

Vigilância em Saúde

Paulo Sabrosa

1-Antecedentes históricos

A prática da vigilância epidemiológica, com as características atuais, teve início na Europa, no século XIX, a partir da organização do campo da saúde pública e de modelos de registro e classificação de doenças. Tinha como propósito a identificação precoce das epidemias com grande potencial de difusão e de letalidade que acompanharam a urbanização e a etapa inicial da industrialização na Europa, procurando proteger a vida e os interesses dos grupos sociais dominantes, que precisavam de tempo para se afastarem das cidades em perigo. (*W. FARR*)

Antes desta modalidade de vigilância, já haviam sido regulamentadas e implementadas ações de fiscalização sanitária com o objetivo de reordenar os espaços de trabalho e de moradia, reduzindo a exposição das pessoas a lugares insalubres, segundo as concepções da higiene e da teoria dos miasmas.

Esta proposta de controle público dos espaços urbanos, na época justificada pela necessidade de reduzir a mortalidade e assegurar a reprodução da força de trabalho, ficou conhecida como polícia médica, e foi um importante componente do movimento sanitário que deu início ao processo de transição demográfica nos centros industriais em formação.

O desenvolvimento da teoria do processo infeccioso, com a identificação de muitos agentes causais de doenças e seus modos de transmissão, veio possibilitar outras formas mais diretas de controle, que não dependiam mais de reformas da cidade e do processo de trabalho.

Inicialmente restrita ao monitoramento e controle das enfermidades transmissíveis, a vigilância de doenças tinha como principal instrumento a notificação compulsória de casos. Quando era identificado um surto, ou mesmo um caso isolado com potencial de dar início à propagação do processo infeccioso, seguiam-se ações de investigação epidemiológica, identificação do agente infeccioso, isolamento físico do doente e controle focal.

As listas de agravos de notificação compulsória, identificando aquelas doenças reconhecidas no período como problemas de saúde pública, refletiam a necessidade de controlar epidemias que podiam resultar em crises sociais e limitar a expansão econômica naquela conjuntura, marcada pelo aumento das cidades e a intensificação do comércio

internacional, acompanhada de intensificação da circulação de pessoas e mercadorias. Seguida pela emergência de processos epidêmicos em muitas partes do mundo: febre amarela, malária, cólera, tifo transmitido por piolho, febre tifóide, varíola, escarlatina, difteria e outras.

Nas colônias e países de desenvolvimento tardio, a vigilância e controle focal de processos epidêmicos, em grandes centros urbanos, áreas portuárias e nas principais frentes de expansão capitalistas, organizadas a partir de campanhas sanitárias temporárias, apresentaram uma grande efetividade, que foi alcançada independentemente de transformação das condições de vida e saúde dos trabalhadores. Tornou-se então um modelo de intervenção estratégico, amplamente reconhecido e disseminado, de importância fundamental para a reprodução das organizações sociais, naquele primeiro ciclo de globalização.

A formação do profissional de saúde pública que atuava na detecção e controle de processos epidêmicos era orientada para as áreas de microbiologia, imunologia e higiene, sendo o método experimental o modelo de validação do conhecimento que fundamentava as técnicas de saúde pública.

No Brasil, os cursos de medicina experimental e saúde pública do Instituto Oswaldo Cruz formaram diversas gerações de pesquisadores que atuaram como referências profissionais nas campanhas sanitárias focais que reduziram o impacto dos processos epidêmicos nas áreas de interesse estratégico durante o primeiro quartil do século XX, seguindo as orientações difundidas do Instituto Pasteur, na França e do Serviço de Saúde do Exército dos EUA.

Mas a grande pandemia de gripe de 1918, que acarretou mais de dez milhões de mortes, distribuídas em diversos países e todas as classes sociais, antecipou, da forma mais dolorosa, a incapacidade do modelo focal de vigilância e controle de doenças prever, controlar ou mesmo limitar o impacto de processos epidêmicos que eventualmente viessem a se adaptar à circulação naquelas redes urbanas integradas, que vieram a ser características das organizações sócio-espaciais do século XX.

Depois que os estados nacionais assumiram as funções de planejamento econômico e social, através de políticas públicas implementadas a partir de corporações burocráticas complexas, próprias do período denominado fordista ou de capitalismo monopolista de

estado, o controle de doenças passou a ser realizado através de programas institucionais permanentes, caracterizados pela rígida divisão técnica do trabalho, pela implementação de práticas padronizadas e pelo vínculo permanente do trabalhador de saúde com corporações estatais de atuação em todo o território nacional.

Técnicas de controle estatístico de qualidade utilizadas nas linhas de montagem do processo de produção industrial foram adaptadas para uso nos serviços de saúde, para o monitoramento de agravos e identificação de epidemias.

A bioestatística e a epidemiologia descritiva aplicada à análise de dados obtidos em sistemas de registro contínuo e as técnicas de programação passaram a ter um papel essencial na prática da vigilância e controle de doenças nos serviços de saúde. Vindo a ter presença obrigatória na composição dos currículos utilizados na formação dos sanitaristas. A Fundação Rockefeller, dos EUA, passou a ter um papel destacado na difusão do modelo no Brasil como em vários outros países.

As enfermidades eram consideradas ao mesmo tempo determinantes e resultantes da condição de subdesenvolvimento, e acreditava-se que as ações de controle, quando implementadas com técnica, programação e cobertura adequadas, seriam uma estratégia eficaz e eficiente de intervenção no ciclo vicioso da doença e da pobreza.

Na segunda metade do século XX, a competição entre as duas grandes potências internacionais na disputa por hegemonia, durante o período da guerra fria, incluiu também a preocupação com o desenvolvimento dos países periféricos em suas áreas de influência. Resultando, de forma coerente com o pensamento sanitário daquela conjuntura, em propostas de apoio externo a programas de controle e erradicação daquelas endemias consideradas capazes de reduzir a produtividade dos trabalhadores, utilizando transferência de tecnologia e financiamento dos países centrais para os países dependentes.

Com o envolvimento dos estados nacionais e as agências internacionais em campanhas de erradicação de doenças, a vigilância epidemiológica passou a ser reconhecida como uma etapa essencial dos programas verticais para a consolidação e manutenção dos seus resultados.

No modelo institucional de controle de doenças proposto pela OMS, as atividades de vigilância e controle deveriam ser integradas, com o conhecimento epidemiológico

orientando as práticas de controle e estas definindo as necessidades de coleta e análise de informação. (*RASKA*)

Na programação da erradicação da malária, o conceito de vigilância não se aplicava mais apenas à detecção precoce de casos individuais da doença, mas procurava conhecer o potencial de transmissão da endemia em diferentes unidades territoriais, a partir da análise de suas condições de vulnerabilidade e receptividade. (*Pampana*) Esta abordagem, na época limitada ao estudo das doenças transmitidas por vetor, pode ser considerada precursora da vigilância de base territorial, integrando componentes de vigilância de casos e de fatores ambientais de risco.

Mas o modelo de organização institucional burocrático e centralizado, orientado para a aplicação sistemática de medidas de controle simples e padronizadas, não promoveu o desenvolvimento de propostas de intervenção baseadas em análises de situações epidemiológicas particulares.

Se o conhecimento sobre os determinantes dos problemas de saúde ainda era considerado um recurso indispensável para o planejamento e a programação das atividades de controle, a confiança, adquirida a partir da descoberta e do uso de antibióticos, de quimioterápicos e de inseticidas de ação residual, resultou em um modelo onde os sistemas de informação eram orientados quase exclusivamente para monitoramento de indicadores operacionais de cobertura, de concentração e rendimento das ações de controle.

Os conhecimentos acumulados sobre a diversidade de situações e experiências adquiridas nos trabalhos de campo eram transmitidos oralmente dentro das corporações, contribuindo para a construção de culturas institucionais, importantes para sua coesão e orientação técnica dos programas, mas restritas apenas a seus limites de atuação operacional.

No Brasil, a primeira experiência de abrangência nacional de um sistema de informação concebido para vigilância articulado com ações programáticas de controle de um agravo ocorreu no Programa Nacional de Erradicação da Varíola.

No período de 1968 a 1973 foi implementado um modelo ajustado às características do País, concebido por sanitaristas da Fundação SESP e que também atuaram como docentes na Escola Nacional de Saúde Pública.

As ações de controle por vacinação eram orientadas diretamente pelas informações das unidades de vigilância, distribuídas por todo o território. Estas práticas de saúde tinham que ter qualidade, oportunidade e cobertura adequadas, e se mostraram indispensáveis para a consolidação da interrupção da transmissão da varíola em grandes populações, onde apenas a vacinação em massa não havia conseguido os resultados esperados.

Embora a rede nacional de unidades de vigilância da varíola não tenha sobrevivido após a eliminação daquela doença, a experiência profissional acumulada foi fundamental para a elaboração de uma proposta de vigilância que viria superá-la no período seguinte.

No início da década de setenta os serviços de vigilância específicos de programas verticais já pareciam obsoletos, e a concepção de vigilância e sua abrangência estavam sendo redefinidas. Em parte porque o modelo de transição epidemiológica amplamente difundido justificava o questionamento da prioridade dada até então pelos serviços de saúde à vigilância e controle das doenças transmissíveis. Mas principalmente porque concepções mais elaboradas de atenção à saúde e da relevância estratégica da informação em saúde passaram a prevalecer.

O sucesso alcançado pela utilização da vigilância no controle e erradicação da varíola no mundo levou a 21ª Assembléia Mundial da Saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1968, a ampliar o conceito de Vigilância de Saúde Pública para outros problemas além das doenças transmissíveis. Nas Discussões Técnicas deste encontro a vigilância passa a ser concebida como uma função essencial do conjunto das práticas de saúde pública. (Buehler, ANO).

A vigilância, entendida como um componente de informação em saúde que deveria permear todo o sistema, havia sido definida por *Langmuir (1963)* como sendo a “análise atualizada e contínua da distribuição e tendência da incidência, através da coleta, consolidação e avaliação sistemáticas dos registros de morbidade, mortalidade e outros dados relevantes”.

Esta nova concepção da vigilância como componente de inteligência em saúde pública, centrada no processamento, análise e divulgação de informações, com a função de orientar as diferentes estratégias de atenção à saúde, mas separada das ações de controle de agravos, passou a prevalecer nos EUA e ficou conhecida como o modelo CDC

de vigilância em saúde, por referência ao sistema coordenado a partir do Centro de Controle de Doenças de Atlanta, nos EUA.

Considerando a vigilância como uma função da saúde pública, e portando distinta da epidemiologia, que deve ser entendida como disciplina científica, Thacker & Berkelman (1988), enfatizaram a relevância de se utilizar o termo vigilância em saúde pública (VSP), em lugar de vigilância epidemiológica.

2- Vigilância em saúde como proposta da conjuntura atual

Esta evolução do conceito e da abrangência da vigilância, já observada no início da década de oitenta, acompanhava as transformações que estavam ocorrendo nos serviços de saúde, nos perfis epidemiológicos das populações e na percepção da saúde durante o período de transição do capitalismo monopolista de estado para uma outra conjuntura, o capitalismo pós-fordista ou técnico-científico-informacional.

Uma das características marcante desta nova etapa do capitalismo é o uso intensivo de informação, tanto nos processo produtivos como no controle social. Sendo este agora caracteristicamente descentralizado, distribuído de modo difuso na sociedade, enfatizando a função de indivíduos interligados pelos meios de comunicação na formação de opinião pública, em detrimento dos grupos sociais organizados e das representações sindicais dos trabalhadores.

A prioridade de proteção e atenção das necessidades dos trabalhadores, como modo de assegurar sua capacidade produtiva e aumentar seu padrão de consumo, característica do modelo fordista, foi substituída por uma orientação dirigida para o papel social do consumidor, sem destacar sua inserção no processo de trabalho.

A saúde da maior parte da população deixara de ser um fator relevante para a produção, passando a ser cada vez mais um problema de interesse individual. Ao contrário, pode-se constatar que muitas vezes o conjunto dos doentes, intensificando e diversificando sua participação no consumo, tem um papel relevante no processo econômico, contribuindo para a realização do capital através da ampliação do consumo de bens e ser serviços.

Mesmo porque, com o aumento da expectativa de vida e o desgaste decorrente da exposição prolongada da maior parte das pessoas a condições de risco e situações

permanentes de stress, tornou-se quase inevitável a utilização de próteses químicas e físicas, aumentando continuamente a necessidade de incorporação de inovações tecnológicas na atenção à saúde.

Refletindo os resultados destas transformações sociais no campo teórico da saúde pública, uma nova ideologia científica, o modelo epidemiológico dos fatores de risco, deslocou completamente, em menos de vinte anos, a teoria do ciclo vicioso da doença e da pobreza.

A produção e divulgação de informações permanentes e atualizadas sobre as condições de saúde, mas também sobre a distribuição dos fatores de risco, tanto para os gestores como também para o conjunto da sociedade, passou a ser o objetivo central dos sistemas de vigilância em saúde nos países centrais.

A amplitude da aplicação da vigilância em saúde no período contemporâneo pode ser apreciada no artigo de Thacker & Berkelman que descreve o complexo sistema de Vigilância em Saúde Pública nos Estados Unidos da América. Em consonância com as prioridades da nova saúde pública daquele país, utilizam dados de muitos sistemas de informação, alguns dos quais fora do escopo restrito da Saúde Pública, tentando incorporar outras dimensões da saúde.

Em 1988 já estavam envolvidas no Sistema de Vigilância em Saúde dos EUA 29 bases de dados de cobertura nacional, abrangendo, além das doenças de notificação compulsória, várias doenças crônico- degenerativas, problemas nutricionais, ocupacionais, efeitos decorrentes da exposição a agentes tóxicos no ambiente, acidentes intencionais e não intencionais, comportamentos de risco para a saúde, tecnologias preventivas de saúde como uso de fármacos, vacinas, procedimentos médicos e cirúrgicos de diferentes complexidades.

Esta profunda mudança na função social da vigilância necessariamente resultou em importantes transformações nos seus objetivos e modelos de organização institucional.

Declich & Carter (1994) colocam que devem ser considerados como elementos essenciais para um sistema de vigilância em saúde pública, na nova concepção pluralista, a definição clara dos objetivos da vigilância; a consideração de aspectos legais e éticos; a definição das fontes de informação e das bases de dados que podem ser utilizadas; os

diferentes métodos de coleta de dados; os diferentes sistemas de vigilância que podem ser utilizados; os métodos para avaliação dos sistemas e as estratégias para sua melhoria.

Uma perspectiva muito diferente daquela orientada apenas para a vigilância e controle dos processos endêmico-epidêmicos capazes de criar obstáculos ao crescimento da força de trabalho e à reprodução do capital.

Pode-se considerar que o modelo de vigilância em saúde implementado nos EUA desde a década de oitenta teria duas orientações principais, considerando seus objetivos, sua proposta de organização e os atores sociais para os quais direciona as informações resultantes das suas análises: a segurança da população e a promoção da saúde.

Além de uma concepção de vigilância integrada de modo sistêmico, articulando diferentes sistemas de informação e instituições de saúde.

Não se pode deixar de reconhecer a relevância social e o nível de organização deste modelo, que certamente tem sido uma referência considerada na construção dos sistemas de vigilância em saúde nos demais países americanos.

Mas, por isto mesmo, tem sido motivo de preocupação seu desempenho diante de diversos desafios.

Em relação à promoção da saúde, a ênfase no monitoramento e na divulgação de informações relacionadas a fatores de risco relativos às doenças cardiovasculares e certas formas de câncer, procurando modificar estilos de vida considerados implicados no processo patogênico, resultou em importante redução da morbi-mortalidade por estes agravos, considerados de enorme relevância.

Por outro lado, o aumento explosivo da obesidade, o crescente impacto da diabetes, a grande prevalência da adição a drogas entre jovens, a frequência de depressão entre os idosos, a inaceitável mortalidade por agressões com armas de fogo, a disseminação do sofrimento difuso, em grupos vulneráveis, e do medo em toda a população, são alguns indicadores de uma condição de malestar disseminado que coloca em questão tanto o conceito de saúde, em uma sociedade submetida a grande pressão para aumentar o consumo, como a capacidade do sistema hegemônico de vigilância-promoção da saúde ao menos concentrar o foco nos problemas de maior relevância.

Quanto à dimensão da segurança epidemiológica, que deu início às primeiras propostas de ações de vigilância nos serviços de saúde no século XIX, algumas crises

registradas nas duas últimas décadas, em uma conjuntura muito diferente, questionam a competência do modelo: sua incapacidade de identificar precocemente e bloquear a propagação de uma doença como a AIDS, a introdução da encefalite do Nilo em Nova York e sua posterior difusão para vários estados e para os países vizinhos, o desenvolvimento e propagação de formas multirresistentes de tuberculose na população, a dificuldade de identificar as fontes e conter a atuação de agentes de bioterrorismo após os atentados contra as Torres de Nova York.

Já em _____ a Academia de Ciências de Nova York, em um documento que teve grande repercussão, alertava para inesperada vulnerabilidade da população americana em relação às doenças transmissíveis.

Neste mesmo período foi proposto o conceito de doença emergente e tem início um amplo debate sobre que modelo de vigilância e contenção seria mais adequado para lidar com este tipo de problema. Três princípios demarcariam esta nova modalidade de vigilância: sua vinculação com tecnologias inovadoras em biotecnologia, a atenção rigorosa com a questão da biossegurança e a necessidade de cooperação internacional na detecção, investigação de foco e contenção de surtos.

Com a nova globalização, a segurança epidemiológica e sanitária dos EUA e dos outros países desenvolvidos havia passado a depender tanto da organização de seus sistemas de vigilância em saúde como da consolidação de uma rede de núcleos de vigilância distribuídos em diferentes países, constituindo um cinturão de segurança, além de da sua capacidade de mobilizar equipes táticas de investigação epidemiológica e contenção para atuarem fora de seu território.

Como havia acontecido nas conjunturas anteriores, os problemas de saúde, o marco conceitual e o modelo organizacional da vigilância elaborado nos países centrais passou a influenciar fortemente os projetos de todos os outros de sua esfera de influência. Que agora, com o novo ciclo de globalização, passou a se superpor à própria biofera.

3- A construção social do Sistema de Vigilância em Saúde do Brasil

Nas últimas décadas do século XX, os debates sobre vigilância em saúde passaram a destacar o problema na perspectiva da construção de sistemas integrados de abrangência

nacional, superpondo-se às concepções anteriores que destacavam as práticas e a organização de serviços.

A construção do Sistema de Vigilância em Saúde do Brasil é um processo que acompanha o projeto da Reforma Sanitária e da construção social do SUS – o Sistema Único de Saúde do Brasil.

Inicia-se com o movimento de modernização da saúde pública, a partir da implantação do modelo preventivista, no fim dos anos sessenta, nos currículos das faculdades de medicina e das duas escolas de saúde pública então existentes no Brasil, a Escola Nacional de Saúde Pública do Ministério da Saúde, no Rio de Janeiro, e a Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

Estas duas instituições tiveram um papel decisivo na incorporação e reprodução, mesmo que tardia, daquele modelo já amplamente utilizado nos EUA desde a década de quarenta.

A ênfase no ensino do método epidemiológico, da bioestatística e técnicas de programação normativa contrastava com as práticas dominantes nos serviços de saúde pública, ainda orientadas a partir dos marcos de referência da higiene, da microbiologia e das campanhas sanitárias.

O Brasil já iniciara desde a década de cinqüenta seu processo de industrialização, acompanhado de intenso fluxo populacional rural-urbano e da Região Nordeste para o Sudeste. Nos anos setenta, durante o período da ditadura militar, a integração do seu território por rodovias e a concentração dos investimentos em um número restrito de pólos de desenvolvimento produziu grandes deslocamentos populacionais, acompanhados de agravamento dos problemas de saúde nos centros urbanos e nas frentes de expansão agrícolas.

Ao contrário do que previa o modelo desenvolvimentista, a mortalidade infantil aumentou e diversas epidemias passaram a ser registradas nas principais cidades: poliomielite, meningite meningocócica, leptospirose, hepatite, sarampo.

Em resposta à crise sanitária, o governo autoritário deu início a um processo de racionalização técnica e de extensão de cobertura das ações básicas de saúde e da atenção médica. Em 1973 criou o Programa Nacional de imunizações, e em 1975 implantou o Sistema Nacional de Saúde e como seus componentes, o Sistema de

Vigilância Epidemiológica, o Sistema de Vigilância Sanitária e o Sistema de Informação de Mortalidade, todos de abrangência nacional, coordenados por área técnica do Ministério da Saúde e com participação das instituições dos três níveis de governo, mas sem nenhuma articulação entre eles.

Com o apoio da Organização Panamericana da Saúde e utilizando a experiência recente do programa de erradicação da varíola, iniciou-se um grande esforço de organizar serviços de vigilância e programas de controle de doenças no Ministério da Saúde e nas secretarias estaduais de saúde, tendo inicialmente como objetivo principal o controle da poliomielite.

Foi elaborada então uma nova modalidade de organização das ações de controle, distinta das campanhas anteriores: o programa integrado de controle de doenças, que incorporava princípios e métodos da epidemiologia descritiva e da programação, além de uma concepção sistêmica articulando serviços federais, estaduais, municipais, incluindo também organizações da sociedade civil, mobilizadas para esforço concentrado nos Dias Nacionais de Vacinação.

Um dos principais componentes do programa foi o treinamento em larga escala de pessoal dos serviços de saúde em vigilância e programação de controle de doenças, utilizando material instrucional padronizado, metodologia de ensino simplificada e orientada para questões práticas dos serviços.

Milhares de profissionais de saúde foram matriculados nos cursos do Programa Ampliado de Imunização e nos Cursos Básicos de Vigilância Epidemiológica, coordenados pela Escola Nacional de Saúde Pública e pela Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde do Ministério da Saúde, com apoio técnico da OPAS, em uma experiência inovadora e extremamente produtiva de parceria entre instituição acadêmica e as coordenações de serviços de vigilância nacional e estaduais.

A resistência inicial observada nas instituições acadêmicas, em relação àquilo que consideravam apenas uma aplicação simplificada do método epidemiológico, logo foi substituída por interesse e participação crescente, na medida em que ficavam patentes os resultados tanto na redução das doenças como na organização dos serviços.

No caso do desenvolvimento do modelo conceitual e da implementação do Sistema Nacional de Mortalidade também foi decisiva a articulação entre uma instituição

acadêmica, a Faculdade de Saúde Pública da USP, o nível central do Ministério da Saúde e as secretarias estaduais de saúde.

Esta cooperação passou a ser ainda mais sistemática e produtiva com a agregação das instituições acadêmicas da área da saúde coletiva em uma instituição nacional, a ABRASCO, que, através de sua Comissão de Epidemiologia, passou elaborar periodicamente propostas para o desenvolvimento da disciplina no País, sempre colocando entre suas prioridades a vigilância e o uso da epidemiologia nos serviços de saúde.

A partir da metade da década de 80, durante os Congressos da ABRASCO os debates sobre modelos, métodos e técnicas aplicadas à vigilância epidemiológica mobilizaram docentes, pesquisadores e profissionais dos diferentes níveis dos serviços de saúde.

Uma questão destacada nestes debates era a necessidade de descentralização das práticas de epidemiologia e vigilância em saúde nos serviços, e particularmente a construção de sistemas de informação que permitisse análises adequadas das condições de vida e saúde nos municípios, a partir dos marcos conceituais do pensamento latino-americano em epidemiologia social.

Outra modalidade da vigilância em saúde, a da saúde do trabalhador, passou a receber destaque no debate acadêmico e político neste período, refletindo a consistência teórica desta área e a conjuntura social, onde o debate sobre a reforma da sociedade e da nova ordem constitucional possibilitaram que a questão do trabalho e da saúde do trabalhador viessem a ser destacadas,

As acumulações teóricas e metodológicas pareciam anunciar importantes transformações nas relações da vigilância em saúde com as propostas de reorganização do modelo assistencial do sistema de saúde brasileiro.

Entretanto, o modelo que resultou dos debates durante a VI Conferência Nacional de Saúde e da regulamentação do SUS consolidou a mesma proposta de sistemas de vigilância tradicionais e não integrados da década de setenta.

A vigilância epidemiológica das doenças transmissíveis agudas, a vigilância sanitária e a vigilância da saúde do trabalhador foram as modalidades que conseguiram melhor demarcar seu campo de atuação, referencial teórico e metodologia de trabalho.

Os avanços que puderam ser constatados na década de noventa ocorreram na dimensão organizacional do SNVS, e não na transformação de seu objeto e de suas práticas.

A criação do Centro Nacional de Epidemiologia do Ministério da Saúde, vinculado à Fundação Nacional de Saúde, veio materializar o projeto pactuado nacionalmente de um sistema de vigilância integrado em rede, articulando serviços dos diferentes níveis de governo, cada um com autonomia administrativa e coordenados por uma unidade central do nível federal, responsável pela formulação e implementação de projetos de abrangência nacional e apoio ao desenvolvimento da vigilância nos estados e municípios.

Se a proposta do projeto organizacional do SNVS era bastante avançada, contemplando a integralidade do Sistema Nacional de Saúde e assegurando a autonomia dos seus componentes, essencial para atender a diversidade e extensão do território, além da multiplicidade de competências e da dimensão do País, sua atenção continuava restrita praticamente à vigilância daquelas doenças transmissíveis agudas consideradas de interesse estratégico por seu potencial de produzir epidemias em áreas urbanas e às práticas tradicionais de fiscalização sanitária.

Na realidade, ao contrário do discurso predominante que apontava a necessidade de um sistema nacional de vigilância em saúde direcionado para as funções de inteligência sanitária, semelhante modelo do CDC dos EUA, o projeto implementado no SUS foi orientado para o modelo tradicional de vigilâncias em saúde como componentes de programas de controle de doenças.

Nesta perspectiva de vigilância, um processo importante para a estruturação do Sistema Nacional de Vigilância da Saúde foi a implantação do SINAN – Sistema Nacional de Agravos Notificáveis. Pensado como sistema capaz de articular em rede unidades dos diferentes níveis do sistema de saúde, mantendo a ênfase ainda na notificação de caso e priorizando apenas as doenças transmissíveis, este projeto passou a ser emblemático das contradições do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica.

O SINAN não se mostrou até agora um instrumento adequado para efetivamente orientar as ações de controle de doenças nos diferentes níveis do SUS, limitando-se a ser

um sistema de registro, fluxo de informações e tabulação de dados sobre casos de doenças definidas como de notificação obrigatória, apesar de ser um exemplo de integração sistêmica e de modelo com grande potencial de incorporação e difusão de inovações tecnológicas na rede de serviços de saúde.

Mas certamente foi importante para a coesão do sistema, através do seu fluxo contínuo de dados, normas, equipamentos, capacitação de pessoal e recursos financeiros.

Se a vigilância epidemiológica continuou essencialmente orientada para o controle de doenças, a concepção de ações programáticas de controle teve de ser completamente reformulada, para ficar adequada às novas características da política de saúde brasileira. O modelo anterior, de centralização normativa e aplicação de práticas padronizadas através de serviços locais distribuídos por todo o Território Nacional, que se mostrara eficaz para a eliminação da poliomelite e do sarampo, foi suplantado por outro, que podemos denominar de controle por transferência de fundos e atribuição de responsabilidades.

Centrado na municipalização, na autonomia local, no repasse de recursos financeiros, no atendimento orientado ao indivíduo, na participação de organizações da sociedade civil, na difusão de informações para o controle difuso dos problemas de saúde, a partir de mudanças de comportamento e mobilização social.

O exemplo mais pertinente deste tipo de programa que foi implementado no Brasil é o de controle da AIDS, mas progressivamente ele vem sendo ampliado, procurando incluir como objeto de vigilância e controle diferentes problemas de saúde, inclusive doenças não transmissíveis e fatores de risco presentes no ambiente. Entretanto, a ênfase na construção de sistemas de informação apropriados, as prioridades de pesquisas, a preocupação com a incorporação de novas técnicas e métodos aplicados à vigilância e o esforço de capacitação de recursos humanos certamente não refletem ainda as expectativas de mudanças significativas no modelo de vigilância, segundo esta orientação.

Mesmo a vigilância ambiental, que parecia ser uma proposta inovadora e coerente com a ideologia científica predominante, apoiada por desenvolvimento teórico-metodológico consistente e orientada para abordagem sistêmica e interdisciplinar dos problemas de saúde e seus riscos, não conseguiu consolidar um modelo operacional na rede de serviços, ficando praticamente nos limites dos discursos.

Certamente porque no presente modelo fragmentado e hierarquizado do SVS e do SUS, não parece haver espaço institucional e político nem para projetos transversais, entre setores, unidades e instituições de saúde e muito menos para aqueles intersetoriais, capazes de mobilizar outras áreas como educação, ambiente, trabalho, moradia e seguridade social.

Toda o esforço de desenvolvimento atual do sistema parece refletir essencialmente o compromisso político de estender as ações tradicionais de vigilância até o nível municipal.

Desse modo, o componente estruturante mais relevante do SNVS foi sua proposta de financiamento das ações de vigilância e controle de doenças do SUS.

A centralização no CENEPI e na FUNASA dos processos decisórios relativos ao repasse de recursos financeiros aos municípios para suas ações de vigilância e controle de doenças, através de variados procedimentos administrativos, resultou no nível central, na hipertrofia do componente de gestão administrativa, em detrimento das práticas inerentes a um sistema de inteligência aplicado às análises dos problemas de saúde de interesse para o País.

Por outro lado, esta concentração de poder político e financeiro representou também grande capacidade de induzir os estados e municípios a reproduzir apenas as prioridades e os modelos organizacionais do nível federal.

As recentes orientações na definição do volume financeiro a ser transferido do nível federal para estados e municípios, para vigilância e controle de doenças, acompanhado de novas modalidades de pactuação e repasse de recursos, certamente representaram avanços importantes na consolidação da descentralização do projeto do SNVS, mas a definição das metas e dos indicadores a serem monitorizados reflete mais as prioridades definidas no nível central do que aquelas identificadas nos municípios.

A questão do financiamento das ações de vigilância e controle de doenças no SUS veio, portanto, explicitar a tensão entre as duas dimensões fundamentais das funções da vigilância em saúde:

☞A da promoção, compreendida nesta conjuntura como procedimento efetivo de transferência de informação e atribuições para atores institucionais locais e indivíduos singulares, contribuindo para viabilizar o controle difuso dos problemas

de saúde através de mudanças de comportamento e da participação popular, e de modo coerente com as diretrizes da nova conjuntura, limitando as responsabilidades das agências de governo central nacional e internacional e desonerando a reprodução do capital no circuito econômico principal.

✍✍É a de controle estratégico de problemas de saúde emergentes ou definidos como prioritários, implementado através de ações programáticas definidas em centros políticos e técnicos de decisão, que na conjuntura atual do capitalismo técnico-científico-informacional globalizado ultrapassam muitas vezes as fronteiras dos territórios nacionais.

Decisões políticas recentes, de grande repercussão na organização do SNVS, demonstram como prioridades definidas a partir de perspectivas globais, repercutem naquelas das escalas nacional, estadual e municipal, fazendo com que as dimensões da promoção ou da segurança da vigilância em saúde se concretizam em uma multiplicidade de propostas que parecem conflitantes, mas na realidade explicitam as possibilidades múltiplas, embora freqüentemente contraditórias, de um mundo de complexidade crescente.

A criação de uma Agência Nacional de Vigilância Sanitária, apartada dos demais componentes do SNVS, com autonomia administrativa e orientada para a regulamentação de produtos industrializados e procedimentos de saúde, seguramente capazes de incorporar inovações tecnológicas de grande interesse para o capital nacional e internacional, veio atender essencialmente os interesses de setores envolvidos na expansão e regulamentação do comércio internacional. Mas também permitiu, através da criação de vagas de trabalho em todos os níveis do SUS, a incorporação de muitos profissionais comprometidos com a saúde dos consumidores e com o monitoramento dos processos produtivos e seus impactos na saúde e no ambiente.

O Projeto VIGISUS, financiado pelo Banco Mundial, efetivou a integração do SNVS brasileiro no cinturão de segurança internacional de vigilância epidemiológica, sem maiores ônus para aqueles mais interessados, os países centrais, mas também resultou na acumulação de competência técnica em vigilância de doenças emergentes, e

principalmente no apoio financeiro à consolidação dos serviços estaduais e municipais de vigilância em saúde.

Desse modo, ele foi decisivo para o início de uma prática de detecção, comunicação e investigação de eventos inusitados, a partir de dados qualitativos e rumores, procedentes da rede de serviços de saúde e das comunidades.

Um outro vetor de organização do SNVS na sua fase atual foi a criação da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, que passou a assumir as funções de coordenar o SNVS, anteriormente desenvolvidas pelo CENEPI, que estava vinculado diretamente à Fundação Nacional de Saúde.

Esta reorganização institucional significou concentração de poder político e uma ênfase ainda maior nas funções de normatização e de gestão administrativa, em prejuízo daquelas específicas da inteligência sanitária, como integração de bases de dados, análises de situações de saúde, produção de estudos de perspectivas de problemas de saúde em cenários futuros.

Mas pode também vir a criar as condições para a retomada do compromisso histórico de construção do SNVS como uma rede de instituições diversificadas, distribuídas por todo o Território Brasileiro, complementares e integradas em um sistema complexo, não hierarquizado, organizado fundamentalmente por seu objetivo de produzir e divulgar conhecimentos sobre as condições de saúde e seus determinantes.

Compreende-se que a questão da unificação institucional de todas as vigilâncias deixou de ser relevante, dada a diversidade de problemas, de projetos e de perspectivas que caracteriza a conjuntura atual, mas que é ainda mais essencial uma construção conceitual e ideológica que integre as diferentes propostas e que explicita para o conjunto da sociedade suas funções e modelos operacionais, desde a vigilância global de agravos emergentes até a vigilância civil da saúde.

Incluindo portanto as possibilidades de construção de sub-sistemas de vigilância orientado para a identificação e investigação de problemas e situações críticas de saúde em comunidades, como proposto por *Castellanos (ANO)*,

Este autor propõe que os sistemas de vigilância em saúde, além de priorizar a vigilância de agravos e doenças, incorporem também a análise da tendência das condições de vida e das ações de saúde sobre o bem estar das populações, destacando a

identificação de grupos sociais vulneráveis que tiveram recentemente retrocessos nas suas condições de vida e de acesso a serviços de saúde.

Também nesta direção tem sido as principais contribuições dos pesquisadores brasileiros da área da saúde coletiva, propondo a construção de modelos de vigilância da saúde, que integrem as diferentes modalidades de vigilância em saúde com as propostas de promoção e a implementação de novos modelos assistenciais, destacando a necessidade de contemplar a dimensão da saúde como expressão da qualidade de vida e de se identificar indicadores e metodologias que permitam monitorá-los em grupos sociais particulares .

Teixeira et al (1998), analisando a proposta da criação de uma vigilância da saúde no Brasil chamam a atenção sobre as novas possibilidades advindas do próprio desenvolvimento do SUS, que implicaram em uma autonomia da esfera municipal na gestão técnica e financeira do sistema de saúde, consorciada a uma prática de atenção integral, baseada no Programa de Saúde da Família. Segundo estes autores, essas questões abrem uma real possibilidade de repensar um modelo de vigilância da saúde de abrangência nacional, coerente com os novos rumos do SUS, que ultrapasse os indicadores de doenças e agravos e incorpore o papel de determinantes das condições de vida das populações na sua constituição.

Estes questionamentos sobre as perspectivas da vigilância não deveriam ser considerados isoladamente, mas como uma das dimensões da própria crise já identificada no campo da saúde pública. Sendo esta também resultante de uma crise social mais ampla, que afeta principalmente países como o Brasil, apontando para a necessidade de um novo projeto capaz de possibilitar o enfrentamento dos novos desafios que se colocam para a saúde no Século XXI (*Sabroza, 1994; Paim e Almeida Filho, 2000*).

Um dos eixos desse novo projeto seria a construção de um marco teórico-conceitual que, relacionando a vigilância em saúde com a promoção da saúde, contribua para superar o paradigma científico que sustenta as práticas atuais de saúde e que implicam em um enfraquecimento dos discursos da produção social da saúde, resultando na tecnificação da atenção à saúde e no reducionismo biologicista dos modelos conceituais.

Esse eixo aponta para a importância da construção da vigilância em saúde como prática e como sistema mas também como um campo teórico da saúde pública, que

integre questões que vão das categorias biológicas e ambientais às econômicas e sociais, do individual ao populacional. do local ao global, ultrapassando os limites impostos pelas disciplinas constituintes do campo.

Como nas conjunturas anteriores, articulando conhecimentos e modelos de vigilância e modelos assistenciais voltados para o controle de problemas de saúde. Mas que desta vez possam de fato priorizar a aplicação do conhecimento acumulado, tanto nas instituições acadêmicas brasileiras como nos serviços do SUS, para a construção de um projeto orientado mais pelo propósito de contribuir para melhorar as condições de vida e saúde do conjunto da população, e particularmente dos seus grupos sociais mais vulneráveis.

Conclusões e Desafios:

Até então a oferta de mestrado na modalidade profissional tem apontado para uma decisão acertada, ainda que demandando algumas adequações, como por exemplo a redução do tamanho das turmas, já posto em prática, a conformação do mestrado em duas etapas, uma composta por módulos básicos no primeiro ano letivo que, ao final definirá os melhores sucedidos para continuar a segunda etapa do mestrado e os outros encerrando o curso como especialização.

Uma das críticas ao formato desta modalidade de mestrado é o fato da clientela ficar restrita às prioridades das instituições demandantes. Por exemplo, o MPVS da ENSP, inclui profissional vinculado às vigilâncias epidemiológica, do ambiente e da saúde da população indígena, não tendo sido contemplada a questão estratégica da vigilância sanitária, reproduzindo o modelo fragmentado de vigilância em Saúde, ainda praticado no Ministério da Saúde.

A elaboração das dissertações centrando os problemas serviços como foco, vem contribuindo com a organização e análise de importantes bancos de dados oficiais, até então não explorados e a avaliação de diversos programas do Ministério da Saúde e secretarias estaduais.

Um ponto que chama a atenção nesta modalidade de mestrado é a riqueza da contribuição dos alunos nas discussões em sala de aula.

A experiência com as duas primeiras turmas tem mostrado que as práticas de vigilância são, atualmente, mais orientadas para gestão. Desta forma o curso tende a enfatizar componentes não suficientemente desenvolvidos como análise de dados e avaliação de processos e resultados de programas de controle de doenças e agravos.

Apesar da realização de duas turmas, muitos desafios ainda precisam ser enfrentados:

- ✍✍A capacitação de vigilância para outros níveis do SUS;
- ✍✍A capacitação dos docentes para novas tecnologias de ensino à distância;
- ✍✍A inclusão da vigilância sanitária no rol das vigilâncias em saúde;
- ✍✍Programação do projeto de formação dos profissionais em médio e longo prazo de forma a não comprometer o processo
- ✍✍A questão da liberação dos alunos após o término das disciplinas para o desenvolvimento da dissertação.