da interlocução entre profissionais e população local e de intervenções que associam, aos conhecimentos e tecnologias médico-sanitários, outros saberes capazes de estimular a participação popular na promoção da sua saúde e na defesa por melhores condições de vida (FREITAS, 2003).

Pode-se perguntar então se as dificuldades apontadas podem ser superadas pela lógica da vigilância em saúde. Para isso é preciso

esforço e persistência, para lidar com as dificuldades inerentes às mudanças do processo de trabalho em saúde necessárias a uma prática orientada pelo princípio da integralidade. Afinal, um modelo de atenção orientado pela vigilância em saúde tem obrigatoriamente que compreender, na sua operacionalização, o papel determinante de nossa organização social sobre o processo saúde-doença, ampliando a compreensão do que seja a Saúde.

Implica ainda no trabalho em equipe e o reconhecimento da importância da contribuição de diversos profissionais e a relevância de diversas áreas do conhecimento. Exige participação da população local na definição das prioridades de saúde e, por meio do compartilhamento do saber técnico e popular, cria as bases para tomada de consciência das situações de saúde das comunidades envolvidas, possibilitando a construção coletiva de estratégias de enfrentamento dos problemas (TEIXEIRA, 2002; CAMPOS, 2004).

Ademais, como bem assinalado por Ayres (2005), não podemos perder de vista que nem tudo que é importante para o bem-estar de uma pessoa ou grupo pode ser imediatamente traduzido e operado como conhecimento técnico. A tecnologia não é apenas a aplicação da ciência, não é simplesmente um modo de fazer, ela é também uma decisão sobre o que pode e deve ser feito e, nesse sentido, os profissionais de saúde em sua atuação constroem mediações, escolhendo dentro de certos limites e possibilidade o que devem querer, ser e fazer aqueles a quem assistem e a si mesmos. Segundo esse autor, se as respostas necessárias para alcançar a saúde não se restringem aos tipos de perguntas que podem ser formuladas na linguagem da ciência, então a ação em saúde não pode se restringir à aplicação de tecnologias, devendo se articular com outros aspectos não tecnológicos.

A formação em vigilância em saúde deve possibilitar ainda a reflexão crítica sobre as mediações entre o mercado e suas leis e o papel das biociências na consagração de concepções de vida e saúde, atualmente hegemônicas. Segundo Luz (2004), as demandas sociais de saúde sofrem com a ação do mercado que transfor-

ma cuidado e atenção em saúde em “valores de uso e de consumo individual” (p. 19). A ciência tem ocupado papel estratégico na construção de um ideário de vida e saúde que se expressa por meio da busca da beleza e da longevidade, incorporados como preciosos bens, cuja aquisição depende tão somente do acesso às biotecnologias.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A vigilância em saúde favorece a concretização da integralidade, como princípio do SUS, por adotar como elementos constitutivos de seu processo de trabalho a *integração das práticas sanitárias*, através da articulação das ações de promoção e prevenção com as de assistência e reabilitação, e também da garantia de acesso aos diversos níveis de complexidade por meio da reorganização dos serviços em redes integradas. Resgata ainda a dimensão do cuidado ao redefinir as relações entre profissionais e entre estes e os usuários, tendo como premissa a instituição do vínculo e a participação popular na definição de necessidades e no planejamento das ações para o enfrentamento dos problemas, na busca de uma melhor qualidade de vida individual e coletiva. Dessa forma, pode-se afirmar que a integralidade é a finalidade maior de um modelo de atenção pautado na lógica da vigilância em saúde.

Por tudo que foi exposto, a formação profissional em vigilância em saúde nos coloca diversos desafios: exige um preparo técnico pautado em uma ampla gama de conhecimentos e tecnologias (leves e/ou duras), que deve integrar os diversos saberes necessários ao desenvolvimento de ações integrais, desconstruindo, contudo, a hierarquização de alguns saberes sobre outros; deve favorecer ainda a construção de um novo “olhar” sobre a saúde, capaz de discriminar problemas e estimular o planejamento de ações e a intervenção sobre os mesmos; precisa ser capaz de fomentar uma “ampliação da escuta” frente às necessidades de saúde a fim de possibilitar ações integrais; exige também uma formação crítica capaz de fazer refletir sobre o que tem sido hegemonicamente produzido em termos de atenção à saúde na sociedade brasilei-

ra, nas suas mediações com o modo de organização social e produtivo atual; necessita, por fim, discutir as relações de trabalho dentro do setor saúde e estas em suas mediações com o capital; igualmente, implica numa formação voltada para o cuidado de si e com o outro.

Por fim, a formação profissional em saúde, seja ou não em vigilância, não pode perder de vista que a defesa da saúde enquanto *direito de todos* é não só a defesa de uma política social consubstanciada no direito de cada cidadão brasileiro e, portanto, também de todo profissional envolvido com a atenção à saúde da população, mas também é a *defesa de um projeto de sociedade* contra-hegemônico, na contramão do que está posto atualmente pela política neoliberal.

Obviamente, o maior desafio de todo e qualquer processo formativo é a formação ética, o que implica a construção de sujeitos conscientes e autônomos, cidadãos capazes de refletir e de *ser no mundo*.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AYRES, J. R. "Cuidado e reconstrução das práticas de saúde". In: MINAYO, M. C. S. (org). *Críticas e Atuantes: Ciências Sociais e Humanas em Saúde na América Latina*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 91-108.
- CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, 2003. p.569-584.
- CECILIO, L. C. O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 13(3):469-478, jul-set, 1997
- EPSJV (org). *O SUS e a vigilância em saúde*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ EPSJV/PROFORMAR, 2004. 60p (Série: Material Didático do Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde. Módulo 1)
- FREITAS, C. M. A. "Vigilância da Saúde para a Promoção da Saúde". In: CZERESNIA, Dina (org) *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendência*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003. p. 141-160.

LUZ, M. T. "Fragilidade Social e Busca do Cuidado na Sociedade Civil de Hoje". In: PINHEIRO, R, MATTOS, R.A. (orgs) *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2004. p. 9-20.

MATTOS, R. A. "Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos". In: PINHEIRO, R, MATTOS, R.A. (orgs) *Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado a Saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2001. p. 30-65.

MATTOS, R. A. "Integralidade e a Formulação de Políticas Específicas de Saúde". In: PINHEIRO, R, MATTOS, R. A. (orgs) *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde..* Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2003. p. 45-60.

MATTOS, R. A. "Cuidado decente para uma vida prudente". In: PINHEIRO, R, MATTOS, R. A. (orgs) *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2004a. p.119-132.

MATTOS, R. A. Integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20 (5):1411-1416, set-out, 2004b.

PAIM, J., SILVA, L.M.V. "Desafios e possibilidades de práticas avaliativas de sistemas universais e integrais de saúde". In: PINHEIRO, R, MATTOS, R.A. (orgs) *Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ/ABRASCO, 2006. p. 91-111.

PINHEIRO, R., GUIZARDI, F.L. "Cuidado e Integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano". In: PINHEIRO, R, MATTOS, R.A. (orgs) *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2004. p. 21-36.

ROUQUAYROL, M.Z., GOLDBAUM, M. "Epidemiologia, História Natural e Prevenção de Doenças". In: ROUQUAYROL, M. Z., FILHO, N. A. (orgs.) *Epidemiologia e Saúde*. Rio de Janeiro: MEDSI, 6ª ed., 2003. p. 17-36.

TEIXEIRA C. F.; PAIM J. S.; VILASBÔAS A. SUS: modelos assistenciais e vigilância da saúde. *Informe Epidemiológico do SUS*. 1998; 8:7-26.

TEIXEIRA C. F. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 18 (Suplemento):153-162, 2002.