

# Modelo de vigilância à saúde: fundamentos teóricos do processo de trabalho (g)local para o Técnico em Saúde Bucal

**Model health surveillance: theoretical basis of local and global workplace process for the dental hygienists**

**Leonardo Carnut<sup>1</sup>  
Juliana Faquim<sup>2</sup>**

## Resumo

Romper com o modelo de vigilância à saúde centrado no ambiente hospitalar é um desafio permanente. No Brasil, em um pouco mais de 20 anos, temos um sistema nacional de saúde que é radicalmente diferente dos moldes anteriores em diversos aspectos, inclusive na vigilância à saúde. Isso ainda gera muitas confusões nos trabalhadores de saúde e na população usuária que viveram a transição entre os dois sistemas. O objetivo desse artigo é conduzir o Técnico em Saúde Bucal, a partir do modelo de atenção e da lógica adotados pelo Sistema Único de Saúde, à reflexão e orientação de suas práticas cotidianas na vigilância à saúde. Além disso, traz os principais conceitos gerais sobre a vigilância, as características do modelo de vigilância à saúde, as ferramentas e as práticas sanitárias locais para o trabalho no modelo de vigilância à saúde, como forma de contribuir para a formação crítica e reflexiva dos Técnicos em Saúde Bucal a fim de que suas práticas conduzam também à militância da saúde como um direito.

**Descritores:** PSF, SUS, Saúde Bucal, Revisão de literatura com um tópico, Odontologia em saúde pública, assistentes de odontologia

**Keywords:** Family Health Programme, Unified Health System, Literature review as a topic, public health dentistry, dental assistants

## Abstract

Breaking up with the model of health surveillance focused on the hospital environment is an ongoing challenge. In Brazil, in a little over 20 years, we have a national health system that is radically different from previous molds in various aspects, including health surveillance. This still generates much confusion among health workers and the user population who lived the transition between the two systems. The aim of this paper is to conduct the dental assistants, from the care model and logic adopted by the Unified Health System, reflection and guidance of their daily practices on health care. Moreover, brings major general concepts on surveillance, the characteristics of the health surveillance model, tools and local health practices to work in health surveillance model as a way to contribute to the formation of critical and reflective dental assistants in order that their practices also lead to militancy health as a right.

<sup>1</sup> Professor da Universidade de Pernambuco. Doutorando em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

<sup>2</sup> Professora do Curso Técnico em Saúde Bucal da Escola Técnica de Saúde / Universidade Federal de Uberlândia. Doutoranda em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

Para correspondência:  
Leonardo Carnut  
email: leonardo.carnut@gmail.com

Data da Submissão: 30/03/2014  
Data do Aceite: 30/03/2014

## Introdução

A reflexão sobre modelos assistenciais no Brasil se desenvolveu com a crítica elaborada sobre a organização dos serviços de saúde e seus modelos anteriores, a partir da década de setenta e, especialmente, com a formulação do projeto da Reforma Sanitária Brasileira. Assim, o modelo de atenção alternativo que foi desenvolvido para o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS) nesse período foi chamado de modelo de vigilância à saúde<sup>1</sup>.

O modelo de vigilância à saúde foi idealizado por dois sanitaristas chamados Jairnilson Paim e Carmem Teixeira, na época em que o SUS precisava reorganizar sua lógica operativa, uma vez que o sistema de saúde anterior a ele (o INAMPS) possuía uma lógica de funcionamento totalmente centrada no ambiente hospitalar (modelo médico-assistencial).

Romper com esse modelo que foi utilizado pelo INAMPS se constitui em um desafio permanente, pois, em um pouco mais de 20 anos, temos um sistema nacional de saúde que é radicalmente diferente dos moldes inampsianos em diversos aspectos. Infelizmente isso ainda gera muitas confusões nos trabalhadores de saúde e na população usuária que viveram a transição entre os dois sistemas.

Agora, em 2014, estamos em outro patamar que é implementar o modelo de vigilância à saúde preconizado para o nosso sistema atual. Então, o primeiro passo no alcance de um Sistema Único de Saúde ideal é o entendimento do que vem a ser o modelo de atenção por ele adotado e como, a partir da lógica por ele estabelecida, a nossa prática cotidiana deve ser orientada, ou seja, o que é global no sistema que influencia a prática local? Portanto, é nessa perspectiva local que vamos perseguir nesse artigo.

### Trabalhado o global: Vigilância? Vigiar o quê?

A primeira pergunta que você deve estar se fazendo agora é: Por que “vigilância”?

Essa pergunta é totalmente pertinente. Existem algumas teorias que explicam a aquisição de doenças pelos seres humanos, contudo a mais aceita atualmente e que explica de forma satisfatória como todas as doenças atingem os

seres humanos é chamada de teoria dos determinantes sociais da saúde.

De uma forma bem simplificada, essa teoria se baseia na lógica de que:

a) os elementos mais externos à população, ou seja, as condições sociais em que estas vivem (como o poder econômico, o poder político, a cultura, dentre outros) são responsáveis por moldar os elementos intermediários dos grupos populacionais específicos;

b) Os elementos mais intermediários à população, ou seja, as condições grupais (o gênero, a sexualidade, a classe social etc.), são moldados pelos fatores externos e moldam o comportamento dos determinados grupos de forma diferente.

c) Os elementos mais próximos do indivíduo, ou seja, as condições individuais (o comportamento individual, a personalidade, a resistência física, a genética humana etc.) sofrem toda a modelagem dos elementos externos e intermediários, resultando em hábitos que expõem ou não o sujeito a adoecer.

Pensemos em um exemplo, dos fatores mais próximos aos fatores mais externos, e vamos utilizar a lógica para clarear nosso entendimento:

- Porque uma pessoa tem uma cárie?
- Ela tem uma cárie porque ela tem três fatores na sua cavidade bucal: o microrganismo (*Streptococosmutans*), o hospedeiro (o dente) e a dieta inadequada (alta frequência de açúcar na alimentação).
- O microrganismo ele adquire no contato com as pessoas. O dente faz parte da biologia do ser humano. Então o fator que depende do comportamento individual é a ingestão do açúcar.
- Porque um indivíduo tem esse comportamento individual de consumir açúcar em alta frequência?
- O psiquismo humano é muito complexo, portanto são várias as possibilidades. Peguemos apenas uma: porque essa pessoa é excluída do grupo de jovens do bairro sendo o consumo excessivo de açúcar a única forma de compensação de prazer que ela encontra para se satisfazer.
- A não aceitação pelo grupo é um

elemento intermediário que está relacionado ao comportamento individual da nossa jovem em questão.

- Pensemos que este grupo rechaça a jovem porque ela não frequenta as festas da região onde mora porque não gosta do estilo de música das festas. Trata-se agora de um fator cultural (externo).

Observe que existe um aspecto que os autores Buss e Pelegrino-Filho<sup>2</sup> chamam de efeito cascata, ou seja, o fator mais externo determina o fator intermediário e este por sua vez determina o fator mais próximo do sujeito. No nosso caso da jovem com o dente cariado seria da forma a seguir:

- O fator cultural (a jovem não frequentar as festividades) molda o comportamento do grupo em evitá-la no seu convívio (não aceitação pelo grupo). A jovem se sente excluída e isso molda seu comportamento individual (consumir açúcar com alta frequência) que determina o surgimento do desarranjo biológico na jovem (surgimento da cárie dentária).

É interessante perceber que temos uma cadeia de eventos que promovem o surgimento da cárie dentária (e de qualquer outra doença) que não está circunscrita ao componente biológico apenas.

Nessa perspectiva da teoria da determinação social da saúde, a causa inicial do problema (no nosso caso fictício da jovem) não é o microrganismo, nem o consumo excessivo, e sim, a não inclusão da jovem no grupo.

Então no modelo de vigilância à saúde, temos sim algo a vigiar. E nesse modelo temos que vigiar os determinantes sociais da saúde (desde os mais externos aos mais próximos) porque eles são os responsáveis por provocar o adoecimento nos indivíduos.

### **Características do modelo de vigilância à saúde**

Segundo Teixeira<sup>3</sup> o modelo de vigilância à saúde necessita para o seu funcionamento, as seguintes características:

- a) Intervenção sobre problemas de saúde, (danos, riscos e/ ou determinantes);

A intervenção sobre os problemas de saúde extrapolam a doença em si. Não há apenas uma centralidade no combate à doença (como no modelo médico-assistencial, por exemplo) e sim um capacidade de intervir também em outros fatores que levam aos indivíduos a adoecerem (como os riscos e os determinantes – como anteriormente falados). Logo podemos dizer que o modelo de vigilância à saúde “vigia” três fatores principais<sup>4</sup>:

- i) As causas do adoecimento (determinantes sociais).

Neste caso para trabalhar as causas, o setor saúde deve desenvolver políticas públicas intersetoriais que trabalhem a responsabilidade dos outros setores da sociedade (setor educacional, setor de infraestrutura, setor de planejamento urbano etc.) na implantação de práticas que ajudem o setor saúde a melhorar as condições sociais população. É importante perceber que, quando essas políticas públicas de fato ocorrem, o efeito cascata explicado anteriormente não ocorre, por isso que se diz que estamos trabalhando na real “causa” das doenças na sociedade. Outro aspecto a se levar em consideração é que alguns interesses de grupos sociais específicos só se configuram em políticas públicas através da mobilização e ativismo de massa. Logo, a capacidade de intervenção social organizada também é outro aspecto importante na configuração de ações sobre as causas das doenças.

- ii) Os riscos de adoecer (a probabilidade de uma característica de cada grupo detém que pode comprometer sua saúde);

O trabalho com os riscos é realizado pelas atividades de vigilância sanitária, vigilância ambiental e vigilância epidemiológica (algumas atividades). Trata-se de ações que visam eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde provenientes do meio-ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde.

- iii) Os danos provocados pelo adoecimento já instalado (expresso em óbitos, sequelas e casos de doença).

O trabalho como os danos é realizado pelas atividades de vigilância epidemiológica e

pela assistência à saúde direta (assistência médico-hospitalar ou ainda “prestação de serviço de saúde diretamente ao usuário”).

b) Ênfase em problemas que requerem atenção e acompanhamento contínuos;

Os problemas de saúde necessitam de cuidados diferentes a depender de sua natureza<sup>5</sup> (crônica ou aguda). Entretanto os problemas crônicos, de uma forma geral, não apresentam “cura” e sim “controle” dos estados de desequilíbrio orgânico. Logo, é fundamental que os usuários do sistema sejam sempre reavaliados em relação ao seu estado de “controle” da doença, haja vista que um paciente que não consiga esse acompanhamento adequado pode vir a óbito (a depender do caso) se o atendimento contínuo ele não se estabelece.

c) Operacionalização do conceito de risco;

Faz parte do processo de trabalho no modelo de vigilância a identificação de pontos/áreas de risco à saúde dos indivíduos e a remoção ou controle desses riscos pelos serviços de saúde<sup>6</sup>. De uma forma geral o trabalho com os riscos também se trata de um trabalho fragmentado (como todos os outros da saúde), pois as equipes de assistência direta geralmente fazem a identificação do risco, mas não trabalham na remoção ou controle do mesmo. Para isso as organizações que prestam serviços de vigilância (sanitária ou ambiental) são recrutadas para remover o risco, ou na pior das hipóteses, na incapacidade de remoção do risco, removem-se as pessoas do local que ofereça o risco à saúde dos cidadãos.

d) Articulação entre ações promocionais, preventivas e curativas;

As ações de saúde compõem um todo inseparável. É incoerente que alguns profissionais de saúde não esclareçam ou pelo menos não conversem com os pacientes sobre a incapacidade das ações curativas em gerar saúde. Nessa perspectiva é que as ações promocionais e preventivas devem fazer parte do rol de serviços a serem prestados pela mesma organização (PSF, CEO, policlínica ou outros) lembrando que os serviços de atenção primária detêm a ênfase de sua rotina de trabalho focado nas ações promocionais e preventivas.

e) Atuação intersetorial;

Neste modelo, faz-se mister a ação integrada com outros setores da vida social com o intuito de levar e/ou proporcionais experiências de saúde que dependem da colaboração desses espaços geralmente nos três aspectos a seguir:

- i) Trabalho de divulgação de informações;
- ii) Atividades que dependam do setor que impactam diretamente na saúde da população;
- iii) Proporcionem um aglomerado populacional substancial para o trabalho coletivo.

Para tomarmos um exemplo podemos citar “a escola” com um local que preenche bem os requisitos acima que justificam o trabalho intersetorial. As entidades escolares são as mais exploradas como estratégia de ações intersetoriais de âmbito local na saúde pública mundial. Se observarmos bem, podemos ver as três características acima que justificam o trabalho intersetorial nessa organização.

A escola é um local onde se aglomera muitos indivíduos de uma faixa etária específica (crianças e jovens) permitindo assim a possibilidade de ações coletivas voltadas para esse grupo. A escola é o local que trabalha um dos determinantes sociais da saúde (a educação), logo pode ajudar o setor saúde no processo de entendimento dos problemas de saúde pelos alunos, pais, professores e técnicos educacionais agindo na multiplicação de informação. E ainda serve de fonte confiável de disseminação das informações como forma de reforçar o conteúdo apreendido podendo, quem sabe, proporcionar-lhe a incorporação de hábitos saudáveis.

f) Ações sobre o território;

A ação dos serviços, para que se permita o ato de vigiar, deve ter um escopo populacional definido encerrado dentro de um território bem delimitado. Esse território será o “locus” de trabalho da equipe de saúde que deverá operacionalizar todas as ações de saúde possíveis para garantir a salubridade das pessoas e do território em que estas vivem<sup>6</sup>.

Quando se foca em um território específico, isso facilita a interação com a população, pois há o crescimento de um laço simbólico-afetivo entre equipe e usuário chamado

de vínculo, além de favorecer o processo de trabalho da equipe na execução de tarefas voltadas para esse público específico, onde já se conhece o território em que estes habitam.

g) Intervenção sob a forma de operações.

Com o conhecimento mais aprofundado sobre o território de atuação e sua população residente é mais fácil identificar os grupos que estão mais expostos aos diversos tipos de risco. À esse grupo é tecnicamente atribuído o nome de grupo vulnerável. O grupo vulnerável nada mais é do que um pequeno aglomerado populacional dentro do território de atuação da equipe que concentra um grande número de determinantes sociais que lhes provocam doença ou submete-os ao risco de adoecerem a qualquer momento.

Logo, o foco das operações (ou seja, das intervenções em saúde) deve ser o grupo vulnerável identificado no estudo do território. Esse grupo ou esses grupos devem ter prioridade de atendimento e estarem sempre sendo monitorados na para não incorrem na possibilidade de adoecerem novamente após o controle/cura das doenças adquiridas.

Como viemos percebendo, o modelo de vigilância à saúde tem características muito próprias de sua lógica e por outros momentos trabalham com processos de outros modelos (como a assistência direta, por exemplo). Por vezes isso tende a permanecer obscuro na mente dos trabalhadores do que se trata de fato o modelo de vigilância. Para não confundirmos o modelo de vigilância com os demais modelos estudados no capítulo anterior podemos observar o quadro a seguir onde é possível identificar a diferença de forma clara entre o modelo de vigilância e os demais modelos de atenção à saúde.

### **Trabalhando o local: ferramentas para o trabalho no modelo de vigilância à saúde**

Como foi visto no quadro da seção anterior, o modelo de vigilância à saúde tem como sujeito de sua ação a população. Então podemos dizer que este modelo trabalha na filosofia de saúde coletiva. Ou seja, ele não foca suas práticas na saúde do indivíduo particular apenas, este modelo de preocupa com a saúde de um contingente populacional e por isso é que

podemos afirmar que este modelo é baseado em atividades de caráter coletivista.

Entretanto o trabalho em saúde nessa abordagem coletiva requer algumas “ferramentas” (ou “conhecimentos adquiridos”) que vão além do saber clínico-cirúrgico (biomédico) dos procedimentos a serem executados nas pessoas que são atendidas. Logo, para trabalhar a saúde da coletividade, os profissionais de saúde devem dominar alguns conhecimentos relacionados à(s) :

#### a) Administração estratégica

Saúde é serviço, do ponto de vista econômico. Trata-se de uma “prestação de serviço” como outro qualquer. Deixando de lado as suas especificidades, os serviços de saúde necessitam de um planejamento e controle para que atinjam os objetivos almejados. Logo são passíveis de serem trabalhados através de procedimentos administrativos de planejamento, programação, controle e avaliação das ações.

Esses procedimentos administrativos são fundamentais para observar a capacidade da equipe de saúde em promover resultado a nível populacional com suas intervenções. Sem o domínio dessa “ferramenta” fica inviável a capacidade de analisar, do ponto de vista populacional, qual o alcance das intervenções empreendidas pela equipe e se elas melhoraram a saúde da coletividade ou não.

#### b) Epidemiologia

As doenças não se distribuem igualmente pela população. Alguns grupos populacionais adoecem mais do que os outros e através de uma abordagem clínica individual isso é praticamente impossível de se perceber. Logo, a epidemiologia é uma “ferramenta” que permite estudar a distribuição das doenças de uma população específica promovendo assim um panorama geral do acometimento pela doença da população a ser estudada.

O uso da epidemiologia é fundamental na identificação dos riscos dos grupos vulneráveis. Além disso, ela ajuda no monitoramento da carga de doença na população permitindo visualizar se a doença está emergindo ou declinando na população, ou ainda, sendo transmitida de um grupo populacional para outro.

### c) Ciências Sociais

As chamadas “ciências sociais” é um grupo composto por três ciências: a sociologia, a antropologia e a ciência política. Essas ciências, apesar de distintas, se interdisciplinam no objetivo de entender o homem como “ser social” que é.

A produção da saúde (e de doença) é um processo social. Isso significa dizer que está relacionada com o modo de vida de um grupo social (estudo da sociologia); tem um significado próprio em diferentes culturas (estudo da antropologia) e é objeto de troca de interesses e de relações de poder (estudo da ciência política). Portanto é fundamental que o profissional de saúde, para trabalhar na perspectiva coletiva, necessite captar como essas ciências ajudam na identificação de processo de saúde-doença na coletividade.

### **Práticas sanitárias locais no modelo de vigilância à saúde**

Na perspectiva técnica da implementação da vigilância à saúde, pode-se citar algumas práticas sanitárias que são próprias do trabalho no modelo de vigilância à saúde e que devem fazer parte do trabalho no âmbito local<sup>3</sup>:

#### 1º) análise da situação de saúde;

O profissional de nível superior, quando vai tratar um paciente, antes ele precisa obrigatoriamente fazer um diagnóstico da situação individual do paciente. Se isso funciona do ponto de vista individual, na perspectiva coletiva também é imprescindível. Logo, antes de tratar uma comunidade, é fundamental fazer uma análise de situação de saúde da mesma. Sendo que, ao invés de usar materiais como odontoscópio, luvas, foco de luz (ferramentas), é necessário o uso de lápis, papel e conhecimentos sobre epidemiologia, administração e ciências sociais (novas ferramentas).

#### 2º) desenho de situação-objetivo;

Após a análise de situação de saúde da comunidade, muitos problemas serão “diagnosticados”. A partir daí, os problemas mais graves, que acometam a população mais vulnerável devem ser escolhidos como objetivo da intervenção.

#### 3º) desenho das estratégias;

Um mesmo problema apresenta várias formas de ser resolvido. Após eleito o problema principal, deve-se estudar em conjunto qual a melhor forma de abordar o problema e qual a possibilidade de planos alternativos caso o principal falhe.

#### 4º) programação, acompanhamento e avaliação.

Intervir na saúde de uma comunidade é um trabalho de longo prazo cujos resultados só são perceptíveis depois de um longo período de intervenção contínua. Para isso, acompanhar a intervenção (que pode durar anos) através de programação e avaliações periódicas é importantíssimo, através desses processos é que podemos saber se a intervenção está caminhando para lado certo ou errado, ou em outras palavras, se ela está conseguindo alcançar seus objetivos ou não.

Essas tarefas que devem ser executadas a nível local (Programa Saúde da Família) são exemplos de procedimentos característicos do modelo de vigilância à saúde e fazem parte de uma atividade chamada territorialização. Entretanto, essa territorialização foi trazida aqui apenas como exemplo típico e não é nosso objetivo agora aprendermos todo o passo a passo dessa atividade. Isso será um assunto do nosso próximo módulo.

### **Conclusão**

O Técnico em Saúde Bucal, uma vez inseridos no Sistema Único de Saúde, necessita deter conhecimentos teóricos fundamentais sobre sua lógica de organização. Esse artigo tentou, de forma sumarizada responder a medida necessária do que um TSB precisa saber sobre o Modelo de Vigilância à Saúde.

Os profissionais de saúde adequadamente qualificados devem ter os saberes específicos de suas tarefas, sem perder a visão panorâmica do sistema. Para produção de bons técnicos não basta informações de caráter local ou de cotidiano do trabalho. Entender onde estão inseridos e a lógica funcional desse sistema em certa profundidade é imprescindível. Só assim, teremos profissionais que acima de técnicos, sejam militantes da saúde como um direito.

**Referências**

1. Paim J. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: Giovanella L, Scorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI. Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 2008. pg. 547-574.
2. Buss PM, Pelegrinni-Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17(1):77-93, 2007.
3. Teixeira CF, Paim JS, Vilasbôas AL. SUS, modelos assistenciais e vigilância à saúde. *IESUS*, VII(2), Abr/Jun, 1998.
4. Paim JS. Modelos assistenciais: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção da saúde. Acessado 21/05/2011.
5. Goulart FAA. Cenários epidemiológicos, demográficos e institucionais para os modelos de atenção à saúde. *Informe Epidemiológico do SUS*, 8(2):17-26, 1999.
6. Coelho IB. Formas de pensar e organizar os sistemas de saúde: os modelos assistenciais de saúde. Acessado 21/05/2011.