



**Secretaria
de Vigilância
em Saúde**

**Curso Básico
de Vigilância
Epidemiológica**

Monitor

Módulo I - Unidade I

Brasília, agosto de 2003

2000. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde

1º Edição - 2001

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

Editor:

Assessoria de Comunicação e Educação em Saúde-NED/ASCOM/FUNASA
Setor de Autarquias Sul, Quadra 4, Bl. N, Sala 515
70.058-902 – Brasília/DF

Distribuição e Informação:

Coordenação Geral de Vigilância Epidemiológica - Centro Nacional de Epidemiologia /
Fundação Nacional de Saúde

SAS - Setor de Autarquias Sul, Quadra 4 - Bloco N, 6º andar

Telefone: (0XX - 61) 314-6554 / 226-7075 - FAX: 61 - 226-7075

70058-902 - Brasília/DF.

Tiragem: 1.000

Impresso no Brasil/ Printed in Brazil

Curso Básico de Vigilância Epidemiológica - CBVE - Nível Superior. 1 ed.
Brasília: Fundação Nacional de Saúde. 2001.

Sumário

Evolução Histórica do Setor Saúde no Brasil	7
○ Estado e a Questão da Saúde numa Economia Pré-Industrializada	7
Formação de uma Política Nacional de Saúde	9
Evolução do Aparelho do Estado em Saúde Pública - 1930-1956	12
Duas Notas sobre a Saúde Pública nos anos 50-60	
Debates sobre Formas de Atenção Médico-Sanitária	12
Crise no Sistema Nacional de Saúde	13
Bibliografia Consultada	17
Bibliografia Recomendada	17
Evolução Histórica do Combate às Doenças Transmissíveis no Brasil: da Polícia Médica á Vigilância Epidemiológica	21
Situação Atual	30
Perspectivas	36
Vigilância à Saúde: Epidemiologia, Serviços e Qualidade de Vida	39
Bases Conceituais Introdutórias: Saúde e Qualidade de Vida	39
A Evolução Conceitual da Noção de Vigilância em Saúde Pública	47
Epidemiologia, Saúde Pública e Vigilância no Brasil	49
A Vigilância à Saúde Hoje	52
Referências Bibliográficas	55

Evolução Histórica do Setor Saúde no Brasil

Evolução Histórica do Setor Saúde no Brasil

O Estado e a Questão da Saúde numa Economia Pré-Industrializada

Com a preocupação de analisarmos o Sistema de Vigilância, de modo a favorecer uma discussão que amplie nossa visão crítica, entendemos que é de grande importância o conhecimento dos fatores históricos que influenciaram a estruturação do atual Sistema de Vigilância Epidemiológica. Para isso, é fundamental conhecermos a maneira pela qual as conjunturas do setor de saúde são determinadas historicamente dentro de um contexto político-social e a importância das determinações sócio-econômicas no aparecimento das ações de saúde.

Para melhor entender de que modo as condições sócio-econômicas influenciam no aparecimento das ações de saúde, é importante analisarmos o momento em que a saúde passa a acontecer como questão social no Brasil, no início do século XX. É a primeira etapa do desenvolvimento capitalista brasileiro, quando a economia exportadora cafeeira encontra, na existência de grandes mercados internacionais, um estímulo para a sua expansão.

Encontramos, nessa época, um mercado de trabalho restrito, com baixo índice de assalariamento, elevado grau de concentração regional e baixo poder de difusão das relações mercantis. O Governo Federal, apesar de se querer nacional, possuía bases sociais estreitas e assegurava sua existência pela partilha do próprio poder com os distintos Estados da Federação, que gozavam de relativa autonomia no controle das administrações regionais. Demonstração disso, no plano de saúde, constitui o regulamento da Diretoria Geral de Saúde Pública (D.G.S.P. - órgão federal responsável pela saúde na época) que previa:

“os socorros médicos e de higiene prestados pelo D.G.S.P. terão sempre caráter excepcional e serão unicamente pelo caso de calamidade pública”.

Como veremos no decorrer do texto, a evolução histórica se dará no sentido de uma centralização política acompanhada de uma centralização de serviços e atribuições no setor saúde.

A escassez relativa de mão-de-obra mostrou-se, na época, como um dos principais fatores de estrangulamento para a expansão da economia exportadora cafeeira, motivando o Poder Central, representante dos interesses latifundiários, a promover uma política de imigração, o que aumentava a cada dia a massa trabalhadora carente de recursos de saúde.

Os problemas de saúde que nesse momento aparecem como preocupação do Poder Público são as endemias e os problemas gerais de saneamento nos núcleos

urbanos e nos portos, principalmente naqueles vinculados ao segmento comercial financeiro do complexo exportador e ao capital industrial nascente. Tratava-se da criação de condições sanitárias mínimas indispensáveis não só para as relações comerciais com o exterior, como também para o êxito da política de imigração. Assim, Rio de Janeiro, São Paulo e Santos são os primeiros municípios contemplados com programas de obras que visavam o saneamento da zona urbana.

As doenças pestilenciais, como a cólera, peste bubônica, febre amarela, varíola e as chamadas doenças de massa - isto é, doenças infecciosas e parasitárias, como tuberculose, hanseníase, febre tifóide - compunham o quadro mórbido fundamental a requerer a atenção pública. No entanto, a estratégia adotada para resolver estes problemas obedecia, principalmente, à necessidade de atração e retenção de mão-de-obra e visava dar condições mínimas para a reprodução da força de trabalho. São representativas desse momento medidas de combate à febre amarela, iniciadas em 1903 por Oswaldo Cruz, e medidas de vacinação obrigatória contra a varíola, cuja lei foi promulgada em 1904.

As campanhas contra febre amarela, peste bubônica e varíola, assim como as medidas gerais destinadas à promoção de higiene urbana caracterizavam-se pela utilização de medidas jurídicas impositivas, no que diz respeito à notificação de doenças, vacinação obrigatória e vigilância sanitária em geral. No seu conjunto não ultrapassam os limites de soluções imediatistas a agudos problemas que, de uma forma ou de outra, poderiam vir a comprometer o desenvolvimento da economia cafeeira, ou então, constituíam, tão somente, tentativas de respostas aos quadros epidêmicos calamitosos que ameaçavam a população em geral e que por vezes davam motivos a pressões políticas.

Como pano de fundo a estabelecer os limites intransponíveis para a ação de saúde pública aparecia o baixo patamar do conhecimento científico e tecnológico referente ao diagnóstico, prevenção e terapia das doenças acima referidas.

Na década de 20 a saúde pública cresce como questão social, com o auge da economia cafeeira. A partir de então as medidas de saúde pública vão se caracterizar pela tentativa de extensão de seus serviços por todo o país.

As unidades de Saúde Pública existentes estavam vinculados aos governos estaduais e voltadas para as capitais e principais cidades do interior, atuando na assistência médica, assistência materno-infantil, orientação alimentar, fiscalização de alimentos e profissional. Os governos estaduais financiavam também serviços voltados para a área rural.

Em 1923, como tentativa de forçar o processo de centralização, é criado o Departamento Nacional de Saúde Pública, que tinha como funções, entre outras, a higiene industrial, a saúde dos portos e o combate às endemias rurais. Essas atribuições não entram logo em vigência pela falta de estrutura e condições desse Departamento, e o saneamento e combate às endemias rurais permanece sob a responsabilidade local.

Outro aspecto das formas de atendimento à saúde é o vinculado à política das empresas. Visando atrair e reter mão-de-obra são desenvolvidas práticas de higiene e saúde, tanto por iniciativa pública como fruto da estratégia de empresas maiores que, em alguns casos, adotavam medidas de proteção e recuperação da saúde de seus trabalhadores e ofereciam alguns outros benefícios “previdenciários” (como creches e jardins de infância, armazéns e restaurantes de companhias, casas fornecidas pelo empregadores e a assistência médica), mantendo os salários a nível de subsistência.

Com a finalidade de controlar e regulamentar o mercado de trabalho são promulgadas leis, das quais tem maior importância a lei Elói Chaves, de 1923, das Caixas de Aposentadorias e Pensões - CAPS - embrião do seguro social no Brasil. As CAPS eram financiadas pela União, pelas empresas empregadoras (1% da receita bruta) e pelos empregados (3% do salário). Eram organizadas pelas empresas, de modo que só os grandes estabelecimentos tinham condições de organizá-las. Empregadores e empregados participavam paritariamente da administração e eram previstos os seguintes benefícios: assistência médica curativa e fornecimento de medicamentos, aposentadoria por tempo de serviço, velhice, invalidez; pensões para dependentes dos empregados e auxílios para funeral.

Os ferroviários, em 1923, e os estivadores, em 1926 - os mais combativos politicamente - foram os primeiros a organizar as CAPS em suas empresas. As outras categorias tinham, então, de recorrer a serviços públicos e beneficentes e a profissionais liberais. Só a partir de 1930, com a alteração do caráter do Estado e a necessária ampliação de suas bases sociais, é que as questões sociais passam a fazer parte da problemática do poder, e só num segundo momento, quando se desenvolve a indústria, que esse processo ganha respaldo econômico.

Formação de uma Política Nacional de Saúde

A década de 30 comportou importantes alterações sócio-econômicas e políticas, das quais as principais foram:

- Do ponto de vista econômico, instaura-se um processo de industrialização que passa a ser o motor do desenvolvimento econômico. É uma industrialização limitada, restrita, dada a insuficiência técnica e financeira do próprio capital industrial. Essa industrialização só vai ampliar-se significativamente a partir de 1956, com o bloco de investimentos produtivos que compunha o Plano de Metas do período.
- Do ponto de vista político, instala-se um Estado com elevado grau de autonomia, não respondendo a nenhum grupo exclusivo de interesses. Trata-se também de um Estado “restringido”, limitado pela precariedade de seu aparelho e pela estreiteza de suas bases financeiras.

A nascente organização e mobilização de importantes parcelas dos trabalhadores,

desde décadas anteriores, motivou um controle social, onde o Estado, ao mesmo tempo que faz avançar as políticas sociais e a legislação com relação às necessidades da classe trabalhadora, a mantém num jogo limitante de sua autonomia política.

A maior autonomia relativa do poder central, aliada à necessidade de controle social, fornece condições para que o Estado dê, então, respostas orgânicas (conjunto de medidas integradas) às questões sociais e elabore o que chamaríamos hoje de políticas sociais.

A industrialização crescente produz seus resultados característicos - aceleração da urbanização, ampliação da massa trabalhadora em precárias condições de higiene, saúde e habitação etc., fazendo com que novas exigências pressionem no sentido de efetivação e ampliação das políticas sociais. É a partir de então que se pode com rigor, identificar uma política de saúde de caráter nacional, organizada centralmente em dois subsetores: o de **saúde pública** e o de **medicina previdenciária**. O primeiro predomina até meados da década de 60 e o segundo se amplia a partir de fins da década de 50 e assume predominância em meados da década de 60.

Os programas de saúde pública estão relacionados aos processos de imigração, urbanização e industrialização, visando principalmente a criação de condições sanitárias mínimas para as populações urbanas. Estes programas são limitados, frente às necessidades, pela reduzida capacidade financeira do Estado em sua opção política de gasto.

O sub-setor de **medicina previdenciária** se explica pela mudança do padrão de desenvolvimento com predomínio da industrialização e pela intensa urbanização; cada vez um maior número de trabalhadores reivindicam assistência médica, problema que lhes tocava mais de perto (hoje percebemos uma mudança no padrão de reivindicação dos trabalhadores para saúde no seu sentido mais amplo).

Alteração na política de saúde, com o significativo crescimento do subsetor de medicina previdenciária, se dá numa fase em que se mantém agudos problemas na área de Saúde Pública, acarretando uma demanda ilimitada por assistência médica. Reflexo disso atualmente, é, de um lado, uma precária política de saúde pública, legando uma herança endêmica da maior gravidade e de outro, um sistema previdenciária incapaz de atender não só as demandas por assistência médica individual, quanto os requerimentos de saúde coletiva acumulados ao longo do tempo.

Acentua-se, nesse período, o processo de centralização com a destruição do “excesso de federalismo” pela revolução de 1930.

Em 1930 foi criado o Ministério de Educação e Saúde, com dois Departamentos Nacionais: o de Educação e o de Saúde.

A centralização se dá com a participação de “assistentes técnicos” do Governo Federal, verdadeiros interventores do Departamento Nacional de Saúde junto aos Departamentos Estaduais de Saúde dos Estados de fraco poder político e econômico;

uniformiza-se, então, a estrutura dos Departamentos Estaduais, estabelecendo-se um padrão de organização formado por uma diretoria, uma organização de órgãos centralizados (Serviços de Combate à Tuberculose, Lepra, Hospitais e Laboratórios) e uma coordenação de órgãos descentralizados (Centros de Saúde e Postos de Higiene). O financiamento dessa expansão de serviços para o interior se faz à custa de recursos municipais.

As campanhas sanitárias também foram elementos importantes no processo de centralização da política de saúde. A necessidade de expansão capitalista e a falta de uma estrutura do setor saúde capaz de atender as necessidades básicas da população constituíram as “crises sanitárias” motivadoras dessas campanhas. A passagem do escondido ao espetacular, a discussão em torno de “combate”, “vitória” e “campanha” no incentivo, mobilização e indução da população para os objetivos a serem atingidos pela Saúde Pública é questão prioritária, glorifica ideologicamente os executores, passando então a caracterizar a própria forma de Saúde Pública no país. Os recursos envolvidos nas campanhas faz com que estas instituições se cristalizem em serviços de combate às doenças por tempo indefinido aparecendo então os serviços de combate à febre amarela, tuberculose etc.

Em 1937 cria-se o Serviço Nacional de Febre Amarela - o primeiro serviço de Saúde Pública de dimensão nacional.

Em 1941 o Departamento Nacional de Saúde incorpora vários serviços de combate às endemias e assume o controle técnico em saúde pública, institucionalizando também as campanhas sanitárias.

Em 1953, é criado o Ministério da Saúde. Em 1956, o DNERu, Departamento Nacional de Endemias Rurais, que congrega todos os serviços de combate às doenças endêmicas, ficando estabelecido que atuaria em áreas que fossem:

“... pontos críticos das vias principais de transporte e possuam fatores evidentes de desenvolvimento econômico, entravados pela falta de condições sanitárias do meio”, mostrando que ainda as ações de saúde se davam conforme os interesses econômicos.

Esses serviços atuavam nas capitais e principais cidades do interior, possuindo um sistema de informação que produzia os dados necessários ao seu trabalho.

Na década de 60, surgiram em nível internacional novas concepções de Saúde Pública que pregaram a importância de atendimento integral à saúde. Baseando-se nestes pressupostos, e atendendo à necessidade de racionalização administrativa, a Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo passa por ampla reforma em 1968, que atribui aos Centros de Saúde a responsabilidade pelo diagnóstico e tratamento ambulatorial das doenças transmissíveis. Essa reforma veio a fornecer as bases administrativas para a união dos sistemas de informação num único Sistema de Vigilância Epidemiológica, cuja lei seria promulgada em 1975.

Evolução do Aparelho do Estado em Saúde Pública - 1930 - 1956

Duas Notas sobre a Saúde Pública nos Anos 50-60

Debates sobre Formas de Atenção Médico-Sanitária

É nos anos 50 que se recoloca a discussão do padrão de política de Saúde Pública existente, dentro de uma discussão mais geral que pretendia que o desenvolvimento econômico-industrial tivesse a capacidade de resolver os problemas sociais e, entre eles, a saúde.

A primeira questão pode ser resumida no que veio a ser conhecido como o círculo vicioso da pobreza e doença, que estabelecia uma relação causal no sentido doença gerando pobreza e concluindo que, para alcançar o mesmo nível de saúde de países desenvolvidos, bastaria gastar os mesmos recursos e montar a mesma estrutura de saúde destes países. Perseguiu-se muitos anos o objetivo até se chegar à conclusão da irrealidade da proposta.

Durante a 2ª Guerra Mundial, por razões de ordem estratégica vinculada à produção de borracha na Amazônia e a extração de manganês no Vale do Rio Doce, é criado o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), em convênio com órgãos do governo americano e sob o patrocínio técnico-financeiro da Fundação Rockefeller, já que os trabalhadores eram sistematicamente dizimados pela malária e febre amarela. O SESP disseminou pelo Brasil, ao longo de quase 30 anos, unidades sanitárias modelo, inadequadas à estrutura brasileira e às nossas possibilidades financeiras, fato reconhecido em 1956, em autocrítica da própria SESP e em mensagem ao Congresso do Presidente Juscelino Kubitscheck.

Na metade dos anos 50, a ideologia “desenvolvimentista” coloca de outra forma essa questão, invertendo os termos da relação pobreza X doença, afirmando agora que o desenvolvimento econômico traria consigo, necessariamente, um melhor nível de saúde à população. Passou-se então a investir o pouco recurso público existente na promoção desse desenvolvimento econômico. Aliada a concentração de renda, essa política veio a piorar as condições de saúde da população.

A segunda questão dizia respeito ao aspecto administrativo, debate que se travava em torno das alternativas de centralização ou descentralização.

Em 1963, na III Conferência Nacional de Saúde, o Ministério da Saúde já defendia a descentralização administrativa.

Entretanto, a partir da instalação do regime militar em 1964, o debate seria encerrado por quase duas décadas, sendo que em 1966, o novo Ministro Raimundo de Brito afirmava: *“... o combate sistemático as endemias rurais é encargo da União em face de preceitos constitucionais (...) A própria experiência colhida com o combate à*

malária indica que a institucionalização de campanhas seria o caminho mais acertado para a mobilização geral contra as doenças endêmicas."

Crise no Sistema Nacional de Saúde

Na década de 60, desencadeia-se a fase aguda da crise do sistema nacional de saúde. De um lado, o sistema previdenciário mostrava-se incapaz de responder à crescente pressão da massa assalariada urbana pela ampliação e melhoria dos serviços: carecia de bases financeiras sólidas e institucionalmente esbarrava na diferenciação entre os institutos. De outro, a expansão do atendimento à Saúde Pública colidia, de há muito, com a estreiteza financeira do Estado e a falta de prioridade para o setor saúde. Desenhava-se, progressivamente, um quadro nada animador, cujas causas ultrapassavam os limites das instituições que no Brasil estavam encarregados de prestar assistência à saúde.

Em todos os países elevavam-se extraordinariamente os custos de assistência à saúde, em consequência das próprias transformações científicas e tecnológicas por que passava o ato médico neste período. Ocorria então uma profunda mudança no saber e na prática médica, que se consubstanciava na maior utilização de medicamentos, na difusão do uso de serviços para o diagnóstico e na utilização mais intensiva de equipamentos médicos.

O hospital assumiu a posição central na prestação dos serviços de saúde e no final da década de 50 definia-se como o local das diversas especialidades médicas, como detentor da infra-estrutura e dos equipamentos necessários para a prestação de serviços de saúde. É como se tardiamente a atenção à saúde vivesse a sua revolução industrial; o cuidado deixou de ser artesanal ou manufactureiro e passou a assumir características de grande indústria, papel desempenhado pelo hospital moderno.

Muitas são as críticas a esta forma de atenção médica, chegando-se a colocar em dúvida que a nova modalidade de atenção médica tenha sido socialmente favorável, medido em termos de seu efeito sobre a recuperação da saúde; mas não se duvida do aumento de custo que acarretou, impossibilitando seu acesso à maioria das pessoas e ameaçando o desempenho dos próprios mecanismos institucionais de financiamento específico.

No Brasil, esta elevação dos custos de assistência à saúde encontrou as instituições completamente despreparados. As dificuldades específicas das instituições do setor saúde combinavam com problemas mais gerais, vividos pelo Estado no início da década de 60.

A economia desenvolvera-se profundamente nos dez anos anteriores, criando as bases para o novo desenvolvimento da industrialização e estava a exigir que o aparelho do Estado também se transformasse, de modo a atender as exigências da acumulação capitalista, ou seja, que fossem criadas as bases financeiras adequadas à nova etapa. Desta forma, logo após o golpe de 1964, foram implementadas reformas administrativas, tributárias, financeiras etc.

As transformações do setor saúde nesta época só podem ser entendidas quando vistas no interior destas mudanças mais gerais. À sombra foram sendo feitas transformações em nível de Estado que possibilitaram que a atenção à saúde ocupasse o papel que lhe estava destinado naquele momento (e anunciado pelas transformações tecnológicas no exterior), e que assumisse as características de setor plenamente capitalista. Assim, a unificação dos institutos previdenciários, através da criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), insere-se neste contexto mais amplo.

É sabido que a crise aguda se resolve com a reestruturação do setor saúde promovida após 1966. Mais precisamente, sua solução imediata se constitui na reforma da medicina previdenciária, ao mesmo tempo que o atendimento à Saúde Pública ficou relegado a segundo plano.

Pode-se afirmar que a reforma previdenciária assenta-se em três pilares fundamentais: em *primeiro lugar*, a ampliação do campo de ação das instituições estatais - entre as quais, destaca-se o INPS - é feita de forma a assegurar ampla predominância da empresa privada, o que leva à tecnificação do ato médico, à constituição de empresas capitalistas no setor e, conseqüentemente, ao assalariamento em larga escala dos profissionais da medicina. Em *segundo lugar*, o Estado amplia os recursos financeiros disponíveis através do aumento da contribuição da previdência e da extensão da cobertura. E, em *terceiro lugar*, o Estado acentua em muito seu papel de mobilização e centralização financeira, de que é expressão maior a unificação dos institutos previdenciários.

É preciso ter claro que a solução adotada para a crise foi apenas uma das possíveis. Mais ainda, foi a solução que fez prevalecer os interesses capitalistas em geral e especificamente aqueles ancorados no setor.

O padrão de organização montado e desenvolvido com a criação do INPS em 1966, e que teve na capitalização da medicina sua característica fundamental, veio a apresentar nova crise, reconhecida em discurso e em medidas pelo governo a partir de 1976; crise no sentido econômico-financeiro e na estruturação e eficácia da rede dos serviços de saúde. Crise, enfim, de natureza claramente política. Em relação à previdência, a demanda ilimitada por serviços médicos de alto custo aliou-se à não-destinação de recursos, da parcela de responsabilidade da União, para custear o sistema previdenciário, o que também ocorria por parte de um grande número de empresas que, quando obrigadas a fazê-lo, repassava os custos para o produto final.

Constatou-se, no período, a permanência de graves problemas de saúde na população; por um lado, isto pode ser atribuído às más condições de vida da população de baixa renda, consequência inevitável do modelo econômico seguido no Brasil nos últimos anos e, por outro lado, pelo descumprimento das medidas de Saúde Pública e de saneamento básico.

Desta forma, o quadro nosológico brasileiro apresentava no início da década

de 70, ao lado das doenças infectocontagiosas, características das sociedades subdesenvolvidas, as doenças crônicas não transmissíveis, características de sociedades industrializadas. Endemias antes rurais tornaram-se urbanas; agrava-se a desnutrição, tuberculose e hanseníase; a malária volta a ocorrer em larga escala.

A assistência médica nada pode fazer. Tanto é assim que o quadro descrito acima se manifesta ao mesmo tempo que aumenta significativamente o volume de atenção médica. Não há dúvida de que, em volume e provavelmente em qualidade, a atenção médica cresce extraordinariamente nos últimos anos. Tanto, aliás, que a elevação dos gastos constitui-se, até os dias de hoje, em perigosa ameaça para a estabilidade financeira do sistema previdenciário.

São efetuadas mudanças na Política Nacional de Saúde e, em 1974, cria-se o Ministério da Previdência e Assistência Social, o Conselho de Desenvolvimento Social e o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social. Em nível do MPAS uma importante medida institucional foi o estabelecimento do Plano de Pronta Ação, que promoveu uma elevação significativa da oferta de serviços médicos.

Em nível interministerial, é promulgada a Lei nº 6 229, que dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde - propondo a integração da medicina previdenciária e da Saúde Pública, através da rearticulação entre as diversas esferas do governo: Ministérios, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e entre órgãos governamentais e setor privado. Propõe "a elaboração de programas regionais que integram num todo harmônico as atividades preventivas, curativas e de reabilitação 'incluindo' a participação de todos os órgãos públicos e privados que atuam na região de modo a organizá-los segundo hierarquia técnica condizente com a área assistida".

Os objetivos básicos seriam:

- a) Integração das práticas de saúde pública e medicina previdenciária.
- b) Rearticulação das unidades do setor público e destas com o setor privado.
- c) Regionalização e hierarquização da assistência médico-sanitária considerados os perfis epidemiológicos de cada área do país.

De acordo com estes objetivos, explicitados na VI Conferência Nacional de Saúde, este sistema visaria regradar a demanda de assistência médico-hospitalar e estimular a assistência médico-sanitária. A rede de assistência médico-sanitária seria operada pelo setor público e pelo privado. A rede ambulatorial pública funcionaria, na medida do possível, como porta de entrada ao sistema hierarquizado.

Não há uma definição precisa da divisão de oferta de serviços entre os setores público e privado. Fica aberta a possibilidade de persistir a tendência privatizante anterior, que provocou os problemas que agora se pretende corrigir. As diretrizes propostas deixam muitos graus de liberdade ao jogo político interinstitucional, sem que sejam definidas claramente as metas a ser atingidas.

Em 1977, a persistência da crise promove um movimento burocrático-administrativo que tenta reordenar o sistema, dividindo as atribuições da Previdência em órgãos especializados. Cria-se o Sistema Nacional de Previdência (SINPAS) congregando o Instituto de Administração da Previdência e Assistência Social (IAPAS), INPS e Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS).

A Portaria Interministerial nº 1/78 fixa as normas dos chamados Serviços Básicos de Saúde que caracterizam por ações de tecnologia simplificada e de baixo custo, priorizando a não sofisticação do atendimento.

O Sistema Nacional de Saúde, organizado pela Lei nº 6.229, mantém a ambigüidade das atribuições cabíveis a cada ministério, muito diferentes no que se refere a poder político e financeiro, e a separação entre medicina preventiva e curativa, atribuindo ao MPAS o predomínio da atenção médica individual e, ao Ministério da Saúde, as medidas de alcance coletivo. O Sistema de Vigilância Epidemiológica e o Plano Nacional de Imunização criados por esta lei inserem-se, portanto, dentro das contradições da medicina preventiva e desta com a medicina curativa.

Na tentativa de transformar o discurso em algumas medidas concretas foram elaborados no início da presente década 2 planos: Prev-Saúde e AIS do CONASP, de modo a promover algumas modificações políticas, financeiras e administrativas fundamentais para resolver a crise.

O Prev-Saúde, mais abrangente, encontra fortes resistências dos setores privados da prestação de serviços de saúde e está engavetado.

O AIS está em franco processo de discussão e implantação. Permanecem as indefinições no Sistema Nacional de Saúde em meio a um jogo de interesses conflitantes de todas as formas econômicas e sociais envolvidas no setor saúde e, num contexto mais amplo, em meio a crise social que estamos vivendo. Pode-se notar mais recentemente uma tendência à priorização das políticas sociais em geral e, dentre elas, as do setor de saúde.

Bibliografia Consultada

1. BRAGA, J.C.S e PAULA, S.G. **Saúde e Previdência - Estudos e Política Social.** São Paulo, CEBES-HUCITEC, 1981.
2. PAIM, J.S. **Conjuntura atual; do Prev-Saúde ao CONASP - Anotações para aula** - ABRASCO. SAÚDE EM DEBATE, CEBES.
3. TORRES RIBEIRO, A.C.; PICALUGA, I.F. e COSTA, N.R. **Campanhas Sanitárias e sua institucionalização.** Texto provisório.

Bibliografia Recomendada

1. ABRASCO. Abrasco analisa plano do CONASP e critica limitações. **Boletim da Associação Brasileira de Pós- Graduação em Saúde Coletiva.** 4:3, 1982.
2. BRAGA, J.C.S e PAULA, S.G. **Saúde e Previdência. Estudos e Política Social.** São Paulo, CEBES-HUCITEC, 1981.
3. COHN, A - **Previdência Social e Processo Político no Brasil.** São Paulo, Moderna, 1980.
4. DONNANGELO, M.C.F. **Medicina e Sociedade:** cap. I. Estado e Assistência Médica. São Paulo, Biblioteca Pioneira de Ciências Sociais, 1975.
5. DONNANGELO, M.C.F. e PEREIRA, L. **Saúde e Sociedade.** São Paulo, Livraria Duas Cidades, 1976.
6. FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder: o nascimento da clínica.** Rio de Janeiro, Graal, 1979.
7. LUZ, M.T. **As instituições Médicas no Brasil.** Rio de Janeiro, Graal, 1979.

**Evolução Histórica do Combate às
Doenças Transmissíveis no Brasil: da
Polícia Médica à Vigilância
Epidemiológica**

Evolução Histórica do Combate às Doenças Transmissíveis no Brasil: da Polícia Médica à Vigilância Epidemiológica

A ação sobre as doenças transmissíveis em nosso meio data do tempo do Brasil colonial, quando os serviços de saúde de então se preocupavam com as doenças pestilências. A concepção vigente à época não era a de controle ou prevenção dessas doenças, mas de afastamento ou confinamento dos doentes em Lazaretos ou Santas Casas de Misericórdia, com uma função mais assistencialista do que curativa. É também nessa época, com a chegada da família real ao Brasil, que se dá o aparecimento da polícia médica originária da Alemanha (Século XVIII). Essa política propõe a intervenção nas condições de vida e saúde da população, com o objetivo de vigiar e controlar o aparecimento de epidemias. Trata-se de um controle-profilaxia no sentido de vigiar a cidade, suas instalações de minas e cemitérios, controlar o comércio do pão, vinho e carne.

Os serviços de saúde, organizados a semelhança dos de Portugal, têm sua atenção voltada para a profilaxia das moléstias epidêmicas e para o saneamento do meio. “Essas ações de profilaxia das moléstias transmissíveis consistiam fundamentalmente na fiscalização rigorosa das embarcações que poderiam trazer a peste ou outra moléstias epidêmicas, constituindo a vigilância sanitária dos portos. Dependendo das moléstias que trouxessem, ou do número de óbitos ocorridos, procedia-se à quarentena do navio, dos indivíduos ou dos doentes nos ‘Lazaretos’, os quais somente poderiam entrar na cidade depois de liberados pela autoridade sanitária”.¹ Aqui já aparecia a preocupação com o indivíduo, esboçando-se a noção de caso, além da vigilância da cidade já citada.

Sobre a noção de caso fundamentam-se progressivamente as ações restritas ao indivíduo portador, tais como isolar o paciente, controlá-lo, manipulá-lo e mesmo puni-lo.

Posteriormente, aparecerá a noção do agente causador da doença, concretizada na segunda metade do século XIX e início deste século, na chamada fase bacteriológica.

Em 1811, é criada a Junta de Instituição Vacínica sob a direção do Intendente Geral da Polícia da Corte e do Estado do Brasil e do Físico-mor do Reino e é executada a vacinação antivariólica, como uma nova prática de controle da doença cujo conhecimento já incorpora a noção de agente etiológico.

No Estado de São Paulo, em 1889, é criado o Desinfectório Central: “A polícia sanitária através de seus inquéritos produzia um conhecimento acerca da vida cotidiana das classes populares, ao mesmo tempo em que invadia os domicílios à procura de doentes, ou perturbados mentais, com vistas a retirá-los dali para os hospitais de isolamento e asilos e desinfetar os focos epidêmicos; a figura do homem dos

¹ EDUARDO, M.S.P. O Sistema de Vigilância Epidemiológica no Estado de São Paulo - Um estudo do modelo de combate da difteria. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (Dissertação de Mestrado em Medicina Preventiva) p. 9. São Paulo, 1984.

desinfetórios, fiscal sanitário, passa a ser conhecida não só nos cortiços mas também nas vilas e casinhas dos bairros populares; por vezes, sua entrada nos domicílios provocava reações e protestos por parte dos moradores”.²

Em 1892, cria-se o Serviço Sanitário do Estado ligado a Secretaria do Interior do Governo do Estado de São Paulo, que detém o monopólio das ações sanitárias em âmbito estadual, exercendo as funções de saneamento do meio, fiscalização da alimentação pública, regulamentação das profissões, além de adotar meios e condutas para “prevenir, combater ou atenuar as moléstias endêmicas e transmissíveis aos homens e animais”.³ É também criada a Comissão de Profilaxia Geral das moléstias transmissíveis e organizada a Seção de Estatística Demografo-Sanitária, com o objetivo de observar e explicar o aparecimento e o declínio das epidemias e endemias, bem como a frequência de certas causas de morte. Também é dessa época a obrigatoriedade da vacinação e revacinação independente do surgimento de caso, como norma de ação preventiva.

No ano de 1894 estabelece-se o primeiro código sanitário do Estado de São Paulo, que continha em seus quinhentos e vinte artigos inúmeras recomendações relativas ao controle das doenças infecciosas:

- interditava a frequência na escola aos alunos que sofressem de moléstias transmissíveis.
- estabelecia normas detalhadas para o controle do abastecimento de água, destino dos esgotos e lavanderias públicas.
- regulamentava o funcionamento de hospitais e maternidades e preconizava ser preferível a existência de um hospital de isolamento para cada moléstia.
- introduzia um capítulo, com nove artigos destinados as “precauções imediatas contra moléstias epidêmicas e transmissíveis”. Entre essas destaca-se as seguintes:
 - a) médicos, gerentes de fábrica, diretores de colégios ou de qualquer habitação coletiva são obrigados a denunciar imediatamente os casos que verificarem de “moléstia epidêmica e transmissível ou suspeito de o ser”.
 - b) os doentes devem ser isolados no domicílio ou hospital com medidas de desinfecção concorrente e terminal executadas rigorosamente “convindo que as municipalidades cominem severas penas aos que se opuserem a elas”.

² ROLNIK, R. De como São Paulo virou a Capital do Capital. Repensando a Habitação - São Paulo, maio de 1981 (mimeo) p. 111. In: EDUARDO, M.B.P. op.cit. p. 22 e 23.

³ MASCARENHAS, R.S. Contribuição para o estudo da Administração Sanitária Estadual em São Paulo. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo, 1949 (Tese de Livre-docência). - In EDUARDO, M.B.P., op. cit. p. 12.

- c) nos casos de varíola deve-se realizar a vacinação o mais amplamente possível; nos casos de epidemia por qualquer moléstia, o município pode pedir auxílio ao Estado”.⁴

Surge o conceito de moléstia de notificação compulsória para as moléstias sujeitas ao isolamento e a desinfecção, que, a partir de então, devem ser notificadas a autoridade sanitária, quando do seu aparecimento. São definidas como moléstias de notificação compulsória:

- moléstias pestilenciais - febre amarela
 - cólera
 - peste do oriente
- febres exantemáticas epidêmicas - varíola
 - escarlatina
 - sarampão
 - difteria
 - coqueluche

Estabelecem-se ainda as doenças de notificação facultativa:

- tuberculose
- febres infecciosas puerperais
- beribéri

Em 1896 houve um movimento de centralização para o poder estadual, com uma ampliação do serviço sanitário e criação dos distritos sanitários, retirando a autonomia que os municípios haviam adquirido em 1893.

Este modelo do serviço sanitário estadual se manterá basicamente até 1918, e se dá justamente no momento em que se iniciam as ações sanitárias de Emílio Ribas. “Com Emílio Ribas, concretiza-se a filiação definitiva das práticas sanitárias à corrente bacteriológica no Estado de São Paulo. Nesta reforma de 1896, o Serviço Sanitário Estadual passa a ter como uma de suas finalidades o estudo da natureza, etiologia, tratamento e profilaxia das moléstias transmissíveis, bem como quaisquer pesquisas bacteriológicas que interessem à Saúde Pública”.⁵ Criam-se os Institutos que produzem soros e vacinas, os postos quarentenários e os hospitais de isolamento.

⁴ ESCRIVÃO JR., A. As práticas de Controle das Doenças Transmissíveis: a questão da hepatite por vírus no Estado de São Paulo. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (dissertação de mestrado) p. 17 e 18. São Paulo, 1985.

⁵ MERHY, E. E. O capitalismo e a saúde pública: a emergência das práticas sanitárias no Estado de São Paulo - Campinas: Papirus, 1985 (Coleção Krisis).

As primeiras formulações a respeito de prevenção de doenças não atreladas à ocorrência de casos ou epidemias, e intervindo sobre os elementos, agente, meio e hospedeiro, são feitas quando Oswaldo Cruz, no Rio de Janeiro, desencadeia a Campanha da Febre Amarela. “O campanhismo profilático se faz através do Serviço da Brigada contra o mosquito e isolamento dos amareletos; da polícia sanitária dos focos constituídos e das zonas suspeitas, da polícia sanitária dos domicílios, dos lugares e logradouros públicos e da vigilância sanitária sobre as pessoas residentes no foco ou provenientes do interior, de outros portos da República ou do estrangeiro”.⁶

“Nesse período introduz-se, em Decreto Federal sobre as doenças de notificação compulsória, o conceito de comunicante que se refere a pessoa que reside no foco ou esteve em contato com indivíduos afetados de moléstias, ou provenientes de lugares onde essas moléstias se verificaram, sobre os quais se estabeleceram as medidas devidas”.⁷

“Em 1906 há uma nova modificação na estrutura dos serviços sanitários no Estado de São Paulo, ampliando-se a estrutura de organização distrital sob a responsabilidade de Inspetores Sanitários, com as atribuições da polícia sanitária e a vigilância médica, a fiscalização do serviço de desinfecção, remoção e isolamento dos doentes de moléstias transmissíveis, extinção de focos epidêmicos, as direções de hospitais de isolamento no Interior, a vacinação e revacinação, além das medidas referentes ao saneamento do meio”.⁸

“No início da década de 1910, marcada por um aumento do fluxo migratório para as cidades e pela intensificação do processo de industrialização, verifica-se mais uma reforma do Serviço Sanitário Estadual, que se realiza em 1911. O sentido geral desta mudança foi o de devolver responsabilidades aos municípios sobre os serviços sanitários, ficando o Estado na função de retaguarda”.⁹

Cria-se o 2º Código Sanitário do Estado e o primeiro Serviço de Engenharia Sanitária que busca intervir no espaço urbano, para melhorar as condições de saúde ou impedir o aparecimento de moléstias transmissíveis. Esse 2º código introduz diversas alterações no 1º, como a exclusão do beribéri do elenco e o item “notificação facultativa”. Institui-se notificação específica para comunidades fechadas. O novo elenco estabelece as seguintes doenças como de notificação obrigatória:

- varíola;
- escarlatina;
- peste;

⁶ FALCÃO, E.C. Oswaldo Cruz Monumento Histórico - Os serviços de Saúde Pública no Brasil de 1808 a 1907 (Decreto nº 7027 de 06/09/1878) Brasiliensia Documenta. São Paulo 6:4 (2ª parte): 590, 1977, In: Eduardo, M.B..P. op. cit. p. 14.

⁷ EDUARDO, M.B.P. op. cit., p. 14.

⁸ EDUARDO, M.B..P. op. cit., p. 15.

⁹ MERHY, R.R. op. cit., p.82.

- cólera;
- febre amarela;
- difteria;
- infecção puerperal e oftalmia dos recém-nascidos nas maternidades;
- tifo e as febres tifóides e paratífica;
- tuberculose aberta;
- lepra ulcerada;
- impaludismo;
- ancilostomose;
- oftalmia granulosa (tracoma) e a conjuntivite purulenta;
- disenteria;
- coqueluche, sarampo e a parotidite nos colégios, asilos e habitações coletivas.

É também nesse ano a criação do decreto que estabelece penalidades para aqueles que infringissem quaisquer normas referentes à notificação, isolamento, desinfecção e vigilância sanitária.

“Em 1918, com o 3º Código Sanitário, procedem-se algumas reformulações na estrutura dos serviços, principalmente no que se refere às atribuições dos municípios e do Estado, bem como acrescentam-se novas doenças de notificação compulsória”.¹⁰

“O elenco das doenças de notificação fica assim:

- varíola e doenças do grupo paravariólico;
- escarlatina e febre eruptivas;
- pestes;
- cólera;
- febre amarela;
- difteria;
- febre tifóide e doença do grupo paratífico;
- tuberculose aberta;
- lepra;

¹⁰ EDUARDO. M.B.P. op. cit., p.15.

- impaludismo;
- ancilostomíase;
- oftalmia granulosa (tracoma);
- conjuntivite purulenta;
- disenterias (bacilar e amebiana);
- meningite cérebro-espinhal epidêmica;
- paralisia cérebro-espinhal ou doença de Heine-Medin;
- coqueluche;
- parotidite epidêmica nos colégios, asilos e habitações coletivas;
- epizootias que se transmitem ao homem (carbúnculo, raiva e mormo);
- com a possibilidade de se incluírem outras doenças caso fosse necessário”.¹¹

Na década de 20 ocorrem modificações na prática sanitária com o início da assistência médica nos serviços de saúde, e o centramento das ações de controle na educação sanitária. O serviço sanitário estadual que, a partir de 1922, fica sob a direção de Geraldo Horácio de Paula Souza, incorpora o modelo americano das ações médico-sanitárias. Nesse modelo, o “modo de atuação diante daquilo que era considerado como problema sanitário, perde seu aspecto nitidamente eventual, característica da proposta campanhista, na medida em que são instaladas algumas ações permanentes de controle dos problemas sanitários”.¹²

Geraldo de Paula Souza, no I Congresso da Sociedade Brasileira de Higiene de 1923, apregoa a necessidade de se modificarem os princípios da Saúde Pública brasileira, através da organização de postos municipais permanentes, que deveriam funcionar como um serviço integral de Saúde Pública, com a função de exercer uma medicina social, de ação promotora e protetora de saúde, na qual pretende-se que a atuação criadora de uma consciência sanitária nos indivíduos, aliada ao saneamento ambiental, é que irá possibilitar a plena saúde.¹³

Cabe ressaltar que, apesar da incorporação dessas novas perspectivas, não ocorre uma ruptura na estrutura do serviço sanitário estadual como um todo. Sob o predomínio da nova política de Saúde Pública, assentada nas práticas médico-sanitárias, coexistem as ações campanhistas e de polícia sanitária.¹⁴

“Em 1925, através do Decreto nº 3 876, reorganizam-se os serviços sanitários

¹¹ MASCARENHAS, R. S., op. cit., p. 82. In: Eduardo, M.B.P. op. cit., p. 15.

¹² MERHY, E.E. op. cit., p. 85.

¹³ MERHY, E.E. op. cit., p.93.

¹⁴ MERHY, E.E. op. cit., p.95.

do Estado de São Paulo, criando-se a Inspeção de Higiene do Trabalho, com a finalidade de exercer a polícia sanitária do Trabalho na Capital e no Interior e criando-se a Inspeção da Educação Sanitária e os Centros de Saúde, que passam a ter, dentre outras incumbências, a de localizar os focos de doenças transmissíveis, colher dados de morbidade, e realizar a educação sanitária dos pacientes e da sua família. Para as ações de isolamento dos doentes de moléstias transmissíveis, do serviço de “expurgo” e desinfecção concorrente, do combate às moscas e aos mosquitos, ratos e outras sevandijas, dos hospitais de isolamento, da colheita de dados para a pesquisa epidemiológica, foi criada a Inspeção de Profilaxia das Moléstias Infecciosas.¹⁵ “A prática do isolamento, que no código sanitário de 1918 era obrigatória, para os casos de moléstias de notificação compulsória (exceção de ancilostomose, disenteria e tracoma) em hospital ou para poucas doenças, no domicílio, perde em parte o seu rigor, acrescentando-se, no entanto, o sistema de afixação de cartazes nos domicílios com doentes isolados, instruindo o público sobre a existência do risco de contágio e proibindo o acesso”.¹⁶

Foram introduzidas algumas modificações no que se refere ao controle de doenças infecciosas. Estabelecia-se a notificação obrigatória dos resultados de exames laboratoriais positivos para moléstias infecciosas. Inclui-se no elenco a encefalite letárgica.

Em 1938, o “Serviço Sanitário dá lugar ao Departamento de Saúde do Estado, criam-se a Seção de Estatística Sanitária e a de Epidemiologia e Profilaxia das Moléstias Infecciosas, dentre outras”.¹⁷ Ao mesmo tempo começa a ficar em evidência a importância do registro dos acontecimentos, sendo atribuições dessas seções o recebimento sistemático de dados e outras informações que interessem ao serviço, de todas as dependências do Departamento, bem como o envio semanal à Seção de Estatística Sanitária, informes para estudos de interesse sanitário.

Em 1947, constitui-se a Secretaria da Saúde e Assistência Social que passa a ter um estatuto de Secretaria de Estado. De 1947 a 1957 é dado ênfase ao combate de algumas doenças endêmicas e outras epidêmicas, como a gripe e a meningite e também à ampliação dos Centros de Saúde (CS).

Em 1959, através de Decreto de 17/09/1959, incluem-se novas doenças de notificação compulsória no elenco, que são as seguintes:

- tétano;
- hepatite por vírus;
- esquistossomose;
- chagas.

¹⁵ ESCRIVÃO Jr., A. op. cit. p 27.

¹⁶ São Paulo. Leis e decretos. Dec. nº 9.357 de 30.07.1938. In: EDUARDO, M.B.P., op. cit., p. 22.

¹⁷ ESCRIVÃO Jr., A. op. cit., p. 109.

Na década de 60 surgiram em nível internacional novas concepções de Saúde Pública que apregoavam a importância de uma unidade de atendimento integral à saúde. Baseando-se nesses pressupostos e atendendo à necessidade de racionalização administrativa, a Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo passa por uma ampla reforma em 1968, que atribui aos Centros de Saúde a responsabilidade pelo diagnóstico e tratamento ambulatorial das doenças transmissíveis, adquirindo inclusive o caráter de autoridade sanitária local para todos os problemas de saúde, sendo coordenados pelos Distritos Sanitários.

Em 28/07/70 é publicado o Decreto estadual nº 52 503 que estabelece 51 doenças de notificações compulsória divididas em 3 grupos:

GRUPO 1 - Cinco doenças quarentenárias em que é exigida a notificação internacional imediata: cólera, febre amarela, peste, tifo exantemático transmitido por piolhos, varíola major e minor ou alastrim.**

GRUPO 2 - Vinte e seis doenças de notificação imediata à autoridade sanitária local: arboviroses, exceto febre amarela; brucelose; cancro venéreo; difteria*; coqueluche; doença de chagas*; escarlatina; esquistossomose**; febre tifóide e paratifóide*; gonocócica; hanseníase**; hepatite por vírus; infecções, intoxicações e envenenamento de origem alimentar (quando em coletividade); leptospirose*; malária**; meningite meningocócica e meningites causadas por outros agentes, que não o meningococo*; poliomielite*, raiva humana*; riquetsioses; rubéola; sarampo; sífilis; tétano*; tuberculose**; varicela.

GRUPO 3 - Dezoito doenças de notificação em 24 horas à autoridade sanitária local: blastomicose; boubá; carbúnculo; caxumba (parotidite infecciosa); disenteria bacilar; eritema infeccioso; exantema súbito; gripe; infecção puerperal; infortúnios de trabalho; leishmaniose; linfogranuloma venéreo (doença de Nicolas Favre); neoplasma maligno; oftalmias de recém-nascido; pênfigos; quarta moléstia; toxicomanias; tracoma.

Em 12/02/71, é publicada a norma técnica SS nº 07/71 que institui o preenchimento de fichas epidemiológicas para 13 das doenças de notificação compulsória, fazendo também referência a apenas quatro doenças de notificação internacional (exclui-se desta categoria o tifo exantemático). Para as doenças sujeitas ao fichamento^(a), estava prevista a investigação epidemiológica com visitas hospitalar e domiciliar e comunicação entre distritos para casos residentes em outras áreas. Para essas doenças é instituído um boletim semanal enviado ao Distrito Sanitário no primeiro dia útil da semana epidemiológica seguinte. Para as demais doenças de notificação, a unidade sanitária deve preencher um boletim trimestral.

Em 1974, reformula-se a norma SS nº 07/71 ampliando-se para 15 doenças notificáveis, cujo preenchimento da ficha é obrigatório (são incluídas sarampo e

(a) Doenças assinaladas com asteriscos na relação acima, sendo que aquelas com dois asteriscos assinalados tinham normas e fichas próprias.

amebíase). O boletim semanal passa a conter dados das doenças ficháveis e não-ficháveis, abolindo-se o boletim trimestral. As modificações são justificadas para “permitir um conhecimento precoce das doenças transmissíveis em uma comunidade, diminuir o número de impressos e cumprir as exigências da transmissão de dados para o Ministério da Saúde”.

Em 1975, através da Lei Federal nº 6 259, é criado o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, regulamentado pelo Decreto nº 78.231 publicado no ano seguinte. A portaria Bsb 314, de 27.08.1976, institui a notificação compulsória de casos e/ou óbitos de 14 doenças para todo o território nacional:

Peste, Cólera, Varíola, Febre Amarela, Pólio, Tétano, Sarampo (casos internados), Febre Tifóide, Leishmaniose cutâneo-mucosa, Leishmaniose visceral, Hanseníase, Tuberculose, Raiva Humana, Doença Meningocócica e outras Meningites.

“Os critérios utilizados pelo Ministério da Saúde para definir os elencos das doenças de notificação compulsória foram basicamente os seguintes:

1. disponibilidade de recursos diagnósticos na maioria dos Estados brasileiros;
2. existência de medidas eficazes de controle (exemplo, vacina);
3. simplicidade operacional (exemplo: sarampo internado avaliava a tendência da doença, tétano avaliava a vacina tríplice etc).

Poucas doenças sofreram uma pequena influência de fatos que estavam ocorrendo na época da definição da lista. (Por exemplo a ocorrência de leishmaniose em Jacarepaguá - RJ). Apesar da existência desses critérios para a lista federal, era dada a possibilidade de cada Estado da federação incluir outras doenças em seu elenco”.¹⁸

“Para o Estado de São Paulo, e também para o Ministério da Saúde, eram claras as inconveniências de listas muito extensas de doenças de notificação compulsória, pois levavam a um descrédito por parte dos notificantes. Além disso, a Secretaria de Estado da Saúde não tinha capacidade operacional para dar resposta adequada às notificações que seriam geradas, caso se estendesse demasiadamente o elenco de doenças notificáveis”.¹⁹

A resolução SS nº 37 de 1977, da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo acrescentou mais cinco doenças de notificação obrigatória no Estado:

- Difteria, Chagas agudo, Esquistossomose, Malária, Encefalite por arbovírus.

Em dezembro de 1978 implantou-se o novo Sistema no Estado de São Paulo, visando conhecer e controlar as 19 doenças de notificação obrigatória, bem como surtos e epidemias de qualquer doença infecciosa e outros agravos inusitados à saúde.

¹⁸ ESCRIVÃO Jr., A. op. cit., p. 109.

¹⁹ ESCRIVÃO Jr., A. op. cit., p. 110.

A nova sistemática introduziu um elenco de medidas para o controle das doenças de notificação e modificou o sistema de informação da norma SS nº 07/71, criando novos instrumentos de fornecimento de dados e instituindo fluxos ascendentes e descendentes entre os vários níveis da Secretaria Estadual e com o Ministério da Saúde. Tais atividades estão normatizadas pelo Manual de Vigilância Epidemiológica. Normas e Instruções de 1978.

Em outubro de 1979, através da Portaria Bsb nº 608, o Ministério da Saúde ampliou o elenco de doenças de notificação compulsória em nível nacional. Através dessa Portaria, para o Estado de São Paulo deveriam ser incluídas quatro novas doenças a saber: oncocercose, filariose, coqueluche e casos ambulatoriais de sarampo. Tais alterações não foram implementadas no Estado até o momento por motivos técnicos operacionais.

Em 1982, através do Ofício Circular CIS 43/82, foi incluída temporariamente a leptospirose no elenco de doenças de notificação compulsória, incluída definitivamente no ano seguinte, sendo acrescentada normatização correspondente no manual de vigilância. Em 1983, por meio de outro ofício circular do Centro de Informações - CIS, considerou-se a AIDS como agravo inusitado à saúde, passando a ser objeto de notificação e investigação epidemiológica.

Em 18/10/84, através da Resolução SS nº 69 do Gabinete do Secretário foi acrescentado ao elenco de doenças de notificação compulsória para a área do município de Cubatão, os grupos nosológicos abaixo relacionados:

- dermatoses ocupacionais;
- pneumopatias ocupacionais;
- fluorose;
- doenças hematológicas conseqüentes de manipulação de produtos orgânicos;
- surdez profissional.

Vêm sendo implantados desde então instrumento de registros de dados, fluxos ascendentes e descendentes para os mesmos, e Manual de Vigilância Epidemiológica para esses agravos.

Situação Atual

O Sistema de Vigilância Epidemiológica foi idealizado para a coleta de dados, produção de informação, normatização e avaliação das medidas de controle das doenças de notificação compulsória. Sua estrutura será especificamente abordada em outro módulo. Não obstante, convém referir que, enquanto programa desenvolvido pelos Centros de Saúde e Distritos Sanitários (e apoiado pelos níveis regionais e centrais), sua performance está estreitamente vinculada a qualidade do trabalho a nível local. Sofre, por conseguinte, todas as limitações historicamente conhecidas

nesse nível. Decorre do exposto que a análise da situação atual, embora permita identificar inúmeros aspectos comuns para todo o Estado, omite necessariamente as diferentes características que o Sistema, adquire nas várias regiões administrativas. De uma maneira geral o sistema no entanto, tem permitido o avanço no conhecimento das condições de surgimento das doenças de notificação e inclusive a melhoria das ações de controle. Por outro lado, o ritmo de desenvolvimento do Sistema é limitado por obstáculos de natureza variada.

As informações produzidas pelo Sistema têm subsidiado (embora de maneira asistemática) as atividades de vacinação, não apenas no que tange às estratégias de vacinação de rotina, como também para a detecção de mudanças na faixa etária atingida, identificação de população suscetíveis e avaliação da eficácia da vacinação.

A identificação de surtos e epidemias que tem ocorrido em várias regiões do Estado, bem como as medidas de controle desencadeadas pela ação dos Centros de Saúde, apresentam um implemento gradativo em cobertura e eficácia. No entanto, tais atividades ainda não têm um caráter "preventivo" e "rotineiro", e parecem ter como principal motivo de seu desencadeamento as pressões da população durante esses episódios.

A investigação epidemiológica dos casos aparentemente tem permitido o desenvolvimento de medidas de controle voltadas para seus comunicantes (vacinação de bloqueio e diagnóstico precoce por exemplo) e para seus ambientes domiciliares e/ou institucionais.

O conhecimento de novos agravos à saúde, AIDS por exemplo, ou de possíveis modificações na epidemiologia de doenças há muito conhecidas, como a ocorrência de tracoma na região de Bebedouro e a diminuição da gravidade de febre tifóide no Estado, são exemplos de avanços que, apesar das inúmeras deficiências, o Sistema de Vigilância tem permitido observar.

A integração intra-institucional, entre as várias Coordenadorias, Institutos e Hospitais e interinstitucional, com as prefeituras, Centro de Controle de Zoonoses, Sabesp, Cetesb etc., vem sendo paulatinamente tentada, com inúmeras dificuldades e alguns avanços.

Uma experiência bem sucedida de integração deu-se com a realização do grupo de trabalho para produção do material de treinamento em Vigilância Epidemiológica, envolvendo vários profissionais da equipe técnica da CSC e de seus Departamentos e outros vinculados ao CIS, Instituto de Saúde, Instituto Adolfo Lutz em nível central da Coordenadoria de Serviços Técnicos Especializados, Superintendência de Controle de Endemias (SUCEN), além de técnicos de órgãos externos à Secretaria Estadual como a Prefeitura de São Paulo.

Os integrantes do grupo puderam vivenciar de forma muito positiva a experiência inovadora da preparação de um treinamento que objetivava ultrapassar o simples

aprendizado de habilidades para o correto preenchimento de impressos, manutenção de fluxo adequado de dados para níveis centrais e execução de algumas ações de controle, tal como acontecia em treinamentos anteriores. A partir da análise crítica dos textos constantes do Curso Básico de Vigilância Epidemiológica (CBVE), produzidos pelo Ministério da Saúde, o grupo optou pela arriscada tarefa de planejar o treinamento baseando-se na complexidade do Sistema de Vigilância Epidemiológica do Estado de São Paulo, e sua realidade epidemiológica, incluindo temas e métodos que possibilitem desenvolver no treinando a habilidade para a análise descentralizada dos dados, permitindo também o desenvolvimento da criatividade em seu trabalho e o senso crítico na apreensão de sua realidade.

Embora de maneira bastante lenta, o Sistema tem influenciado, desde sua implantação, o desenvolvimento de uma ampla parceria em vários campos, dos quais podem ser citados o Instituto Adolfo Lutz e o Hospital Emílio Ribas (HER). Em relação ao primeiro, observa-se um progresso (embora lento e conflituoso) no sentido de adaptar-se as necessidades do Sistema, fornecendo retaguarda para o diagnóstico de doenças de notificação compulsória. Papel muito importante desenvolve a Seção de Epidemiologia do HER, que tem permitido, desde a sua implantação, em 1978, uma progressiva agilidade nas ações em nível domiciliar, principalmente na Região Metropolitana da Grande São Paulo, devido à melhoria na velocidade da comunicação de casos para o nível local, detectando precocemente surtos e servindo de apoio técnico fundamental nas questões de critérios diagnósticos, entre outras.

Quanto às dificuldades para o desenvolvimento adequado do Sistema de Vigilância Epidemiológica, pode-se dizer que elas, de certa forma, estão presentes desde o momento dos primeiros estudos para a sua implantação. Já no relatório do grupo de trabalho constituído em 08/03/73, sob a coordenação do Diretor da Divisão de Epidemiologia do DTN, para "Estudos e Implantação do Sistema Epidemiológico da Secretaria de Saúde" podem ser encontradas referências a essas dificuldades. Reproduzem-se abaixo alguns trechos destes documentos, a título de ilustração:

"Os dados de mortalidade são registrados em boletins da Secretaria da Saúde do Estado denominados mapa Demográfico-Sanitário. Esses dados, assim como os demais contidos neste mapa, não são processados e publicados por falta de uma infra-estrutura adequada... Estes dados não preenchem todas as necessidades do setor saúde e são processados e divulgados com mais de três anos de atraso".

"Doença de notificação compulsória (...) A proporção de notificações registradas em função de número real de casos é ainda pequena, o preenchimento dos dados freqüentemente se faz de maneira incompleta e a transmissão do nível local para o central se faz geralmente com bastante atraso, por vezes mais de 5 meses. Esta situação se deve em grande parte à precariedade de supervisão e falta de programas educativos dirigidos à classe médica e demais profissionais de saúde, bem como à população em geral sobre a importância da notificação".

“A dinamização e supervisão para o preenchimento mais adequado dos dados e a transmissão mais rápida dos boletins serão realizadas pela C-Pr em cooperação com a Divisão de Epidemiologia do DTN (...) a ampliação do Sistema de Notificação Compulsória, o entrosamento com o Instituto Nacional de Previdência Social e as demais instituições de Saúde serão de fundamental importância”.

Durante o ano de 1978, uma avaliação dos recursos humanos e materiais existentes na região metropolitana de São Paulo, com o objetivo de programar a implantação do Sistema de Vigilância, revelou uma situação não homogênea, mas de precariedade geral de recursos. Em quatro Distritos, por exemplo, as atividades não puderam ser implantadas pro falta de médicos sanitaristas, telefones, viaturas, visitantes, além de outros recursos fundamentais.

Após a implantação do Sistema em todo o Estado (dezembro de 1978) foram realizadas várias reuniões de avaliação e um seminário, organizado com este mesmo fim, em setembro de 1980, envolvendo os vários níveis do Sistema. Em todos esses eventos e particularmente neste seminário, surgiram críticas contundentes à carência de recursos humanos e materiais na rede da Coordenadoria de Saúde da Comunidade. A importância desses fatores limitantes para o desenvolvimento da vigilância evidencia-se pelo fato de que a principal proposta do encontro, aprovado pelo Secretário de Saúde da época, foi a realização de dimensionamento de pessoal a ser contratado.

Uma revisão crítica do Sistema de Vigilância Epidemiológica, efetuada para Simpósio no II Congresso Paulista de Saúde Pública (17 a 21 de abril de 1983), abordava mais uma vez a questão das dificuldades para o bom desempenho do programa, cujos pontos principais referem-se a seguir:

- Pouca conscientização dos profissionais médicos e dos responsáveis pelos Serviços de Saúde sobre a importância da notificação e investigação de casos, refletindo-se na quase ausência de notificações espontâneas por parte dos serviços e em sua resistência ao trabalho de investigação dos Centros de Saúde. Frequentemente, os hospitais não notificam, quando o fazem coletam imprecisamente o endereço dos casos, dificultando a investigação domiciliar, sendo que os dados incompletos dos prontuários chegam por vezes a inviabilizar a investigação hospitalar.
- De parte da Secretaria da Saúde evidencia-se uma carência de recursos nas unidades sanitárias, os quais são disputados pelo diversos tipos de atividades de Vigilância, limitando-se à investigação dos casos notificados e adoção de medidas de controle normatizadas no manual. Aliam-se a esse quadro a falta de condição para a busca ativa de casos, realização de inquéritos epidemiológicos, análise e divulgação ampla dos dados e informações produzidas pelo Sistema, ou outras atividades “menos obrigatórias”.
- A atividade de coordenação do Sistema de Vigilância a nível do Distrito Sanitário restringe-se ao mínimo imprescindível, dado o grande número de

outras necessidades, principalmente as de cunho administrativo, que ele precisa atender. A coordenação em nível regional e central padece de problema semelhante, uma vez que não se dispõe de estrutura e funcionamento adequados ao atendimento das necessidades. O treinamento e a supervisão, atividades fundamentais desses níveis, apresentam-se conseqüentemente comprometidos.

- Nas considerações finais, sugere-se a necessidade de priorização da vigilância pelos ocupantes dos cargos de mando, a iniciar-se pelo Secretário da Saúde, desenvolvendo ações políticas junto a outros órgãos de assistência médica e controle ambiental, bem como dirigidos à população em geral.

Além dos citados, um problema sempre levantado nas avaliações do SVE é a demora do retorno dos dados processados a nível central para os níveis mais periféricos do Sistema.

Em fevereiro de 1984, o grupo de trabalho constituído pelo Secretário de Saúde para avaliar o material de treinamento em Vigilância Epidemiológica proposto pelo Ministério da Saúde elaborou documento que recoloca a questão da carência de recursos na rede e falta de estrutura nos níveis Departamental e Central abordados nas avaliações anteriores e acrescenta outros pontos abaixo resumidos:

- Necessidade de descentralização do conhecimento em Vigilância Epidemiológica para que as equipes técnicas dos diferentes níveis assumissem o papel da análise epidemiológica de suas áreas, assim como a avaliação do Sistema e revertissem a situação atual da transformação do Sistema de Vigilância em um fluxo de papéis, ou seja, a hipertrofia do valor dos instrumentos e concomitante desvalorização das ações de análise.
- Necessidade de mudança na postura dos profissionais médicos dos vários níveis com relação a assumir efetivamente a coordenação das ações de Vigilância Epidemiológica.
- Equacionamento dos problemas de recursos humanos.
- Melhoria na integração dos diferentes órgãos da Secretaria envolvidos em vigilância e destes com outras instituições, principalmente INAMPS e Prefeituras.
- Adaptação da Vigilância à realidade do Estado de São Paulo, contemplando outros tipos de doenças e agravos à saúde e o uso da epidemiologia em planejamento de saúde.
- Elaboração de material de treinamento adequado aos profissionais de saúde das outras instituições notificantes e pessoal auxiliar dos vários níveis do Sistema de Vigilância, além do material a ser produzido para a equipe multiprofissional da Secretaria.

Observa-se no quadro exposto a fragilidade do Sistema de Vigilância Epidemiológica para atender aos seus objetivos de produção de conhecimento sobre a realidade de saúde e de intervir no controle de doenças específicas.

Nas situações epidêmicas, agudizam-se e exteriorizam-se as dificuldades do Sistema, constituindo-se em momentos de grande pressão para implantação de alterações da estrutura do Sistema que não necessariamente atenderam à complexa problemática apresentada.

Seria oportuno referir, finalmente, que o uso da informação produzida pelo Sistema é ainda insignificante, quando se pondera a relevância de a mesma retornar à população e aos serviços notificantes. Tal distorção é parcialmente responsável pela pouca importância dada pelos profissionais, serviços de saúde e população em geral ao Sistema de Vigilância.

O conteúdo de todos os documentos consultados permitiu vislumbrar a evolução da vigilância de seu passado recente a um momento particularmente importante de reavaliação e tomada de novos caminhos.

Depreende-se deles que, se muitos problemas atuais remontam de longo tempo, certos avanços puderam ser identificados no Sistema no Vigilância em nosso Estado.

Perspectivas

Nos últimos anos, percebeu-se uma mudança de perfil de saúde de nosso país. Ainda que as doenças transmissíveis continuem a atingir a nossa população de maneira importante, as doenças crônicas e degenerativas do adulto, os acidentes, as doenças relacionadas ao trabalho e a contaminação ambiental têm cada vez maior importância. Configura-se assim um verdadeiro mosaico epidemiológico em que confluem problemas característicos das sociedades subdesenvolvidas e problemas mais prevalentes nas sociedades chamadas desenvolvidas.

As ações de Vigilância Epidemiológica deverão estender-se a esses problemas, além da desnutrição e outros agravos importantes em nosso meio.

A Vigilância Epidemiológica, como uma área de aplicação da epidemiologia, utiliza o métodos epidemiológico para a análise da situação das doenças de notificação compulsória definindo alternativas de ação para o controle. O domínio do método epidemiológico poderá abrir outras perspectivas de trabalho em nível regional e local, pois este poderá ser utilizado em diversas áreas como diagnóstico do perfil de saúde de uma população, determinação de prioridades, propostas alternativas de intervenção e de opções tecnológicas, avaliação de estratégias, programas e serviços de saúde, no sentido de se compreender aspectos relacionados à sua cobertura, qualidade do atendimento, grau de aceitação e satisfação da comunidade etc. Um exemplo disso foi o estudo que mostrou ser a TRO (Terapia de Reidratação Oral) a melhor opção para prevenção e tratamento de desidratação.

Para a avaliação do estado de saúde da população será necessário não só rever o elenco de doenças sob Vigilância Epidemiológica, como também realizar inquéritos epidemiológicos e incluir outros indicadores de saúde.

Os distintos grupos da população têm características específicas determinantes pelos fatores do ambiente biológico, físico, sócio-econômico, cultural que determinam suas condições e nível de vida. O grau de exposição destes grupos humanos a riscos de diferentes tipos e magnitudes associados a estes fatores, condiciona seus diversos perfis de saúde. Neste sentido, a formação de equipes multidisciplinares em epidemiologia poderá permitir transcender a simples agregação de conceitos e práticas, para uma melhor compreensão dos problemas de saúde.

A partir da análise contínua da situação de saúde, detectar-se-ão as lacunas do conhecimento que não possam ser resolvidas com a informação existente e que deverão desencadear atividades de investigação epidemiológica segundo prioridades de cada área, baseadas na análise de sua realidade e orientadas para resolver os problemas mais importantes.

Como perspectivas concretas e a curto prazo têm-se a possibilidade e os recursos para elaborar este treinamento capacitando o pessoal de nível local para a análise de dados e tomada de decisões para a ação. Pelo melhor conhecimento crítico do Sistema de Vigilância, o pessoal de nível local terá condições de discutir uma nova prática da Vigilância, melhorando o funcionamento do sistema atual.

Vigilância à Saúde: Epidemiologia, Serviços e Qualidade de Vida

**Maria de Fátima Marinho de Souza
Artur Olhovetchi Kalichman**

Artigo extraído do livro
Saúde & Sociedade, da Professora
Maria Zélia Rouquayrol,
4ª edição, Editora Médica e Científica Ltda, Rio de Janeiro, 1988.

Vigilância à Saúde: Epidemiologia, Serviços e Qualidade de Vida

Bases Conceituais Introdutórias: Saúde e Qualidade de Vida

A vigilância à saúde é uma questão recente, trazendo consigo uma mudança no modo de entender, trabalhar e avaliar os serviços assistenciais. Aos serviços, tradicionalmente relacionados à intervenção sobre as doenças, coloca-se cada vez mais a necessidade da promoção da saúde. Isso porque, muito embora, como veremos, os serviços assistenciais não sejam totalmente omissos por referência a ações diretamente relacionadas à dimensão saúde, sua atuação tem sido minoritária e quase sempre em resposta a problemas suscitados pela presença de doenças na população, o que tem limitado a eficácia da ação nessa esfera do processo saúde-doença.

A presença da vigilância à saúde como uma questão permite reconhecer uma nova necessidade em termos de conceituação do processo saúde-doença: pensar a saúde no sentido *positivo* do conceito, aproximando-a dos problemas da qualidade de vida.

Mas, o que vem a ser “qualidade de vida”? Defini-la em termos ideais ou abstratos pode trazer a mesma dificuldade operacional para a prática nos serviços e sua organização do que a conhecida definição de “completo bem-estar”, formulada pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Dessa maneira, será preferível definir a qualidade de vida em termos já concretos. Porém, discriminar os conteúdos e principalmente os limites do que seja viver com boa qualidade de vida em sociedade introduz questões, como o padrão que se irá escolher para uma tal condição, diante da enorme variabilidade de qualidade de vida social já mundialmente existente.

Assim sendo, em caráter preliminar, há de se registrar que, em *primeiro lugar*, a qualidade de vida deve ser compreendida como sendo uma condição de existência dos homens sempre referida ao modo de viver em sociedade, isto é, dentro dos limites que são colocados em cada momento histórico para se viver o cotidiano.

Em *segundo lugar*, a qualidade de vida significa uma existência que também satisfaça as exigências e demandas que este mesmo cotidiano cria para as pessoas que compõem a sociedade em questão, cujo “viver impedido”, ou seja, não conseguir satisfazer as exigências e demandas de seu “modo de andar a vida” cotidianamente, constituirá o sofrimento que se quer reverter ou evitar, através das ações em saúde. Por isso mesmo, até o ponto dessa reflexão, é possível valer-se da conceituação que trazem Rozenfeld e Porto: “A qualidade de vida das pessoas está universalmente vinculada a dois parâmetros. O primeiro deles é o grau de liberdade que cada nação é capaz de oferecer aos seus cidadãos, ou que as distintas sociedades foram capazes de conquistar para o conjunto dos cidadãos ao longo de sua história. O segundo parâmetro balizador da qualidade de vida consiste na capacidade de usufruto das conquistas técnico-científicas pelo conjunto das populações, o que equivale a estabelecer uma

correspondência entre a idéia de cidadania e o direito de consumidor. Desta última formulação deriva a idéia de que o direito de consumidor expressa, primeiramente, o direito de ser consumidor, ainda que de forma latente” (Rozenfeld & Porto, 1992).

Contudo, em *terceiro lugar*, há de se considerar que tanto os limites quanto os conteúdos apontados para a realização da “boa” qualidade de vida estão dispostos na forma do que cada cidadão consegue obter, individual e privadamente, tal qual evidencia a conceituação citada com base na noção de qualidade de vida alcançada através do consumo de bens e serviços, consumo esse realizado por cada indivíduo singular. Nesse sentido, deve ponderar-se que as possibilidades de cada cidadão sempre encontram respostas, mas também limitações, no plano coletivo da sociedade. Isto é, satisfazer cada um por vez depende do que socialmente se consegue obter, e ao mesmo tempo do quanto e de como se consegue distribuir para o conjunto das pessoas aquilo que socialmente se obteve, introduzindo como questão para a realização da qualidade de vida no plano individual uma dada realização desta qualidade no plano coletivo da sociedade. Mas isto pode, como quase sempre se mostra concretamente, tencionar a qualidade desejada no plano de certos indivíduos ou grupos.

Trata-se de uma delicada questão ética relativamente às possibilidades de se efetivar a equidade no plano do social e no plano do somatório dos individuais. Pois, sem dúvida, o conjunto da vida social é, a cada momento histórico, balizado por um conjunto de regras, normas sociais, que disciplinam a vida em sociedade, impondo restrições a certos segmentos em prol da realização de necessidades de outros.

Isto posto, verifica-se que a noção de vigilância à saúde obriga a se pensar a problemática de equidade na qualidade de vida, além de impor uma reflexão sobre o conteúdo desta mesma qualidade, o que remete para a discussão acerca da promoção da saúde na sociedade, tal como foi apontado de início. Isso faz com que se trate, então, o polo “saúde”, do processo saúde-doença, não somente enquanto estado vital em oposição à doença, como historicamente tem sido trabalhado. Também permite, de outro lado, colocar, no seu âmbito de preocupação e trabalho, um questionamento acerca da capacidade dos serviços de responderem às necessidades de saúde da população, ou melhor, um questionamento acerca de qual resposta a essas necessidades os serviços vêm produzindo e qual sua eficácia social na direção daquelas mesmas necessidades, uma vez que os serviços têm respondido às demandas por *cuidado na doença*, direção em que se deu sua grande expansão no país, principalmente a partir da década de 60.

Deve-se observar, ademais, que esta problemática da vigilância à saúde mostra a possibilidade de pensar a assistência em saúde como produto de dois momentos articulados que se pode e se deve distinguir, para que se aprofunde a análise desta questão. São eles:

1. As ações suscitadas pela presença da doença, presença atual ou em futuro próximo em razão das condições vitais de “risco” epidemiológico.

2. As ações suscitadas pela qualidade de vida, ausente a doença como suporte da necessidade que demanda estas ações, e presente, em realidade, a perspectiva promocional, no sentido positivo do pólo saúde.

Para diferenciar esses momentos, pode-se chamar o primeiro de prática (ação ou intervenção ou ainda assistência) *em saúde* e o segundo de prática *de saúde* (Schraiber, 1992). A razão de se manter a idéia de assistência em saúde, para a primeira condição, reside no uso já tradicional desta nomeação para os serviços assistenciais que, mesmo atuando sobretudo enquanto assistência médica e intervenções sanitárias mais vinculadas à doença, recebem a designação de serviços “de saúde”. E reside, também, na incorporação nestes serviços de ações de prevenção, cuja motivação é a figura da doença, ainda que em potencial, e cuja base de operação se dá sobre o sadio, sobre a substância da saúde, identificando-a por isso a uma ação no âmbito deste pólo.

Deve-se tratar, em seguida das possibilidades de elaboração, para a condição de saúde, de uma conceituação que lhe explicita conteúdos positivos. Para tanto, será imprescindível recuperar as noções de saúde e de doença tal como têm sido elaboradas tradicionalmente na ciência moderna contemporânea. E, a partir disso, examinar como diferentes concepções podem estar informando, orientando e legitimando diversas ações assistenciais e formas de organização dos serviços de saúde.

A saúde tem sido entendida de diferentes modos, que variam desde a “ausência de doenças”, a forma mais comum de se ver esta condição vital, até, por exemplo, a já referida definição da OMS, como “bem-estar” físico, mental e social.

Podem-se identificar, também, pelo menos duas formas de se abordar a condição de doença. Uma, amparada no conceito clínico, anatomopatológico, que reconhece a doença enquanto alteração morfo-funcional do corpo. Biologicamente tratado, este corpo perde outras características que possui, tais como suas especificações sociais ou culturais, enquanto corpo de pessoas que dele se utilizam segundo demandas da vida social. Esta conceituação de doença localiza a condição vital de que trata, isto é, as alterações anatômicas e fisiológicas do “corpo patológico”, no âmbito restritivo de *corpos individuais*. Vale dizer que toma o fenômeno vital sobre o qual irá propor uma ação assistencial, sempre na dimensão de cada um em particular.

Outra, a abordagem epidemiológica da doença, a reconhece enquanto evento coletivo, característico da vida em sociedade e de seus diferentes grupamentos num dado momento histórico. Em uma espécie de complementação ao olhar clínico, a epidemiologia, reiterando a abordagem biológica, ultrapassa-a na direção da doença enquanto fenômeno coletivo e, então, se apropria das questões referentes às causas que a determinam, mesmo que a doença se manifeste individualmente (Mendes-Gonçalves, 1990).

Em realidade, a epidemiologia busca responder a questões que a própria clínica suscita para um espaço de ocorrência da doença que ela, clínica, não toma como seu

objeto de intervenção imediata: o espaço da sociedade, a doença coletivamente considerada. Esta repartição de tarefas, no plano social mais global, foi produto de uma primeira divisão de trabalho, no interior da assistência, tal como adiante será mostrado, uma vez que, na época do surgimento da medicina moderna, atribuições tão dissociadas, entre ações de saúde pública e assistência médica individual, não ocorriam (Foucault, 1980).

Esta complementariedade das ações assistenciais mostra que a saúde e a doença não podem ser tratadas como questões estanques ou situações radicalmente opostas, mas relacionadas entre si e no todo social. E, além disso, se pensada a saúde ou a doença da perspectiva que conecta o fenômeno individual que a biologia conhece com o fenômeno coletivo de que trata a epidemiologia, pode-se dizer que cada indivíduo, mesmo enquanto uma situação singular, é representado do coletivo, tendo necessidades características à sua condição de vida social, muito embora estas sejam, ao mesmo tempo, necessidades traduzidas em termos da realização pessoal e humana desses indivíduos: uma situação sempre particular.

É significativo para ilustrar este pensamento a própria consulta médica, que se desencadeia quando o doente procura espontaneamente a assistência, levando uma demanda que parece ser só sua, indivíduo particular e privado, quando “adquiriu” esta demanda pelas condições de vida e trabalho em que vive, e que são socialmente dadas. Da mesma forma, o doente motivou-se a buscar o cuidado médico, e não outro qualquer, não tão espontaneamente assim, mas por tudo o que aprendeu socialmente em termos do cuidado mais “correto”, o cuidado considerado o melhor para seu sofrimento (Schraiber, 1988).

Assim, a ocorrência de problemas que se caracterizam como agravos ou sofrimentos e se definem como doença em oposição à saúde, é inerente à vida em sociedade, sendo que apenas por referência a esta vida, isto é, a uma dada maneira de se viver e de existência coletiva, representando uma certa qualidade de vida social, é que se podem definir transgressões, e, portanto, doenças, ou então definir ajustamentos/aperfeiçoamentos, e, portanto, saúde. Nesse sentido, pode-se definir, com Ganguilhem (Ganguilhem, 1982), a doença como um viver cotidiano impedido e a saúde como a especificidade concreta que qualifica o modo, próprio de cada sociedade, de “andar a vida”.

E a definição acima pode levar-nos a considerar, de outro lado, o fato de que a saúde/doença de uma população está intimamente relacionada ao modo de produção da sociedade, porque a ele se vincula o “modo de andar a vida”. E se entende o modo de produção da sociedade como sendo a organização dos trabalhos que produzem os bens e serviços necessários à qualidade de vida em questão, organização esta que não apenas define os trabalhos e suas articulações técnicas, mas, através disso, produz e reproduz relações sociais e interpessoais. Sobre esta matriz de situações materiais e humanas se expressam diferentes condições de vida e trabalho, de saúde, adoecimento e morte.

Não obstante esse caráter imediatamente social do processo saúde-doença; não obstante tratar-se de um processo, em que a situação vital de cada indivíduo move-se de um pólo a outro de modo dinâmico e interdependente; não obstante definir-se quer a doença quer a qualidade de vida sempre em termos de agrupamentos de pessoas referidas a determinadas situações-produto de uma inserção social enquanto trabalhadores e com um dado uso do próprio corpo; não obstante tudo isto, tanto têm sido destinadas práticas e saberes diferenciados à doença e à saúde, quanto têm sido delimitadas competências institucionais de serviços também dissociadas entre si, para as intervenções sobre a individualidade de cada um ou sobre a sociedade como um todo.

Vale dizer: a prática assistencial, realizada através dos serviços de saúde, cobre sobretudo os problemas atinentes à doença e estrutura-se predominantemente como assistência médica individual, enquanto que as ações de saneamento ou controle ambiental, ou ações “de saúde”, são desempenhos em grande medida desenvolvidos fora dos serviços assistenciais e correspondem sempre a questões do coletivo. Também no plano institucional são práticas que se distanciam: as primeiras fazem parte dos serviços públicos de saúde, que são minoritários, e dos serviços da medicina privada (estritamente particular ou conveniada com a medicina previdenciária); ao passo que as ações coletivas são sempre operadas pelo setor público e objeto das políticas de governo.

Assim sendo, na prática das intervenções sobre o processo saúde-doença encontram-se separados os saberes epidemiológico e clínico, bem como as técnicas correspondentes e os serviços que as organizam e as produzem como trabalho em saúde, na sociedade. Isto faz parecer que a complementariedade desses trabalhos possa ser apenas uma questão de se somar ou justapor estas diferentes intervenções.

Queremos mostrar, porém, um conceito diverso de assistência à saúde e apontar para uma possibilidade também diversa de uso da epidemiologia, mais particularmente no interior dos serviços assistenciais. Queremos propor uma nova modalidade de intervenção, sobretudo por referência ao cuidado individual, articulando assistência individual com questões de saúde coletiva e conectando a intervenção nas situações particulares de adoecimento ou sofrimento com as condições sociais de qualidade de vida. Essa proposta será tematizada através do conceito de vigilância à saúde.

Antes, porém, um último ponto a considerar. Trata-se do fato de que, muito além da dissociação entre a epidemiologia e a clínica, que construiu uma relação entre ambas de somatória (“complemento”) quando considerado o conjunto das necessidades sociais em saúde, ou além da dissociação entre as práticas institucionalmente organizadas, se pode verificar na história da assistência à saúde moderna um nítido valor maior dado à assistência individual e, até bem recentemente, mais à recuperação da doença do que mesmo à sua prevenção, quase inexistindo a direção de promoção à saúde. E isto significa que a separação acima mencionada dos saberes e práticas valorizou uma modalidade de intervenção, desqualificando a outra. Concretamente,

isto fez direcionar esta outra para as questões da intervenção mais valorizada, até mesmo ocultado suas exigências e problemáticas próprias, enquanto um olhar direto sobre a doença no coletivo-social. Por conseqüência, submeteu-se a epidemiologia a uma condição de dimensão reativa, subordinada à clínica, tal como foi referido. Mesmo que um complemento, no melhor e mais preciso sentido do termo, as práticas epidemiologicamente fundadas surgem, então, como práticas suplementares ou um complementar subordinado (Almeida Filho, 1992).

Ora, isso representa para esta específica proposição, considerar esta relação de poder, relação de desiguais entre saberes e práticas. Como formas de resolver problemáticas sociais, ainda que no âmbito da saúde-doença, estes saberes e práticas significam antes de mais nada proposições de “modos de andar a vida”, isto é, representam proposições de projetos sociais, ora valorizando mais o âmbito da doença, ora o da saúde, ora o das questões de indivíduos particulares, ora o de coletividades. Traduzem, portanto, enquanto formas tecnológicas de atender às necessidades da sociedade, formas de captar e trabalhar essas mesmas necessidades: os fatos médico-sanitário são a leitura técnica da vida social e seu projeto político.

A medicina moderna apresenta-se, antes de tudo, como uma proposição de prática sobre o social. Não há nisto nenhuma contradição com sua forma individualizante de intervir, uma vez que, se surge como a prática que irá responder, para o plano da sociedade inteira, as questões da saúde-doença, a intervenção dos serviços assistenciais neste plano coletivo ocorre fazendo a transformação das questões sociais em problemas de indivíduos particulares. Com isto torna o que ocorre no social passível de intervenção e controle por ações sobre pessoas individualizadas, nas consultas médicas ou nas ações preventivas.

Essas intervenções se dão destacando e valorizando a dimensão orgânica, o corpo anatomofisiológico isolado de sua inserção na vida social, inserção esta que, dissociadamente, como se comentou, remete para a epidemiologia e a saúde pública. Por isso se diz que este modo de proceder reduz os problemas de saúde-doença apenas para uma de suas dimensões: os fatos patológicos, objeto de conhecimento e ação médica. Ocultando-lhes as demais características, a medicina neste sentido do orgânico patológico simplifica problemas que só poderão ter resolução plena para além deste sentido.

Mas, em seu interior, os problemas são ampliados, tornando os conhecimentos e as técnicas neste âmbito bastante complexos, assim diversificando as intervenções sobre as doenças e aumentando o campo de sua competência para uma melhor atuação na doença individual. Por isso, calcada no plano individual, a medicina oferece normas de conduta dos indivíduos no plano social, assim como busca nesta dimensão da vida coletiva, e nos grupamentos epidemiológicos, as etiologias do orgânico patológico que assiste. Esta argumentação não é nova e baseia-se no conceito de “medicalização da sociedade” (Ilich, 1975).

Neste espaço de atuação da doença individual, portanto, a medicina vem desenvolvendo uma rica gama de trabalhos, que se especializam e, assim, não apenas criam progressivas necessidades de consumo de si mesma nos serviços assistenciais, como aumentam cada vez mais seu distanciamento para com práticas epidemiologicamente estruturadas, sobretudo as que se pretendem não subordinadas às questões da doença no indivíduo, como as de saúde.

O objetivo de se trazer para a discussão o tema da medicalização está dado na necessidade de se avaliar o real e o potencial papel dos serviços de saúde no enfrentamento de um quadro sanitário claramente associado às situações geradas no contexto de desigualdade e miséria social. Isto pode ser ilustrado pela recente e já muito inquietante questão da violência nas grandes cidades brasileiras. São situações de violência que se estendem a variados contextos e também ocorrem dentro dos serviços de saúde, indo, no limite, compor o quadro das estatísticas de causas de morbimortalidade.

Qual o impacto que uma ação médico-assistencial, ainda que bem executada, tem sobre um conjunto de determinações que, se ganham uma expressão ao nível dos corpos individuais, trazem sem dúvida a marca do social? Se, por exemplo, são necessários bons pronto-socorros ao atendimento aos acidentados no trânsito, seria ingenuidade tentar resolver o problema sem discutir a fundo as questões advindas de uma urbanização acelerada por processos de migração, forçada por um modelo de desenvolvimento social concentrador de rendas e de oportunidades de trabalho em alguns poucos centros urbanos.

Para enfrentar este problema, em um plano mínimo de eficácia, tem-se que articular, como política de saúde, as questões da assistência ao acidentado com aquelas atinentes aos transportes na grande cidade, enquanto que, em um plano de média eficácia, seria preciso pensar políticas de ocupação do espaço urbano, o que, para uma eficácia própria, passaria por um processo de reforma social muito mais complexo e amplo, como a delimitação das cidades, com fixação do homem no campo sob condições, no mínimo, tão atraentes de trabalho quanto a urbana, por exemplo. O mesmo raciocínio se aplica aos acidentes de trabalho e aos homicídios, guardadas as especificidades de cada uma destas questões.

É possível então, afirmar que, por mais que existam hospitais e outros serviços assistenciais, estes só conseguirão atender a uma pequena parcela das necessidades de saúde da população, pois a maior parte das ações, inclusive as mais efetivas, não podem ser resolvidas com a atenção médica individual.

De outro lado, se se considerar também a dimensão preventiva, que conforme dito compõe igualmente uma parcela dos serviços assistenciais, a ação neste caso apenas poderia deter qualquer eficácia se imediatamente tratada pelo aspecto da promoção da saúde e resgate de qualidade geral de vida, e não como intervenção sobre “riscos” das pessoas por viverem em sociedade.

Dizer, portanto, que a atenção médica é solução para todos os agravos à saúde ou as ações preventivas de “diagnóstico precoce”, é uma incorreção técnica ou uma mistificação, se se entende a saúde no plano exato em ela se realiza: o social. É, porém, uma necessidade contundente no plano individual para quem demanda uma intervenção que pode ser, literalmente, vital, como é o caso da assistência de urgência, e para a qual qualquer instituição tem a obrigação de estar preparada. Isto, porém, não pode ser assumido fora do contexto emergencial, no qual a necessidade de saúde representa risco de vida e a contrapartida da intervenção representa uma solução imediata, mas que é parcial e provisória da perspectiva de uma assistência global em um sistema de atenção à saúde.

Além da mistificação de sua resolutividade, outra faceta do processo de medicalização é ser um recorte excludente de outros componentes que não os biológicos e individuais, esterilizando outros possíveis entendimentos das demandas por assistência mesmo na doença. Esta especificidade do ato técnico traz conseqüências ao nível do “diagnóstico” e conduta sobre as queixas e problemas, diariamente apresentados pelos usuários aos serviços de saúde. Permite-se assim que espancamentos virem hematomas, que dramas e conflitos advindos de um cotidiano violento e violentador sejam captados e “tratados” como patologia ou doenças mentais. Ou seja, que problemas familiares e sociais se transformem em problemas estritamente biológicos e atinentes aos atos médicos, de forma também exclusiva.

Novamente se pode dizer que apontar para este lado redutor na medicalização do social não é uma avaliação nova: já é muito reconhecida a transformação da fome em desnutrição e a substituição da melhoria da política agrícola e distribuição dos alimentos pelos programas assistencialistas de suplementação alimentar.

Em síntese, será necessário repensar os serviços e suas técnicas de intervenção, o que remete à reorientação tanto para a clínica quanto para a epidemiologia, a fim de que possam ser saberes produtivos na nova direção da *ação de saúde*. A vigilância à saúde pode ser, para tal, um instrumento primeiro e de grande valia.

A resenha histórica (Cap. I) descreve a origem do saber epidemiológico, evidenciando o quanto vinculou-se à intervenção suscitada pela presença da doença e o quanto assumiu, para abordar a doença no espaço coletivo, ferramentas (“método numérico”, “aritmética política”, “estatística médica” etc.) e mecanismos de apreendê-la vinculados a uma disposição de “controle antecipado”: nas normas de higiene, nas reiteradas observações das epidemias, nas ações de controle do ambiente e no acompanhamento contínuo dos doentes não há como se deixar de ver um permanente vigiar, uma *vigilância sistemática*.

Sem assumir, ainda, seu conteúdo mais expressivo como movimento antecipatório à ocorrência de doenças, tal qual o de *sistema de informação*, estes procedimentos técnicos, por serem sistemáticos, como também por buscarem prevenções, demandam neste ponto um exame mais detalhado. Pois, a passagem que cria a *vigilância*

epidemiológica pode ser a chave para nova mudança de rumo na intervenção sobre o coletivo: na emergência da vigilância epidemiológica está o nascimento possível de outras vigilâncias, em busca da saúde.

A Evolução Conceitual da Noção de Vigilância em Saúde Pública

O conceito de vigilância começou a ser mais amplamente discutido somente após a Segunda Guerra Mundial, com o início da “guerra fria”. Havia uma preocupação e um risco potencial de se desenvolver uma guerra biológica, pois os níveis de tensão internacional nas décadas de 50 e 60 encontravam-se muito altos.

Os Estados Unidos passam a considerar o risco da ocorrência de uma guerra química e biológica e procuram investir no desenvolvimento de tecnologias que possam detectá-la precocemente.

Em 1951 é criado, ligado a Centro de Doenças Transmissíveis (Center for Disease Control - CDC) nos Estados Unidos, o Serviço de Inteligência para Epidemias, comandado por epidemiologistas. Este sistema baseava-se em um sistema de informação capaz de detectar uma epidemia horas ou mesmo dias antes de se tornar evidente para os serviços médicos e hospitalares.

Este termo, vigilância, é usado pela primeira vez em 1955, no estudo de uma epidemia de pólio acometendo indivíduos vacinados com o vírus inativado (vacina tipo Salk). O termo vigilância substitui a designação inteligência, ganhando um sentido de observação imediata e direta de doenças transmissíveis na comunidade e não apenas na observação dos contatos de doentes.

Naquele episódio, de controle da epidemia de poliomielite, o CDC implementou com sucesso um sistema de vigilância. “Como resultado, foi possível identificar, como causa da epidemia, a aplicação na população de dois lotes de vacina tipo Salk, produzidos pela mesma indústria” (Waldman, 1991).

A vigilância adquirirá o qualificativo de “epidemiológica” na década de 60, quando o termo é pela primeira vez usado. “Em 1963, a OMS, numa publicação a respeito do programa de erradicação da malária, define vigilância como as operações efetuadas na fase de consolidação deste programa, destinadas a descobrir, investigar e suprimir a transmissão residual, prevenir e curar infecções e comprovar se foi alcançada a efetiva erradicação da doença. Nesta fase do programa, as funções da vigilância são a busca de casos, o exame parasitológico, o tratamento, as investigações epidemiológica e entomológica e a eliminação de focos mediante a aspersão, com inseticidas de ação residual, ou tratamento em massa” (Waldman, 1991).

O Programa de Erradicação da Varíola, da Organização Mundial da Saúde - OMS, salienta, entre os principais objetivos da vigilância, a identificação de todos os casos da doença e a aplicação de medidas de controle. Neste sentido, a vigilância

amplia ainda mais seu significado inicial, deixando de ser somente um sistema de informação (ou inteligência epidemiológica), para ser também ação organizada para controle de doenças na população, passando gradativamente a incorporar ações de monitoramento, avaliação, pesquisa e intervenção. Estas definições variam conforme o autor, mas não perdem na essência o seu caráter de controle sobre o coletivo.

Com o tempo, a vigilância epidemiológica ganha um sentido mais estratégico para o seu desenvolvimento, passando a vincular-se mais aos serviços de saúde e criando um eficiente sistema de informação. A 21ª Assembléia Mundial de Saúde, em 1968, promove ampla discussão técnica a respeito, ocasião em que é aceita sua abrangência em relação a outros agravos além das doenças transmissíveis.

Posteriormente, como parte da ampliação da vigilância, uma outra prática de vigiar, referida principalmente ao consumo de produtos por pessoas, se organiza como um campo próprio de atuação, em torno da noção de vigilância sanitária. Trata-se de uma vigilância, pois, que assume pela primeira vez a característica de um vigiar “ambiental”, isto é, uma vigilância voltada para o aspecto relacional dos indivíduos com o meio ambiente, relação intermediada pelos objetos e serviços consumidos por estes indivíduos.

A vigilância sanitária expande sua atuação com a progressiva aceleração do consumo, onde é vastíssima a quantidade de produtos industrializados e de novos produtos que entram continuamente no mercado e que são de interesse para o consumo humano. Seu exercício requer uma clara fundamentação epidemiológica e ética, aplicável às múltiplas situações que se apresentam. É exercida por agentes institucionais, órgãos de defesa do consumidor, conselhos profissionais e agentes comunitários.

“Embora a comprovação de irregularidades, sejam elas intencionais ou não, e a punição dos responsáveis estivessem entre as atribuições mais significativas da vigilância sanitária desde as suas origens, essa vem a ser, nos dias de hoje, a sua face mais visível para a sociedade; é executada pelos agentes institucionais através do poder de arbítrio que lhe confere um alentado conjunto de Leis, Decretos e Portarias. Os atos de inspecionar, interditar e multar são geralmente desencadeados por denúncias de consumidores ou de concorrentes, e seu impacto maior na prevenção de novas irregularidades deve-se possivelmente ao efeito de demonstração sobre os fabricantes e distribuidores. A outra modalidade de atuação consiste no licenciamento de estabelecimentos e no registro de produtos, estes menos conhecidos da sociedade como um todo” (Rozenfeld, 1992).

De uma maneira geral, pode-se afirmar que as práticas vinculadas à vigilância visam ao controle de agravos à saúde no coletivo, procurando prevenir doenças através da monitoração constante dos riscos e da observação, buscando detectar o aparecimento de casos novos de doenças ou de novas doenças ou outros problemas resultantes do uso de substâncias de consumo humano. Basicamente, este controle do coletivo ocorre por intermédio do controle e da observação do caso, ou seja, da

pessoa ou pessoas doentes; e do constante monitoramento e observação dos fatores de risco, sejam químicos, físicos ou biológicos.

Epidemiologia, Saúde Pública e Vigilância no Brasil

As práticas de intervenção voltadas para o coletivo ganham um maior desenvolvimento no Brasil a partir da chegada da Família Real Portuguesa, em 1808.

Com a mudança da sede do governo português para o Brasil, a Colônia ganha importância, e a abertura dos portos, com consequente intensificação do comércio, exige várias instituições até então inexistentes, dando uma outra vida à antiga colônia que, em 1815, passa à condição de Reino Unido a Portugal e Algarve.

As preocupações com a saúde da população e, principalmente, com a saúde da Corte, trouxeram uma nova organização para o governo, onde se busca o controle das epidemias e do meio ambiente.

Em 1808, D. João VI cria um órgão responsável pela saúde pública, a Fisicatura. Ainda naquele ano, D. João consulta o Físico-mor Manoel Vieira da Silva, pedindo opinião dos médicos sobre as causas das doenças e o modo de removê-las. A resposta do Físico-mor esboça a idéia de organização de uma Política Sanitária da cidade, incorporando para o âmbito da Fisicatura os problemas de higiene do urbano.

No parecer do Físico-mor, o ar é o principal causador de doenças, pois carrega gases pestilenciais, originados de matéria orgânica em putrefação, resultado de águas estagnadas nos pântanos, onde se decompõem substâncias animais e vegetais; dos cemitérios, que, na maioria das vezes, localizavam-se no centro das cidades e "infeccionam o ar" (Machado *et al.*, 1988). Para combater a estes males propunha-se a urbanização da cidade, com aterro de pântanos, demarcação de ruas e lugares de construção, organização de uma rede de água e esgoto, organização dos cemitérios, criação de normas higiênicas para o enterro dos mortos etc.

"Um outro tipo de causa se liga à alimentação. Deve-se combater, neste caso, o mal estado das carnes, peixes, farinha, vinhos, vinagres e azeites. Surge então a necessidade de controlar o comércio, os matadouros, os açougues, e de criar um curral para o gado que vem ser abatido na cidade. Outra causa de doença se liga à circulação das pessoas e mercadorias através dos portos. Para evitá-la, propõe-se a criação de um lazareto para a quarentena dos escravos portadores de moléstias epidêmicas e cutâneas" (Machado *et al.*, 1988).

Destas citações se pode depreender que o caso brasileiro não é totalmente estranho ao movimento da Saúde Pública no Ocidente, de modo geral. Assim, as práticas que aqui se desenvolvem também acompanham a evolução dos modelos de trabalho já referidas, passando do Saneamento e Campanhismo para a constituição de uma Rede de Serviços de Saúde Pública, do tipo centro de saúde, ligado ao movimento de implantação da Educação Sanitária (Merhy, 1992).

Contudo, o caso brasileiro apresenta uma rica e importante particularidade: a participação do Estado, cuja presença como regulador e produtor direto de serviços, na esfera do controle sobre o processo saúde-doença não se ateve à Saúde Pública, isto é, à intervenção direta sobre a dimensão coletiva do processo. Desde muito cedo, no desenvolvimento da nação brasileira, seu Estado se coloca também como regulador e principalmente produtor direto, mesmo que pela compra de serviços de terceiros, da Assistência Médica Individual. Trata-se da conhecida Medicina Previdenciária, que, enquanto um dispositivo social também pertencente ao Estado, passa a competir com a Saúde Pública por recursos públicos e organismos de prestação de serviços da rede estatal.

A situação torna-se extremamente peculiar ao país, se comparada com a de outros países, quando, a partir da década de 60, a modalidade clínica de intervenção ganha progressivo espaço nas preocupações da política estatal para as questões da saúde e da doença, ficando a saúde pública com um papel progressivamente marginal, com poucos recursos e pouca importância política no interior dessas questões. Nos anos 80, com a crise financeira da Medicina Previdenciária, entra em colapso seu aparato institucional e sua política de expansão de cobertura assistencial à população, emergindo, também como uma proposição singular às condições brasileiras da medicina e da assistência em saúde pública, a formulação de um sistema de saúde tendencialmente único (SUS), passando por uma etapa intermediária de unificação e descentralização das várias modalidades de assistência pública anteriores, no SUDS.

A proposição, enunciada na atual Reforma Sanitária (detalhes no Cap. 18), promove a introdução da assistência médica individual nos serviços de saúde pública, que passam a ser vistos como serviços assistenciais de saúde, trazendo como nova questão para estes serviços a *integração* entre estas suas várias modalidades de intervenção: as práticas de controle e prevenção dirigidas para o coletivo e as práticas de tratamento dos doentes e prevenção individual do adoecimento (Nemes, 1990).

Também no interior das práticas específicas de vigilância ocorrem mudanças, que resultam na dissociação de suas modalidades intensas de intervenção. As ações de observação, monitoramento e controle dos doentes e meio ambiente vão se diferenciando. Algumas, como o saneamento, passam para a responsabilidade de outros setores, e o controle de doenças desencadeadas por alimentos, bem como a fiscalização destes e de outras substâncias de consumo, organizam-se de forma autônoma, perdendo a vinculação anterior. Aos poucos o controle de doenças transmissíveis passa a organizar-se em torno da vigilância epidemiológica. A fiscalização de substâncias de consumo humano, por sua vez, o que inclui o controle dos serviços de saúde, enquanto um não muito bem definido controle de qualidade de mais um item do consumo, passa a organizar-se em torno da vigilância sanitária.

A vigilância epidemiológica foi introduzida, “oficialmente”, no Brasil, como atividade dos serviços de saúde, durante a campanha de erradicação da varíola, no início da década de 70 (Waldman, 1991). O Ministério da Saúde procurou organizar em todos os estados as Unidades de Vigilância Epidemiológica (UVE), com a função de organizar um sistema eficiente de notificação semanal, com vistas à adoção de medidas adequadas para controlar as doenças.

Em 1975, em meio a uma grave crise sanitária no país, com epidemia de meningite, aumento da mortalidade infantil e grande aumento dos acidentes de trabalho, é promulgada a Lei nº 6 229, que dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde, estabelecendo um conjunto de princípios racionalizadores que define o papel dos órgãos de saúde, suas atribuições e organização.

Em 1976 são criados o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE) e o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS). Estas atividades se organizaram burocraticamente com ações fragmentadas e pontuais. A vigilância epidemiológica responde pelo controle das doenças transmissíveis e a vigilância sanitária é responsável pela fiscalização de portos, aeroportos, fronteiras, medicamentos, alimentos, cosméticos e bens. E, apesar dessas atividades terem sido ampliadas e de serem definidas inter-relações entre as duas estruturas de vigilância, a autonomização dessas práticas se consolidou.

De suas características básicas pode-se dizer que:

Quanto à Vigilância Epidemiológica

- Abrange exclusivamente doenças infecciosas de notificação compulsória e agravos inusitados à saúde, o que a caracteriza como um sistema de vigilância passivo.
- As ações de vigilância epidemiológica serão de responsabilidade imediata de uma rede especial de serviços e saúde, de complexidade crescente, habilitados para essa finalidade, sob a coordenação do Ministério da Saúde, para a coleta de informações básicas necessárias às ações de controle, cuja execução ficará sob sua responsabilidade.
- A UVE (Unidade de Vigilância Epidemiológica) é a menor unidade do SNVE.
- O SNVE é um sistema de informação para ações de controle e para avaliação do desempenho desta última.
- Tem como fontes de informação básica para seu sistema a notificação compulsória de doenças; as declarações de atestados de óbitos; os estudos epidemiológicos realizados pelas autoridades sanitárias; as notificações de agravos inusitados e as das demais doenças que, pela ocorrência de casos julgados anormais, sejam de interesse para a tomada de medidas de caráter coletivo (detalhes no Cap. 16).

Quanto à Vigilância Sanitária

- Em 1976, é criada a Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária, ligada ao Ministério da Saúde.
- Segundo a definição do Ministério, a vigilância sanitária constitui um conjunto de medidas que visam elaborar, controlar a aplicação e fiscalizar o cumprimento de normas e padrões de interesse sanitário relativos a portos, aeroportos e fronteiras, medicamentos, cosméticos, alimentos, saneantes e bens, respeitada a legislação pertinente, bem como o exercício profissional relacionado com a saúde.
- Ocorre uma nítida distinção de conceituação entre a vigilância epidemiológica e vigilância sanitária.
- Elaboração de normas e padrões, pressupondo a existência de legislação específica.
- Controle de aplicação e fiscalização do cumprimento de normas e padrões.
- Não tem um sistema de informação bem organizado e articulado em suas diversas partes.
- Predomínio do caráter burocrático e fiscalizador (detalhes no Cap. 17).

A Vigilância à Saúde Hoje

De todas as considerações anteriores se pode, em conclusão, apontar para as novas questões emergentes que se colocam para as práticas de vigilância. De um lado, tem-se a problemática derivada do progressivo fracionamento do espaço coletivo de expressão da doença na sociedade, objeto original destas práticas. Sua repercussão no plano do trabalho em saúde foi a dissociação, como demonstrado, das ações institucionais, diluindo, portanto, a responsabilidade pública e sua eficácia social. A menos que se enfrente a questão da *integralidade das ações* neste plano tecnológico, problemática atual a ser tratada pela vigilância, o controle sobre um coletivo que permanece único, qual seja, a vida na sociedade brasileira, restará sempre incompleto.

É conseqüência desta primeira problemática que, de outro lado, encontra-se comprometida a capacidade das demais intervenções em saúde, agora já correspondendo tanto às práticas epidemiológicas quanto às práticas clínicas no interior de serviços comuns, de responder ao conjunto global de demandas e de necessidades de saúde que lhe coloca a população. Enfrentar a particular questão da integralidade destas práticas específicas, *articulando-se conseqüentemente as várias instituições de serviços* médicos e sanitários, em todos os níveis de especialização e complexidade no trabalho, parece ser, de modo subjacente, uma segunda problemática a se tratar.

Por fim, uma terceira e radicalmente nova problemática, tal como logo de início foi destacada, será a de se enfrentar uma reflexão que apenas muito timidamente se esboça: o conceito amplo e positivo de saúde e a *necessidade de construção de uma prática que deve ter como objetivo principal contribuir para a mudança das condições de vida e trabalho da população*. E não haverá como conduzir esta reflexão se não se indagar previamente acerca do que seja a qualidade de vida em sociedade em geral e no particular contexto da sociedade brasileira. Considerando, para tanto, os problemas já colocados relativamente à distribuição equânime no conjunto social das conquistas que beneficiam a vida coletiva, não resta dúvida de que tal indagação se inicia obrigatoriamente pelo exame do que significará a qualidade no plano coletivo, sem que isto anule as necessidades variadas que se colocam no plano do individual.

Por tudo isto, a vigilância à saúde pode ser um instrumento para a construção de uma nova modalidade de atenção: outra forma de ver a intervenção sobre o coletivo e o individual e outras questões para o saber científico sobre a saúde e a doença. Transformando, a partir dessas mudanças, o modelo de organização tecnológica do trabalho em saúde, a prática da vigilância ousará, através dele, a inscrição de um outro “modo de andar a vida” em sociedade.

Referências Bibliográficas

1. ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia sem números*. Campus/Elsevier, Rio de Janeiro, 1989.
2. ALMEIDA FILHO, N. *A clínica e a epidemiologia*. APCE/ABRASCO, Rio de Janeiro, 1992.
3. AYRES, J.R.G.M. *A epidemiologia e o projeto emancipador nas práticas de saúde: a crítica da razão instrumental na constituição histórica da ciência epidemiológica*. Dissertação de Mestrado, FMUSP, São Paulo, 1991.
4. GANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. Forense Universitária, Rio de Janeiro, 1982.
5. FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica*. Forense Universitária, Rio de Janeiro, 1980.
6. FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Graal, Rio de Janeiro, 1982.
7. ILICH, I. *A expropriação da saúde*. Nêmeses da Medicina. Nova Fronteira, Rio de Janeiro, 1975.
8. MACHADO, R; LOUREIRO, A; LUZ, R & MURICY, K. *Danação da norma*. Graal, Rio de Janeiro, 1988.
9. MENDES-GONÇALVES, R.B. *Reflexão sobre a articulação entre a investigação epidemiológica e a prática médica a propósito das doenças crônicas degenerativas*. In: *Epidemiologia teoria e objeto*. Cap. 2. HUCITEC/ABRASCO, São Paulo, 1990.
10. MERHY, E.E. *O capitalismo e a saúde pública*. Papirus, São Paulo, 1992.
11. NEMES, M.I.B. *Ação programática em saúde: recuperação histórica de uma política de programação*. In: *Programação em saúde hoje*. Cap. 2. HUCITEC, São Paulo, 1990.
12. OLIVEIRA, J.A. de A. & TEIXEIRA, S.M.F. *Imprevidência social*. Vozes, Rio de Janeiro, 1986.
13. ROZENFELD, S. & PORTO, M.A. *Vigilância sanitária: uma abordagem ecológica da tecnologia em saúde*. In: *Saúde, ambiente e desenvolvimento*. Vol. II. HUCITEC/ABRASCO, São Paulo, 1992.
14. SHCRAIBER, L.B. *Medicina liberal e incorporação da tecnologia; as transformações históricas da autonomia profissional dos médicos em São Paulo*. Tese de doutorado, 1988, FMUSP.
15. SHCRAIBER, L.B. *Epidemiologia em serviço: uma tecnologia de que tipo?* II Congresso Brasileiro de epidemiologia da ABRASCO, Belo Horizonte, 1992. mimeo.
16. WALDMAN, C.A. *Vigilância epidemiológica como prática de saúde pública*. Tese de Doutorado FSP-USP. São Paulo, 1991.

Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac”

Dr. José Cássio de Moraes

Coordenadoria dos Institutos de Pesquisa

Dr. Luiz Jacintho da Silva

Secretaria de Estado da Saúde

Dr. José da Silva Guedes

Governo do Estado de São Paulo

Dr. Mário Covas

Coordenação

Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac”

*Divisão de Desenvolvimento de Pesquisa
e Capacitação em Epidemiologia*

INSTITUIÇÕES PARTICIPANTES

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo
Coordenadoria dos Institutos de Pesquisa
Instituto de Infectologia Emilio Ribas
Instituto de Saúde

Coordenadoria de Saúde da Região Metropolitana da Grande São Paulo

Diretoria Regional de Saúde DIR I - Capital

Coordenadoria de Saúde do Interior
Diretoria Regional de Saúde DIR XVI - Presidente Prudente

Superintendência de Controle de Endemias

Secretaria Municipal de Saúde de Santos

Secretaria Municipal de Saúde de Bertioga

Prefeitura Municipal de São Paulo
Departamento de Parques e Áreas Verdes

Ministério da Saúde
Fundação Nacional de Saúde - Centro Nacional de Epidemiologia

TBVE - Módulos Básicos

Coordenação

Márcia Oliveira

Inês Kazue Koizumi
Marilda Aparecida Kersul Milagres
Márcia Caraça
Vera Lúcia Gattás
Expedito José de Albuquerque Luna
Marinês Gonzales
Elizabete Maria Nunes
Rosária Grimaldi Campos
Aluísio Bichir
Neuma Terezinha Hidalgo
Regina Lúcia Laudari
Beatriz Aparecida Fortes Perrenoud
Cláudio Maierovich Pessanha Henriques
Carlos Henrique M. Maletta

Ana Maria Figueiredo
Giselda Katz
Cecília Goe Porto Alves
Doralice de Souza
Ciro Rossetti Neto
Hilda Cintra Franco
Sandra Franzose
Florize Malvezzi
Eduardo Hage Carmo
Ana Maria Johnson de Assis
Maria Goretti de Godoy Souza
Luiza de Marilac Meireles Barbosa
Natal Jatai de Camargo

Colaboradores

Maria Lúcia Rocha de Mello
José Olímpio de Albuquerque
Márcia Regina Buzzar
Maria Tereza Jahnel
Maria Josefa Penñon Gonçalves
Cristiano Corrêa de Azevedo Marques
Liana Soares
Tatiana Patrícia de Almeida Lopes

Anestor de Brito
Cecília Aparecida Alexandre
Rosemari de Oliveira Moraes
Claudia Maria Cardoso
Vera Lúcia Benachio Sodré e
Todo corpo técnico e administrativo do
CVE

Revisão

Liana Soares

Editoração e Projeto Gráfico

Nelson Francisco Brandão

Apoio Financeiro Programa Nacional de Controle de Doenças
Sexualmente Transmissíveis e AIDS
Secretaria de Projetos Especiais de Saúde
Ministério da Saúde

Coordenação

Vera Lúcia Gattás

Elaboração

Ana Maria Johnson de Assis
Eduardo Hage Carmo
Edwin Antônio Solórzano Castillo
Luiza de Marilac Meireles Barbosa
Márcia Benedita Oliveira
Maria de Fátima Calderaro
Maria Goretti de Godoy Souza
Márcia Caraça Cortáz
Natal Jataí de Camargo

Instituições Participantes

Secretaria de Estado da Saúde da Bahia
Secretaria de Estado da Saúde do Ceará
Secretaria de Estado da Saúde do Paraná
Secretaria de Estado da Saúde de Pernambuco
Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro
Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo
Centro Nacional de Epidemiologia / Fundação Nacional de Saúde

Revisão de Texto

Regina Coeli Pimenta de Mello
Waldir Rodrigues Pereira

Editoração Gráfica e Diagramação

Edite Damásio da Silva - CENEPI/FUNASA/MS
Marcos Antonio Silva de Almeida - CENEPI/FUNASA/MS

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada gratuitamente na Biblioteca Virtual em Saúde:

<http://www.saude.gov.br/bvs>

O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado gratuitamente na página:

<http://www.saude.gov.br/editora>



EDITORA MS
Coordenação-Geral de Documentação e Informação/SAA/SE
MINISTÉRIO DA SAÚDE
(Reprodução fiel do original)
SIA, Trecho 4, Lotes 540/610 – CEP: 71200-040
Telefone: (61) 233-2020 Fax: (61) 233-9558
E-mail: editora.ms@saude.gov.br
Home page: <http://www.saude.gov.br/editora>
Brasília – DF, novembro de 2003
OS 1401/2003