

VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Maurício Monken Carlos Batistella

ASPECTOS HISTÓRICOS

A expressão 'vigilância em saúde' remete, inicialmente, à palavra vigiar. Sua origem – do latim *vigilare* – significa, de acordo com o *Dicionário Aurélio*, observar atentamente, estar atento a, atentar em, estar de sentinela, procurar, campear, cuidar, precaver-se, acautelar-se.

No campo da saúde, a 'vigilância' está historicamente relacionada aos conceitos de saúde e doença presentes em cada época e lugar, às práticas de atenção aos doentes e aos mecanismos adotados para tentar impedir a disseminação das doenças.

O isolamento é uma das práticas mais antigas de intervenção social relativa à saúde dos homens (Rosen, 1994; Scliar, 2002; Brasil, 2005). No final da Idade Média, o modelo médico e político de intervenção que surgia para a organização sanitária das cidades deslocava-se do isolamento para a quarentena. Três experiências iniciadas no século XVIII, na Europa, irão constituir os elementos centrais das atuais práticas da 'vigilância em saúde': a medicina de estado, na Alemanha; a medicina urbana, na França; e a medicina social, na Inglaterra (Foucault, 1982).

O desenvolvimento das investigações no campo das doenças infecciosas e o advento da bacteriologia, em meados do século XIX, resultaram no aparecimento de novas e mais eficazes medidas de controle, entre elas a vacinação, iniciando uma nova prática de controle das doenças, com repercussões na forma de organização de serviços e ações em saúde coletiva (Brasil, 2005). Surge, então, em saúde pública, o conceito de 'vigilância', definido pela específica, mas

limitada, função de observar contatos de pacientes atingidos pelas denominadas 'doenças pestilenciais' (Waldman, 1998).

A partir da década de 1950, o conceito de 'vigilância' é modificado, deixando de ser aplicado no sentido da 'observação sistemática de contatos de doentes', para ter significado mais amplo, o de 'acompanhamento sistemático de eventos adversos à saúde na comunidade', com o propósito de aprimorar as medidas de controle (Waldman, 1998).

Em 1963, Alexander Langmuir, conceituou 'vigilância em saúde' como a "observação contínua da distribuição e tendências da incidência de doenças mediante a coleta sistemática, consolidação e avaliação de informes de morbidade e mortalidade, assim como de outros dados relevantes, e a regular disseminação dessas informações a todos os que necessitam conhecê-la" (Brasil, 2005).

Esta noção de 'vigilância', ainda presente nos dias atuais, baseada na produção, análise e disseminação de informações em saúde, restringe-se ao assessoramento das autoridades sanitárias quanto à necessidade de medidas de controle, deixando a decisão e a operacionalização dessas medidas a cargo das próprias autoridades sanitárias (Waldman, 1998).

Em 1964, Karel Raska, propõe o qualificativo 'epidemiológica' ao conceito de 'vigilância' – designação consagrada no ano seguinte com a criação da Unidade de Vigilância Epidemiológica da Divisão de Doenças Transmissíveis da Organização Mundial da Saúde (OMS). Em 1968, a 21ª Assembléia Mundial da Saúde promove ampla discussão sobre a aplicação da 'vigilância' no campo da saúde pública, que resulta em uma visão mais abrangente desse instrumento, com recomendação de sua utilização não só em doenças transmissíveis, mas também em outros eventos adversos à saúde (Waldman, 1998).

Um dos principais fatores que propiciaram a disseminação da 'vigilância' como instrumento em todo o mundo foi a 'campanha de erradicação da varíola', nas décadas de 1960 e 1970. Neste período, no Brasil, a organização do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (1975), se dá através da instituição do Sistema de Notificação Compulsória de Doenças. Em 1976, é criada a Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária. No caso da vigilância ambiental, começou a ser pensada e discutida, a partir da década de 1990, especialmente com o advento do Projeto de Estruturação do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde - VIGISUS (Brasil, 1998; EPSJV, 2002).

O DEBATE ATUAL

As discussões que se intensificaram a partir da década de 1990 em torno da reorganização do sistema de 'vigilância epidemiológica', tornando possível conceber a proposta de ação baseada na 'vigilância da saúde', continuam pelo menos três elementos que deveriam estar integrados: 1) a 'vigilância' de efeitos sobre a saúde, como agravos e doenças, tarefa tradicionalmente realizada pela 'vigilância epidemiológica'; 2) a 'vigilância' de perigos, como agentes químicos, físicos e biológicos que possam ocasionar doenças e agravos, tarefa tradicionalmente realizada pela 'vigilância sanitária'; 3) a 'vigilância' de exposições, através do monitoramento da exposição de indivíduos ou grupos populacionais a um agente ambiental ou seus efeitos clinicamente ainda não aparentes (subclínicos ou pré-clínicos), este último se coloca como o principal desafio para a estruturação da 'vigilância ambiental' (Freitas & Freitas, 2005; EPSJV, 2002).

No Brasil, o processo de implantação dos distritos sanitários buscava organizar os esforços para redefinir as práticas de saúde, tentando articular a epidemiologia, o planejamento e a organização dos serviços (Teixeira, 2000). Naquele momento, a preocupação

incidia sobre a possibilidade de reorganizar a prestação dos serviços, buscando a integração das diferentes lógicas existentes: a atenção à demanda espontânea, os programas especiais e a oferta organizada dos serviços, com base na identificação das necessidades de saúde da população.

A excessiva fragmentação observada na institucionalização das ações de 'vigilância' (epidemiológica, sanitária e ambiental) também é criticada no âmbito de sua construção conceitual.

Três vertentes apontam diferentes concepções em torno da noção de 'vigilância em saúde': uma primeira, que a entende como sinônimo de 'análise de situações de saúde', embora amplie o objeto da 'vigilância epidemiológica', abarcando não só as doenças transmissíveis, não incorpora as ações voltadas ao enfrentamento dos problemas. A segunda vertente concebe a 'vigilância em saúde' como integração institucional entre a 'vigilância epidemiológica' e a 'vigilância sanitária', resultando em reformas administrativas e, em alguns casos, no fortalecimento das ações de 'vigilância sanitária' e na articulação com os centros de saúde. Por fim, a terceira noção concebe a 'vigilância em saúde' como uma proposta de redefinição das práticas sanitárias, organizando processos de trabalho em saúde sob a forma de operações para enfrentar problemas que requerem atenção e acompanhamento contínuos. Estas operações devem se dar em territórios delimitados, nos diferentes períodos do processo saúde-doença, requerendo a combinação de diferentes tecnologias (Teixeira, Paim & Vilasboas, 1998). Nesta última concepção são revistos os sujeitos, os objetos, meios de trabalho e as formas de organização dos processos de trabalho envolvidos.

De acordo com Teixeira, Paim e Vilasboas (1998), o sistema de saúde brasileiro após a constituição de 1988 vem buscando construir modelos de atenção que respondam de forma eficaz e efetiva às reais

necessidades da população brasileira, seja em sua totalidade, seja em suas especificidades locais. Os modelos hegemônicos atuais – o médico-assistencial, pautado na assistência médica e no hospital, e o modelo sanitarista, baseado em campanhas, programas e em ações de ‘vigilância epidemiológica’ e ‘sanitária’ – não conseguem mais responder à complexidade e diversidade dos problemas de saúde que circunscrevem o cidadão comum nesse início de século.

A busca por modelos alternativos que, sem negar os anteriores, conjuguem as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde a outras formas de cuidado voltadas para qualidade de vida das coletividades, incorporando atores sociais antes excluídos do processo de produção da saúde, é estratégia para superar o ciclo biologicista, antropocêntrico, medicalizante e iatrogênico em que se encontra o sistema de saúde há quase um século.

A ‘vigilância em saúde’, entendida como rearticulação de saberes e de práticas sanitárias, indica um caminho fértil para a consolidação do ideário e princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Apoiada no conceito positivo do processo saúde-enfermidade, ela desloca radicalmente o olhar sobre o objeto da saúde pública – da doença para o modo de vida (as condições e estilos de vida) das pessoas. Entendida como uma ‘proposta de ação’ e uma ‘área de práticas’, a ‘vigilância em saúde’ apresenta as seguintes características: intervenção sobre problemas de saúde que requerem atenção e acompanhamento contínuos; adoção do conceito de risco; articulação entre ações promocionais, preventivas, curativas e reabilitadoras; atuação intersetorial; ação sobre o território; e intervenção sob a forma de operações (Paim & Almeida Filho, 2000).

Fundamentada em diferentes disciplinas (epidemiologia, geografia crítica, planificação em saúde, ciências sociais, pedagogia, comunicação etc.), a ‘vigilância em saúde’ recorre a uma ‘associação

de tecnologias' (materiais e não materiais) para enfrentar problemas (danos e riscos), necessidades e determinantes sócio-ambientais da saúde. Como combinação tecnológica estruturada para resolver questões postas pela realidade de saúde, a 'vigilância em saúde' tem sido reconhecida como um 'modelo de atenção' ou como um 'modo tecnológico de intervenção em saúde' (Paim & Almeida Filho, 2000) ou uma via para a construção e a implementação da diretriz da integralidade.

O pensar sistemático sobre o conhecimento, o objeto e o trabalho em saúde dá suporte para a operacionalização do trinômio 'informação-decisão-ação', dimensões estratégicas para o planejamento. Esta reflexão coloca tanto para o diagnóstico quanto para a ação a importância do olhar de cada ator social sobre o seu cotidiano. Portanto, os processos de trabalho da 'vigilância em saúde' apontam para o desenvolvimento de ações intersetoriais, visando responder com efetividade e eficácia aos problemas e necessidades de saúde de populações e de seus contextos geradores.

Para Carvalho (2005), embora a corrente da 'vigilância em saúde' venha contribuindo para a consolidação do SUS e aponte corretamente para a reorganização do modelo assistencial, é preciso indicar suas debilidades teóricas e práticas. A 'vigilância em saúde' tenderia a desconsiderar a importância do saber clínico acumulado ao longo da história, dando ênfase demasiada ao papel da epidemiologia e do planejamento na determinação das necessidades de saúde. O autor assinala ainda a subordinação do universo do sofrimento à lógica dos fatores e condições de risco presente na proposta da 'vigilância em saúde'. Em nome do coletivo, esta tenderia a desconsiderar os planos do desejo e do interesse individual que conformam o sujeito. Por fim, a ênfase dada ao método epidemiológico na priorização dos problemas de saúde põe em

questão a afirmação de que a 'vigilância em saúde' teria como objeto a saúde e não a doença.

Outra vertente de crítica diz respeito à intersectorialidade. Para Lefèvre e Lefèvre (2004), ao afirmar que a saúde é responsabilidade de todos setores (habitação, emprego, renda, meio ambiente etc.), a 'vigilância em saúde' esvaziaria a ação específica do setor saúde em detrimento de ações políticas globais com alto grau de generalidade.

A ÁREA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE

A crescente responsabilização dos municípios na organização das ações básicas de 'vigilância em saúde', conforme disposto no Pacto de Gestão (Brasil, 2006), vem indicando ao sistema de saúde a necessidade de formação dos trabalhadores desta área. A constituição e a consolidação próprias de cada uma das estruturas operacionais da 'vigilância em saúde' (epidemiológica, sanitária e ambiental) têm como legado a fragmentação institucional das ações e dos processos formativos. Quando organizadas em bases de conhecimentos e de práticas aparentemente independentes, as 'vigilâncias' desperdiçam um extraordinário potencial analítico e de intervenção sobre os condicionantes da produção social de saúde e doença.

A formulação de propostas para a educação profissional em saúde, muito embora possa representar importante colaboração para as mudanças almejadas, sempre encontrará limitações dadas pela própria cultura institucional e a organização das práticas de saúde. Para Paim & Almeida-Filho (2000, p. 81), "a revisão e o desenvolvimento curricular podem ser medidas necessárias para a reatualização das instituições de ensino face à reorganização das

práticas de saúde, porém insuficientes para alterar o modo de produção dos agentes”.

A formação para o trabalho na 'vigilância em saúde' deve ter a pesquisa como eixo central para a realização da prática estratégica – informação/decisão/ação, através do reconhecimento do território/população, do domínio do planejamento como ferramenta capaz de mobilizar os diversos atores na resolução dos problemas identificados e da ação comunicativa (Paim & Almeida Filho, 2000).

Do mesmo modo, é importante adotar como referência para o projeto educativo o conceito de prática de saúde, o que significa privilegiar, num primeiro momento, as dimensões objetivas do processo de trabalho (objetos, meios e atividades), valorizando as relações técnicas e sociais que permeiam tais práticas assim como os aspectos simbólicos e as representações embutidas na interação dos agentes entre si, destes com segmentos da população e de ambos com as organizações e instituições (Paim & Almeida Filho, 2000).

Se o propósito for transformar as práticas de saúde mediante a redefinição de políticas e a reorganização dos processos de trabalho, não se pode subestimar a questão pedagógica. Cumpre assim aproveitar as oportunidades de mudança no modo de produção desses agentes, surgidas na conjuntura, buscando constituir novos sujeitos-agentes ético-políticos.

PARA SABER MAIS

BRASIL. Projeto VIGISUS – Estruturação do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde: Fundação Nacional de Saúde, 1998. 203p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Curso Básico de Vigilância Epidemiológica. Brasília: Ministério da Saúde. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes Operacionais dos Pactos da Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. 76p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CARVALHO, S. R. Saúde Coletiva e Promoção da Saúde: sujeito e mudança. São Paulo: Hucitec, 2005.

CZERESNIA, D. & FREITAS, C. M. de. (Orgs.). Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

EPSJV. Laboratório de Educação Profissional em Vigilância em Saúde: projeto político pedagógico. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2002. (Termo de Referência para a Educação Profissional em Vigilância em Saúde)

FOUCAULT, M. O nascimento da medicina social. In: FOUCAULT, M. A Microfísica do Poder. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

FREITAS, M. B. & FREITAS, C. M. A vigilância da qualidade da água para consumo humano – desafios e perspectivas para o Sistema Único de Saúde. Ciência e Saúde Coletiva, 10(4): 993-1004, out./dez., 2005.

LEFÉVRE, F. & LEFÉVRE, A. M. C. Promoção de Saúde: a negação da negação. Rio de Janeiro: Vieira e Vent, 2004.

MONKEN, M. & BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: perspectivas teóricas. Cadernos de Saúde Pública, Vol. 21, n.3. Rio de Janeiro: mai/ jun, 2005 p. 898-906.

PAIM, J. S. & ALMEIDA FILHO, N. de. A Crise da Saúde Pública e a Utopia da Saúde Coletiva. Salvador: Casa da Qualidade, 2000.

ROSEN, G. Uma História da Saúde Pública. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/ Unesp/Abrasco, 1994.

ROUQUAYROL, M. Z. & ALMEIDA FILHO, N. (Orgs.) Epidemiologia e Saúde. 5.ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999.

SCLIAR, M. Do Mágico ao Social: trajetória da saúde pública. São Paulo: Senac, 2002.

TEIXEIRA, C. F., PAIM, J. S. & VILASBOAS, A. L. SUS: modelos assistenciais e vigilância da saúde. Informe Epidemiológico do SUS, VII(2): 7-28, 1998.

TEIXEIRA, C. (Org.) Promoção e Vigilância da Saúde. Salvador: ISC, 2000.

WALDMAN, E. A. Vigilância em Saúde Pública. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. v.7 (Série Saúde & Cidadania)

Av. Brasil - 4365 - Manguinhos - Rio de Janeiro - RJ - CEP 21040-900

Brasil -