

SUS, MODELOS ASSISTENCIAIS E VIGILÂNCIA DA SAÚDE*

Carmem Fontes Teixeira¹, Jairnilson Silva Paim², Ana Luiza Vilasbóas³

Resumo

O processo de construção do Sistema Único de Saúde no Brasil tem contemplado a implementação de um conjunto de estratégias de mudança do financiamento, gestão e organização da produção de serviços. Nesse contexto ganha importância o debate sobre a municipalização da gestão do sistema e as alternativas da redefinição do(s) modelo(s) assistencial(is) do SUS. Este artigo apresenta uma sistematização teórico-conceitual e metodológica sobre a Vigilância da Saúde, entendida como um enfoque que pode contribuir para a atualização das concepções que orientam a reorganização das práticas de saúde ao nível municipal e revisam os principais métodos e técnicas que podem ser utilizados nesse processo. Enfatiza o uso da epidemiologia e das ciências sociais em saúde na análise da situação de saúde da população, no planejamento e programação local e na organização de operações dirigidas ao enfrentamento de problemas específicos, em territórios delimitados, com ênfase nas ações intersectoriais e setoriais de promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos, e reorganização da assistência médico-ambulatorial e hospitalar.

Palavras-Chave: *Vigilância da Saúde; Modelos Assistenciais; Epidemiologia em Serviços de Saúde; Planejamento e Programação Local em Saúde; Processo de Trabalho em Saúde.*

Summary

The organizational process of the Brazilian National Health System has implemented strategic changes in its financing and management as well as in the health care services. In this context, the debate on the municipalization of the system management and on alternative assistance models is extremely important. The objective of this article is to present a theoretical and methodological systematization of the health surveillance concept, in order to contribute to the reorganization process in health practice at the municipal level. The text emphasizes the use of epidemiology and social sciences in the analysis of the population's health situation and in the planning and organization of activities to confront specific problems in defined areas. Emphasis is given to intersectorial and sectorial actions in health promotion, disease prevention, and medical assistance at ambulatory and hospital levels.

Key-Words: *Health Surveillance; Assistance Models; Epidemiology the Health Service; Local Health Planning; Health Practices.*

* Texto elaborado para a Oficina de Vigilância em Saúde do IV Congresso Brasileiro de Epidemiologia.

¹ Professora do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA.

² Professor do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA.

³ Mestranda em Saúde Comunitária - ISC/UFBA.

Endereço para correspondência: Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia. Rua Padre Feijó, 29. Salvador/BA. CEP: 40.110-170

Introdução

O processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) vem sendo marcado pela elaboração e implementação de instrumentos legais e normativos, cujo propósito central é a racionalização das formas de financiamento e gestão dos sistemas estaduais e municipais de saúde, fundamentados em uma proposta de ampliação da autonomia política dos municípios, enquanto base da estrutura político-administrativa do Estado.

Nesse contexto, o debate político-institucional tem privilegiado os “componentes” financiamento e gestão do SUS.¹ Também tem sido discutida, a partir do processo de descentralização, a questão da “organização do sistema”, especialmente no que diz respeito à redefinição de funções e competências do Ministério da Saúde (MS), das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e das Secretarias Municipais de Saúde (SMS), à reestruturação da Fundação Nacional de Saúde (FNS) e à redefinição das relações com o setor privado, esta última em função das propostas do Ministério da Administração e Reforma do Estado, sugerindo a criação das chamadas “organizações sociais”.²

O debate das macropolíticas no setor saúde, portanto, não tem privilegiado a questão dos modelos assistenciais, isto é, das formas de organização tecnológica do processo de prestação de serviços de saúde. O sistema de saúde brasileiro é hoje, assim, palco da disputa entre modelos assistenciais diversos, com a tendência de reprodução conflitiva dos modelos hegemônicos, ou seja, o modelo médico-assistencial privatista (ênfase na assistência médico-hospitalar e nos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico) e o modelo assistencial sanitário (campanhas, programas especiais e ações de vigilância epidemiológica e sanitária), ao lado dos esforços de construção de “modelos” alternativos.^{3,4}

Esse processo tem contemplado

tentativas de articular ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, em uma dupla dimensão, individual e coletiva, que passaram a ser operacionalizadas no processo de distritalização dos serviços de saúde desencadeado a partir do Sistema Único e Descentralizado de Saúde - SUDS (87-89) e desenvolvido, posteriormente, em alguns municípios do país.^{5,6} Desse modo, ao nível micro, vem se acumulando experiência na construção de “modelos alternativos” ao modelo assistencial hegemônico, incorporando, de certa forma, métodos, técnicas e instrumentos provindos da epidemiologia, do planejamento e das ciências sociais em saúde. Estas experiências apontam possibilidades concretas de construção de um “modelo de atenção à saúde voltado para a qualidade de vida”,⁷ tal como proposto no temário da 10ª Conferência Nacional de Saúde.⁸

Essas possibilidades foram reconhecidas no Encontro de Secretários Municipais de Saúde realizado no Ceará, em 1995, no qual foi elaborada a “Carta de Fortaleza”,⁹ documento que reconhece as conferências de Alma-Ata, em 1978, Ottawa, em 1986, e Bogotá, em 1992 como “marcos referenciais do conceito de saúde para todos como direito fundamental do ser humano”. Ao considerar, também, as experiências em curso, explicitou a seguinte posição:

“A crise do financiamento do modelo de saúde centrado na doença exige o estabelecimento de novas estratégias que recuperem o paradigma da saúde centrado na qualidade de vida e desenvolvimento global das comunidades com participação dos cidadãos. (...) é possível vislumbrar metas comuns que valorizem a importância das ações intersetoriais e de promoção da saúde ao mesmo tempo que seguir buscando formas autônomas e criativas para a atenção integral à saúde. (...) O exemplo brasileiro neste campo demonstra que é possível a construção de um novo paradigma em saúde em nível municipal a partir de um processo integrado, participativo e criativo que dependa fundamentalmente da decisão política das autoridades locais.”

Para além do intercâmbio de experiências e da elaboração de princípios e diretrizes gerais que norteiem as diversas iniciativas desencadeadas nos municípios, consideramos necessária a sistematização de elementos conceituais, metodológicos e instrumentais que contribuam para a adoção de decisões e implementação de ações no âmbito municipal, tendo como propósito a construção do(s) modelo(s) assistencial (ais) coerentes com a problemática de cada município e viáveis do ponto de vista da disponibilidade de recursos e da capacidade técnica, gerencial e política dos sistemas municipais de saúde.

Nessa perspectiva é que nos propomos, no presente texto, a apresentar uma sistematização preliminar, com o objetivo central de contribuir para o debate que se trava hoje em torno da Vigilância da Saúde, entendida como eixo de um processo de reorientação do(s) modelo(s) assistencial (ais) do SUS. Para isso, procuramos discutir o significado da Vigilância da Saúde no contexto da municipalização para, em seguida, revisar o debate conceitual sobre Vigilância da Saúde. Por último, sistematizamos algumas propostas para a operacionalização das práticas de Vigilância da Saúde no âmbito municipal.

A Vigilância da Saúde no contexto da municipalização

O processo de municipalização, na medida em que venha a significar uma efetiva redefinição de funções e competências entre os níveis de governo do SUS, implica a constituição de “sistemas municipais de saúde”, nos quais se pode identificar o modelo de gestão e de atenção à saúde ou “modelo assistencial”.¹⁰ Antes do SUS e especificamente antes da implementação da NOB 001/93, não se poderia considerar que os municípios brasileiros tivessem “sistemas municipais”. Os municípios tinham serviços de saúde municipais, porém não tinham capacidade de gestão do conjunto das instituições e unidades de prestação de serviços de saúde localizadas em seus territórios.

Embora a preocupação central naquele momento fosse com a descentralização da gestão da rede de serviços de prestação direta a pessoas (assistência médico-ambulatorial), na forma de “gestão parcial”, buscava-se induzir o município a assumir as ações de vigilância epidemiológica e sanitária, predominantemente sob a órbita das Secretarias Estaduais de Saúde e, em várias regiões e microrregiões, sob controle da Fundação Nacional de Saúde. Somente quando atingia o estágio de “gestão semiplena” é que o município passava a atuar como gestor do sistema como um todo, assumindo a responsabilidade também sobre a atenção hospitalar, de maior complexidade e maior custo.

A implementação da NOB 001/93,¹¹ além de não ter sido completada em todos os municípios do país, resultou em uma relativa reconcentração de recursos financeiros em regiões, estados e municípios, em função, principalmente, da manutenção dos critérios de repasse de recursos financeiros, que se baseavam fundamentalmente na capacidade de produção de serviços. Ora, por esta lógica, os municípios dotados de maior infra-estrutura e capacidade gerencial passaram a disputar uma parcela mais significativa dos recursos federais para a saúde. Em um contexto no qual estes recursos foram reduzidos, o conflito redistributivo acirrou-se, passando a constituir o tema central da agenda política.

Paralelamente a este debate em torno do financiamento e gestão do SUS, o Ministério da Saúde desenvolveu a “estratégia” de Saúde da Família,¹² cujos resultados positivos em termos do impacto sobre alguns indicadores de saúde vêm contribuindo para legitimá-la, a ponto de ser considerada hoje o eixo do processo de reorganização dos serviços básicos no SUS. Do mesmo modo, esforços mais recentes no âmbito do Centro Nacional de Epidemiologia – CENEPI, acenam com a possibilidade de apoio financeiro e técnico para a implementação de sistemas de “vigilância da saúde”, aí entendidos como vigilância epidemiológica, sanitária e

ambiental, em um amplo programa denominado VIGISUS.¹³

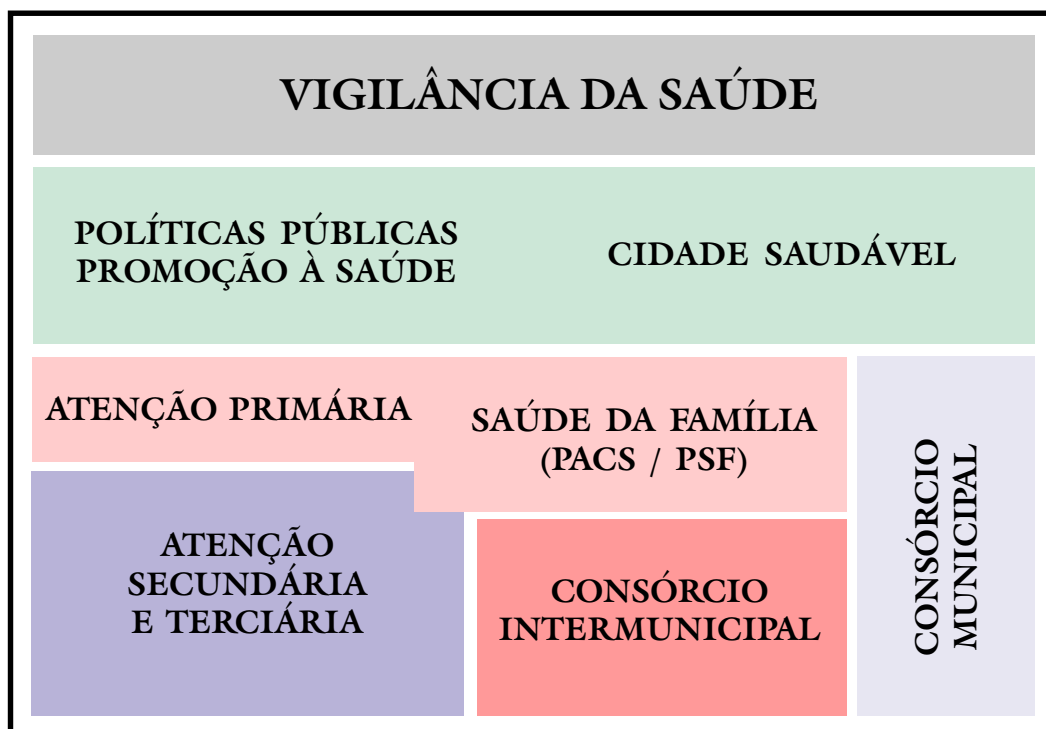
Durante a elaboração da NOB 001/96¹⁴, além da tentativa de definir um critério populacional padrão para a definição do volume de recursos financeiros que caberia a cada município habilitado para as ações básicas, foram introduzidos diversos “fatores de estímulo” à implementação de inovações, entre as quais o Programa de Saúde da Família (PSF) e as ações de vigilância epidemiológica e sanitária.

O que importa ressaltar é que, nesse contexto, o município tem condições de articular o conjunto das propostas, programas e estratégias que vêm sendo definidas no nível federal e em vários estados para desencadear, em seu âmbito, um processo de reorientação do “modelo assistencial” do SUS que não signifique a mera reprodução do “modelo médico-assistencial privatista”, subordinando o “modelo sanitário”, ou seja, a chamada “inampização” do SUS.¹⁵

Pelo contrário, levando em conta a existência de instrumentos financeiros como o Piso Assistencial Básico (PAB fixo e variável), gerenciais e técnico-operacionais a exemplo da Programação Pactuada Integrada (PPI), do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), do PSF e do VIGISUS, que podem ser utilizados para a criação de uma proposta que aponta em outra direção, o município pode caminhar para a construção de um modelo fundamentado na Vigilância da Saúde.

A Figura 1 sintetiza essa possibilidade de atuação do município, articulando, para cada um dos níveis de atenção, as distintas propostas e “projetos estruturantes” que se encontram em debate na presente conjuntura.¹⁶ Neste esquema, porém, o distrito sanitário abrange os três níveis de atenção e o PSF não está confinado na Atenção Primária à Saúde (APS). A saúde da família “invade” os níveis de atenção secundária e terciária na medida em que sua equipe,

Figura 1 - Vigilância da Saúde



particularmente o médico e a enfermeira, pode se responsabilizar pelo paciente e pelo apoio à sua família, acompanhando-o na atenção especializada, inclusive na assistência hospitalar. Haveria situações em que o médico de família, respeitados os preceitos éticos em relação aos seus colegas do hospital, discutiria procedimentos diagnósticos e terapêuticos, além de proceder visitas hospitalares durante a internação do seu paciente.

Vigilância em saúde e Vigilância da Saúde

1. A vigilância no campo da Saúde Pública

Em um trabalho elaborado na segunda metade dos anos 70, Juan César Garcia chamava a atenção para a evolução dos enfoques que se desenvolveram ao longo da história da Saúde Pública, comentando sua similitude com a evolução da “arte da guerra” que partia da idéia inicial de “eliminação do inimigo”, oriunda da “guerra de movimento”, traduzida no campo da Saúde Pública com a noção de “erradicação”, passando pela idéia de “controle”, provinda da “guerra de posição”, até a noção de “vigilância” que corresponderia ao período da “guerra fria”.¹⁷

De fato, o desenvolvimento conceitual, metodológico e instrumental da Saúde Pública contemporânea corresponde aos avanços da bacteriologia e parasitologia, a partir do final do Século XIX, com as descobertas que possibilitaram o estabelecimento de estratégias de combate às doenças infecciosas e parasitárias, através, basicamente, de práticas que, tomando como objeto os “modos de transmissão”,¹⁸ utilizam técnicas de controle de vetores, saneamento ambiental e educação sanitária das populações.

Do ponto de vista operacional, essas estratégias apresentaram uma mutação em suas finalidades, dos objetivos iniciais de “erradicação” de determinadas doenças, como aliás veio a acontecer com a varíola e presentemente com a poliomielite, para a constatação das dificuldades de erradicação de

algumas doenças, base das propostas de “controle”, originadas do combate à malária e à tuberculose em meados do século XX, até a assimilação da noção de “vigilância epidemiológica”, que passou a ser usada mais amplamente a partir dos anos 50.¹⁹

O desenvolvimento da Epidemiologia, já nas primeiras décadas deste século, registra tentativas de expansão do seu objeto para além das doenças infecto-contagiosas, desenvolvendo-se, nas décadas de 30 e 40, esforços de sistematização teórica do conceito de “risco”. Só a partir dos anos 60, porém, com o extraordinário desenvolvimento das técnicas de computação de dados, é que esta disciplina adquire a autonomia que a caracteriza atualmente como eixo da produção de conhecimentos sobre problemas de saúde em uma perspectiva coletiva.²⁰

A incorporação da noção de “risco” e especialmente a busca de identificação dos “fatores de risco” envolvidos na determinação das doenças, não só as infecto-contagiosas mas principalmente as crônico-degenerativas, que passavam a ocupar um lugar predominante no perfil epidemiológico das populações em sociedades industriais,²¹ vem provocando a modernização das estratégias de ação no campo da Saúde Pública, tanto pela ampliação e diversificação do seu objeto quanto pela incorporação de novas técnicas e instrumentos de geração de informações e organização das intervenções sobre “danos”, “indícios de danos”, “riscos” e “condicionantes e determinantes” dos problemas de saúde.²²

Desse modo, além da ampliação do objeto dos “programas de controle” que tendem a ultrapassar o limite estreito das doenças infecciosas e parasitárias, dirigindo-se a grupos populacionais expostos a riscos diferenciados de adoecer e morrer, a exemplo dos programas de “saúde materno-infantil”, “saúde do trabalhador”, “saúde do idoso”, etc., vêm se observando, notadamente a partir dos anos 70, a formulação e implementação de propostas

dirigidas à montagem de “sistemas de vigilância epidemiológica”, cuja tradução operacional pretende ser uma ampla rede de unidades geradoras de dados que permitam a adoção de decisões e a execução de ações de investigação e controle.

O desenvolvimento institucional da Saúde Pública no Brasil, ilustra, com algumas particularidades, a evolução conceitual e a modernização tecnológica e operacional que apontamos acima. Das campanhas sanitárias do início do século (sanitarismo campanhista), aos sistemas de vigilância epidemiológica propostos em meados dos anos 70, no contexto das políticas racionalizadoras desencadeadas com os chamados Programas de Extensão de Cobertura-PECS, até o debate sobre a integração” entre a vigilância epidemiológica e a vigilância sanitária na segunda metade dos anos 80, na época da implantação do SUDS.

De fato, a institucionalização dos programas de erradicação e controle e a implantação da vigilância no Brasil, ao longo dos últimos 90 anos, implicou, do ponto de vista político-institucional, a organização centralizada (federal) de órgãos e departamentos responsáveis pelas campanhas e programas, ao tempo em que se cristalizava uma distinção entre a vigilância epidemiológica, voltada para o controle de “casos” e “contatos”, e a vigilância sanitária, voltada para o controle de “ambientes, produtos e serviços”.

Embora se possa considerar que do ponto de vista técnico-operacional há especificidades que justificam a existência dessas “vigilâncias”, a primeira, a epidemiológica, obedecendo a uma racionalidade técnico-sanitária fundada na clínica e na epidemiologia, e a segunda, obedecendo a uma racionalidade político-jurídica, fundada nas normas que regulamentam a produção, distribuição e consumo de bens e serviços,²³ não se justificaria a sua institucionalização como órgãos separados, particularmente no âmbito municipal.

Em meados dos anos 70, quando se

difundiu a concepção sistêmica, foi proposta a criação do SNVE – Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, estabelecendo-se as bases legais (Lei nº 6.259) e promovendo-se uma certa desconcentração das ações para as Secretarias de Saúde dos estados.²⁴ Nos anos 80, especialmente com o SUDS, dinamizou-se o debate sobre a ampliação do objeto da vigilância epidemiológica,²⁵ ao tempo em que se desencadeou uma reflexão sobre a vigilância sanitária, a partir da constatação da fragilidade dos órgãos nacional e estaduais responsáveis por estas práticas. Isto gerou, inclusive, a reflexão sobre os limites e possibilidades de “integração” institucional das “vigilâncias”, debate ainda atual, na medida em que se avance para a formulação e implementação de um sistema de Vigilância da Saúde como proposto, inclusive, em uma oficina de trabalho realizado no Congresso Brasileiro de Epidemiologia realizado em 1995.²⁶

A fundamentação dessa proposta se baseia, de um lado, nos avanços conceituais, metodológicos e instrumentais no campo da Epidemiologia Crítica¹⁸ e, de outro, na análise do contexto político-institucional decorrente do processo de construção do SUS, especialmente no que se refere à descentralização das ações de vigilância da saúde para os municípios. Para discutir esse processo, na perspectiva do município, é importante revisar, brevemente, o debate atual na área, identificando as vertentes conceituais e as propostas metodológicas existentes.

2. O debate sobre Vigilância da Saúde na América Latina

As distintas vertentes do debate em torno da Vigilância se expressam na utilização de variações terminológicas como “Vigilância da Saúde”, “Vigilância à Saúde” e “Vigilância em Saúde”. O eixo comum é a abertura para a epidemiologia,²⁷ tanto no que diz respeito à sua contribuição para a análise dos problemas de saúde que transcenda a mera sistematização de indicadores gerais, quanto no âmbito do

debate sobre planejamento e organização de sistemas e serviços,²⁸ isto é, na implantação de novas práticas e novos “modelos assistenciais”.

As tentativas de aproximação entre a epidemiologia, o planejamento e a organização dos serviços, enquanto um “movimento”, organizado institucionalmente que transcende o interesse e a iniciativa singular de um ou outro pesquisador, dirigente ou técnico, ganharam força nos anos 80, a partir dos eventos realizados após o Seminário sobre “Usos e perspectivas da Epidemiologia”,²⁹ realizado em Buenos Aires. As duas temáticas, porém, ainda apareciam separadas: de um lado, a planificação e programação de sistemas de serviços; de outro, a elaboração de programas dirigidos ao controle de doenças específicas, ou programas dirigidos a grupos populacionais específicos, nos quais se incluíam ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e recuperação.

Já na Conferência da ALAESP - Associação Latinoamericana e do Caribe de Educação em Saúde Pública, realizada no México em 1987, aparece explicitada uma análise crítica dos processos desencadeados a partir do Seminário de 1983, identificando-se limitações no exercício da capacidade analítica da situação de saúde prevalente nos países da região, apontando-se a necessidade de que “a investigação e análise sistemática da situação de saúde deve reforçar nos países a capacidade para um maior e melhor uso dos dados de mortalidade e morbidade na identificação de prioridades e na avaliação dos resultados das ações dos programas e serviços”.³⁰

Um dos documentos básicos do encontro abordava especificamente a “Epidemiologia e organização de serviços” apontando o interesse renascente, sobretudo em centros de investigação e ensino, no desenvolvimento de estudos de grupos específicos de população, buscando-se evidenciar as relações entre condições de vida e trabalho com a situação de saúde. O autor, Pedro Luis Castellanos, sugere que “para recuperar o

enorme potencial que hoje encerram as técnicas quantitativas para a avaliação de riscos e associações causais, a fim de se alcançar um maior impacto na planificação e gestão dos serviços de saúde, será necessário que a epidemiologia recupere, como espaço privilegiado de investigação causal, a explicação da situação de saúde de grupos específicos da população e avaliação de relações causais mais complexas e menos lineares que as de causa-efeito”.³¹

Castellanos desenvolve várias considerações sobre a difusão que vinha sendo feita das “estratégias de alto risco”, derivadas de conhecimentos sobre os fatores de risco de casos individuais de uma enfermidade, em contraposição à chamada “estratégia populacional” ou de “saúde pública”, na conformação dos modelos assistenciais dos países latino-americanos. Ainda que reconheça certas vantagens das estratégias de “alto risco”, chama a atenção para que estas tendem a estimular o desenvolvimento de modelos assistenciais verticais ou específicos para alguma enfermidade, tais como os programas de erradicação e controle de doenças transmissíveis fomentados pelas agências internacionais desde o início do século. Entre suas deficiências, o autor aponta que este tipo de programa contribui muito pouco para o desenvolvimento de serviços permanentes de saúde para a população geral, ademais de ser pouco estimulante da participação popular.³¹

A temática que emergiu e passou a interessar crescentemente tanto planejadores quanto epidemiólogos interessados nas questões relacionadas com os serviços, na segunda metade dos anos 80, foi a dos “modelos assistenciais”. No final da década de 80 e início da de 90, a OPS desencadeou uma reflexão coletiva em torno do MPPS - Modelo de Prestação de Serviços de Saúde, promovendo reuniões específicas sobre os distintos “componentes” deste modelo segundo a concepção já clássica dos níveis de prevenção oriundos da Medicina Preventiva: Promoção da Saúde (julho de 1990), Prevenção de Enfermidades (fevereiro de 1990) e Recuperação (setembro de 1989). Uma das

conclusões mais importantes desses encontros foi a constatação de quão pouco desenvolvidos se encontravam, nos diversos países, os componentes de Promoção (praticamente inexistente) e o de Prevenção (restrito na maioria das vezes aos programas tradicionais da Saúde Pública, inclusive as ações de Vigilância epidemiológica e sanitária).³²

3. As vertentes do debate sobre Vigilância da Saúde no Brasil

No Brasil, o debate sobre a articulação entre a epidemiologia, o planejamento e a organização dos serviços foi contemplado durante o II Congresso Brasileiro de Epidemiologia realizado em Belo Horizonte, em 1992. Nesta ocasião, Guilherme Rodrigues da Silva chamou a atenção para a importância do modelo proposto por Castellanos (1992) para a análise da situação de saúde e suas tendências na população, destacando a ênfase concedida pelo autor à reprodução social das condições de vida e seu reflexo como problemas de saúde. Acrescenta que “seria da maior conveniência a sua ampliação na análise da implementação de programas e reformas dos sistemas de serviços, numa perspectiva diferente daquela predominante nas análises da realidade nacional”.³³

A possibilidade de que análises mais abrangentes da situação de saúde conduzissem a propostas de reorganização dos serviços é discutida por Paim, com base em um diagrama que ilustra o processo de transição para um novo modelo assistencial, no qual a oferta organizada

de serviços viesse a suplantiar as ações dirigidas ao atendimento da chamada “demanda espontânea”, bem como as ações realizadas a partir da implantação dos chamados “programas especiais” dirigidos a grupo populacionais específicos (Figura 2).⁴ A “organização da oferta” ou “oferta programada” seria o espaço de articulação do enfoque epidemiológico, na medida em que a programação e execução das ações e serviços deveria partir da identificação dos problemas e necessidades da população em territórios delimitados, a exemplo do que vinha ocorrendo em vários Distritos Sanitários em processo de implantação.

A preocupação com a construção de um modelo assistencial que articulasse os conhecimentos e técnicas providos da epidemiologia, do planejamento e das ciências sociais em saúde se expressou na utilização do termo “vigilância à saúde”, definindo-se que esta “trabalha com conceituação ampla do papel da epidemiologia nos serviços de saúde, incluindo avaliação e pesquisa.” (...) e, “em suas propostas de ação, deve apreender a desigualdade social e portanto a distribuição desigual de agravos à saúde. Essa apreensão representa um deslocamento da sua base conceitual, do exclusivo controle e/ou erradicação dos agentes para a compreensão das relações sociais que definem a desigualdade”.³⁴

Já no terceiro Congresso de Epidemiologia, aparece a distinção entre uma concepção “ampla” e outra “restrita” da

Figura 2 - Diagrama de transição para o novo modelo assistencial



*Vigilância da Saúde.*²⁶ A concepção "restrita" entende por Vigilância à Saúde, um conjunto de ações voltadas para o conhecimento, previsão, prevenção e enfrentamento continuado de problemas de saúde, selecionados e relativos aos fatores e condições de risco, atuais e potenciais, e aos acidentes, incapacidades, doenças- incluindo as zoonoses, e outros agravos à saúde de uma população num território determinado", significando, portanto, uma ampliação da vigilância epidemiológica, com incorporação da vigilância sanitária, sem, entretanto, prever a reorganização do conjunto das ações e serviços de atenção à saúde, aí incluídas a intervenção sobre determinantes sociais, de um lado, e a assistência médico-hospitalar, de outro.

Por seu turno, a concepção ampliada fundamentar-se-ia no diagrama proposto por Paim (Figura 3), "resgatando o desenvolvimento conceitual e metodológico que se vem verificando a partir de uma visão ampliada de Saúde e da formulação de modelos de interpretação dos determinantes, riscos, agravos e danos, à luz da moderna Epidemiologia, articulando-os em um esquema operacional que resgata e amplia o modelo clássico da História Natural das Doenças, incorporando desde as ações sociais organizadas pelos distintos atores até as ações específicas de prevenção de riscos e agravos, bem como as de recuperação e reabilitação de doentes."

Paralelamente ao debate conceitual e metodológico, desenvolveu-se uma reflexão sobre a organização das ações de vigilância no âmbito do SUS, contemplando aspectos político-institucionais e operativos.^{25,35} Já em 1990, discutia-se que "a reorganização das atividades de vigilância epidemiológica no país, na perspectiva de um sistema único de saúde, deve levar em consideração a redefinição das funções próprias de cada um dos três níveis básicos deste sistema: o nível local, abrangendo um ou mais municípios, parte de um município e compreendendo um conjunto de unidades prestadoras de serviços; o intermediário ou estadual e o nível nacional."

Chamava-se a atenção, inclusive, para que "o papel de cada nível poderá variar de acordo

com as características da situação epidemiológica do agravo ou da doença objeto de vigilância e também de acordo com o grau de desenvolvimento, disponibilidade de recursos e capacidade técnico-operacional das diferentes áreas geográficas". Percebe-se, portanto, a emergência de uma concepção flexível, heterogênea, baseada na própria heterogeneidade epidemiológica e sanitária existente no país.²⁵

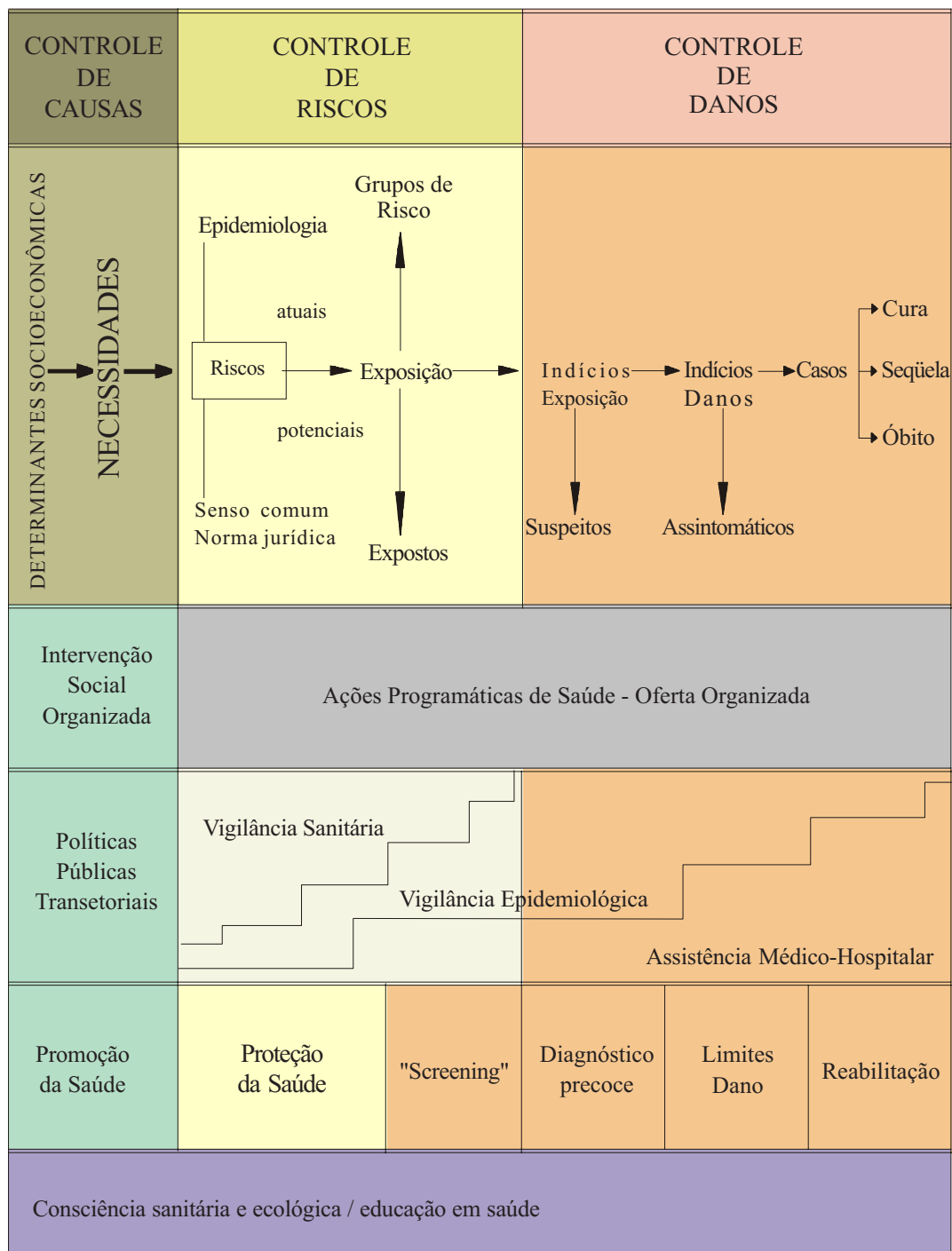
A proposta de descentralização das ações de vigilância, partindo da análise crítica do sistema vigente, considerado "burocratizado", ganha forma na primeira metade dos anos 90, quando se chegou a formular, inclusive, uma proposta de criação de "Centros de Epidemiologia a nível local/regional" bem como a constituição de uma "estrutura estadual de controle de vetores e ações sobre o meio", devendo "ser buscado o objetivo de promover a municipalização das ações, através do estímulo ao desenvolvimento, nos municípios, de capacidade técnica e operacional de controle de vetores e ações sobre o ambiente".³⁵

Em 1995, a proposta de organização de um "subsistema de Vigilância da Saúde no SUS" ganha contornos mais definidos, com o debate em torno de um anteprojeto de lei que define os objetivos e atribuições de cada nível do SUS. Cabe ressaltar que a proposta suscitou questionamentos sobre "os riscos de se reduzir um rico e dinâmico processo social, que envolve múltiplos atores, em contextos diferenciados, com experimentação de métodos, técnicas e instrumentos diversificados, necessariamente aberto e pouco previsível, a um "sistema" que pode tender a se colocar como uma "camisa-de-fôrça".²⁶

Pelo exposto até aqui, percebe-se que o debate atual sobre a Vigilância da Saúde apresenta algumas vertentes, que poderiam ser sintetizadas como segue:

a) Vigilância da Saúde equivalendo a Análise de Situações de Saúde. Ainda que ampliando e redefinindo o objeto de análise - situações de saúde de grupos populacionais definidos em função de suas condições de vida,

Figura 3 - Diagrama de Vigilância da Saúde

Fonte: PAIM, J.S. 1994⁴

esta acepção restringe o alcance da proposta ao monitoramento da situação de saúde, não incorporando as ações voltadas ao enfrentamento dos problemas. Do ponto de vista da prática epidemiológica em serviços tem significado uma ampliação dos objetos de vigilância epidemiológica, que passam a abarcar não apenas as doenças transmissíveis, incorporando investigações e montagem de bancos de dados sobre outros agravos como mortalidade infantil, materna, doenças crônicas, acidentes e violência, como também aspectos relativos à organização e produção dos serviços de saúde, contribuindo para um planejamento de saúde mais abrangente.^{36,37}

b) *Vigilância da Saúde como proposta de “integração” institucional entre a Vigilância epidemiológica e a Vigilância sanitária, inicialmente no âmbito do processo de descentralização das ações para os órgãos estaduais (SES) e, atualmente, inserindo-se no processo de municipalização. Esta vertente se concretizou em várias das reformas administrativas levadas a cabo pelas Secretarias Estaduais de Saúde na primeira metade dos anos 90, com a criação de Departamentos de Vigilância da Saúde, resultando, em alguns casos, no fortalecimento das ações de vigilância sanitária e articulação com centros de saúde do trabalhador, constituindo-se, entretanto, no espaço privilegiado para a implementação das campanhas de imunização e programas de controle de epidemias e endemias.*

c) *Vigilância da Saúde como uma proposta de redefinição das práticas sanitárias, havendo duas concepções, que, embora não sejam divergentes, enfatizam aspectos distintos: uma, que privilegia a dimensão técnica, ao conceber a vigilância à saúde enquanto um modelo assistencial alternativo conformado por um conjunto de práticas sanitárias que encerram combinações tecnológicas distintas, destinadas a controlar determinantes, riscos e danos⁴; outra que privilegia a dimensão gerencial da noção de vigilância à saúde, caracterizando-a como*

“uma prática que organiza processos de trabalho em saúde sob a forma de operações, para confrontar problemas de enfrentamento contínuo, num território delimitado (...) através de operações montadas sobre os problemas em seus diferentes períodos do processo saúde-doença.”³

Percebe-se que a primeira definição chama a atenção para o objeto da vigilância, concebido na perspectiva das relações entre os modos de vida dos distintos grupos populacionais e as diversas expressões do processo saúde-doença. A segunda, por sua vez, destaca os meios de trabalho, isto é, os métodos, técnicas e instrumentos gerenciais necessários para a operacionalização das práticas de vigilância da saúde. Poderíamos acrescentar que tais práticas também diferem das ações tradicionais de vigilância epidemiológica e sanitária ao apontarem a possibilidade de incorporação de outros sujeitos, gerentes de serviços, técnicos e representantes de grupos organizados da população.

Comparando esta concepção de Vigilância da Saúde com os modelos assistenciais vigentes (médico-assistencial e sanitarista, hegemônicos) constatam-se as diferenças com relação aos sujeitos, objeto, métodos e forma de organização dos processos de trabalho (Figura 4). Enquanto o modelo médico-assistencial privilegia o médico, tomando como objeto a doença, em sua expressão individualizada e utiliza como meios de trabalho os conhecimentos e tecnologias que permitem o diagnóstico e a terapêutica das diversas patologias, o modelo sanitarista tem como sujeitos os sanitaristas, cujo trabalho toma por objeto os modos de transmissão e fatores de risco das diversas doenças em uma perspectiva epidemiológica, utilizando um conjunto de meios que compõem a tecnologia sanitária (educação em saúde, saneamento, controle de vetores, imunização, etc.)

A Vigilância da Saúde, todavia, propõe a incorporação de novos sujeitos, extrapolando o conjunto de profissionais e trabalhadores de

Figura 4 - Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde

Modelo	Sujeito	Objeto	Meios de Trabalho	Formas de Organização
<i>Modelo médico-assistencial privatista</i>	<i>Médico . especialização complementariedade (paramédicos)</i>	<i>Doença (patologia e outras) Doentes (clínica e cirurgia)</i>	<i>Tecnologia médica (indivíduo)</i>	<i>Rede de serviços de saúde Hospital</i>
<i>Modelo sanitarista</i>	<i>Sanitarista - auxiliares</i>	<i>Modos de transmissão Fatores de risco</i>	<i>Tecnologia sanitária</i>	<i>Campanhas sanitárias Programas especiais Sistemas de vigilância epidemiológica e sanitária</i>
<i>Vigilância da saúde</i>	<i>Equipe de saúde População (cidadãos)</i>	<i>Danos, riscos, necessidades e determinantes dos modos de vida e saúde (condições de vida e trabalho)</i>	<i>Tecnologias de comunicação social, de planejamento e programação local situacional e tecnologias médico-sanitárias</i>	<i>Políticas públicas saudáveis Ações intersectoriais Intervenções específicas (promoção, prevenção e recuperação) Operações sobre problemas e grupos populacionais</i>

saúde ao envolver a população organizada, o que corresponde à ampliação do objeto, que abarca, além das determinações clínico-epidemiológicas no âmbito individual e coletivo, as determinações sociais que afetam os distintos grupos populacionais em função de suas condições de vida. Nessa perspectiva, a intervenção também extrapola o uso dos conhecimentos e tecnologias médico-sanitárias e inclui tecnologias de comunicação social que estimulam a mobilização, organização e atuação dos diversos grupos na promoção e na defesa das condições de vida e saúde.

As formas de organização dos processos de trabalho envolvidas em cada um desses modelos são diversas. Do trabalho intensivo condensado na rede de prestação de serviços de saúde, cujo locus privilegiado no modelo médico-assistencial é o hospital, passa-se, no modelo sanitarista, para as unidades de saúde, a partir das quais se operacionalizam as campanhas, programas e ações de vigilância epidemiológica e sanitária. A proposta de Vigilância da Saúde, entretanto, transcende os espaços institucionalizados do “sistema de serviços de saúde” e se expande a outros setores e órgãos de ação governamental e não governamental, envolvendo uma trama complexa de entidades representativas dos interesses de diversos grupos sociais.

Em síntese, a Vigilância da Saúde apresenta sete características básicas: a) Intervenção sobre problemas de saúde, (danos, riscos e/ ou determinantes); b) Ênfase em problemas que requerem atenção e acompanhamento contínuos; c) Operacionalização do conceito de risco; d) Articulação entre ações promocionais, preventivas e curativas; e) Atuação intersectorial; f) Ações sobre o território; g) Intervenção sob a forma de operações.

A Vigilância da Saúde corresponderia, assim, a um modelo assistencial que incorpora e supera os modelos vigentes, implicando a redefinição do objeto, dos meios de trabalho, das atividades, das relações técnicas e sociais, bem como das organizações de saúde e da cultura sanitária. Nessa perspectiva, aponta na direção da superação da dicotomia entre as chamadas práticas coletivas (vigilância epidemiológica e sanitária) e as práticas individuais (assistência ambulatorial e hospitalar) através da incorporação das contribuições da nova geografia, do planejamento urbano, da epidemiologia, da administração estratégica e das ciências sociais em saúde, tendo como suporte político-institucional o processo de descentralização e de reorganização dos serviços e das práticas de saúde ao nível local.

A operacionalização da vigilância da saúde no município

Várias propostas e recomendações específicas visando à criação de condições para a operacionalização da vigilância da saúde têm sido feitas em vários encontros, seminários e congressos realizados nos últimos anos, valendo a pena ressaltar duas questões centrais: a capacitação de pessoal para o exercício das atividades de vigilância, na perspectiva ampliada que foi sendo construída, e o aperfeiçoamento dos sistemas de informação visando à expansão das bases de dados, à qualidade das informações e à articulação entre os diversos subsistemas, inclusive os derivados da atenção médico-hospitalar.

A primeira questão foi objeto de uma proposta elaborada sob patrocínio do CENEPI, tratando de superar o modelo pedagógico dos cursos de epidemiologia realizados no início dos anos 90 e incorporando a metodologia de planejamento estratégico situacional, para a formação e capacitação em vigilância da saúde.³⁸

A segunda questão foi objeto das duas outras Oficinas de Trabalho realizadas em Congressos de Epidemiologia, nas quais foram sistematizadas várias recomendações: a) elaboração de propostas de padronização e compatibilização dos principais bancos de dados nacionais; b) elaboração de estratégia para a capacitação em larga escala de recursos humanos em nível municipal, estadual e federal, para a utilização dos bancos de dados existentes preparando-os para análise, planejamento e avaliação de saúde, com a finalidade de utilizar a informação para a tomada de decisões; c) construção de uma Base Mínima de Dados Municipais (BMIM), integrando na mesma unidade geográfica informações demográficas, socioeconômicas e epidemiológicas necessárias para o gerenciamento do SUS.^{39,40}

No momento atual, a elaboração de propostas de operacionalização da vigilância toma como eixo central o processo de municipalização. Considerando os incentivos financeiros previstos na NOB 96, as ações de

capacitação de pessoal e cooperação técnica previstas no VIGISUS, a possibilidade de assessoria por parte das SES e instituições acadêmicas, o município é posto diante do desafio de reorientar o conjunto de ações e serviços desenvolvidos no sistema municipal de saúde, quais sejam: a) Assumir e consolidar a Vigilância epidemiológica; b) Assumir e consolidar a Vigilância sanitária; c) Assumir e implementar os programas de saúde da família; d) Reorganizar o perfil de oferta das unidades básicas, considerando os programas especiais e o perfil epidemiológico da população; e) Articular a atenção de média e alta complexidade, fortalecendo a rede pública e renegociando a compra de serviços ao setor privado; f) Redefinir a assistência laboratorial e farmacêutica.

Levando em conta a heterogeneidade das situações dos municípios, mais do que implementar as propostas e diretrizes emanadas do nível federal e estadual, o desafio maior para os prefeitos e secretários municipais de saúde é definir a linha com que vão conduzir a política de saúde municipal articulando distintos elementos gerenciais, financeiros, programáticos, organizativos e operacionais.

Adotar a concepção ampliada de Vigilância da Saúde, visando à transformação do modelo de atenção à saúde ao nível municipal, implica, em primeiro lugar, avançar no processo de municipalização da gestão do sistema e da gerência das unidades de saúde localizadas no território dos municípios. Em segundo lugar, implica investir na articulação intersetorial, na reorganização da atenção primária (oferta organizada e ações de promoção da saúde e prevenção de riscos e agravos, partindo dos territórios da "saúde da família", aos territórios distrital e municipal) e no fortalecimento do controle social sobre a gestão do sistema de saúde.

Trata-se, portanto, de desencadear um processo de construção das práticas de Vigilância da Saúde, tendo como eixo central o trinômio

"informação-decisão-ação",⁴¹ que se traduz do ponto de vista técnico-operacional, no uso de métodos/técnicas de planejamento que dêem suporte ao processo de identificação e priorização de problemas de grupos populacionais de territórios delimitados e à articulação de operações integradas de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação destinadas ao enfrentamento contínuo dos problemas selecionados.

O ponto de partida para o desencadeamento do processo de planejamento da vigilância à saúde é a **Territorialização** do sistema municipal de saúde, isto é, o reconhecimento e o esquadramento do território do município segundo a lógica das relações entre condições de vida, saúde e acesso às ações e serviços de saúde. Isto implica um processo de coleta e sistematização de dados demográficos, socioeconômicos, político-culturais, epidemiológicos e sanitários que, posteriormente, devem ser sistematizados de modo a se construírem o mapa básico e os mapas temáticos do município.^{42,43,44,45}

Um mapa básico contém a delimitação territorial do município, com o desenho da configuração urbano-rural, ou seja, a delimitação dos distritos, bairros, ruas, contemplando o adensamento demográfico da população. Os mapas temáticos implicam, em primeiro lugar, localização espacial dos serviços de saúde e outros equipamentos sociais, como creches, escolas, igrejas, etc., com a delimitação das vias de acesso da população aos serviços, o que já dá uma idéia dos fluxos de demanda às diversas unidades de saúde do município. Em segundo lugar, deve-se fazer a caracterização dos diversos grupos populacionais do município segundo suas condições de vida, o que permitirá a justaposição do mapa básico com o mapa temático dos serviços de saúde e o mapa temático das condições de vida. Finalmente, é necessário fazer a distribuição espacial dos principais problemas de saúde, identificados em função de informações epidemiológicas extraídas de bancos de dados oficiais ou obtidas

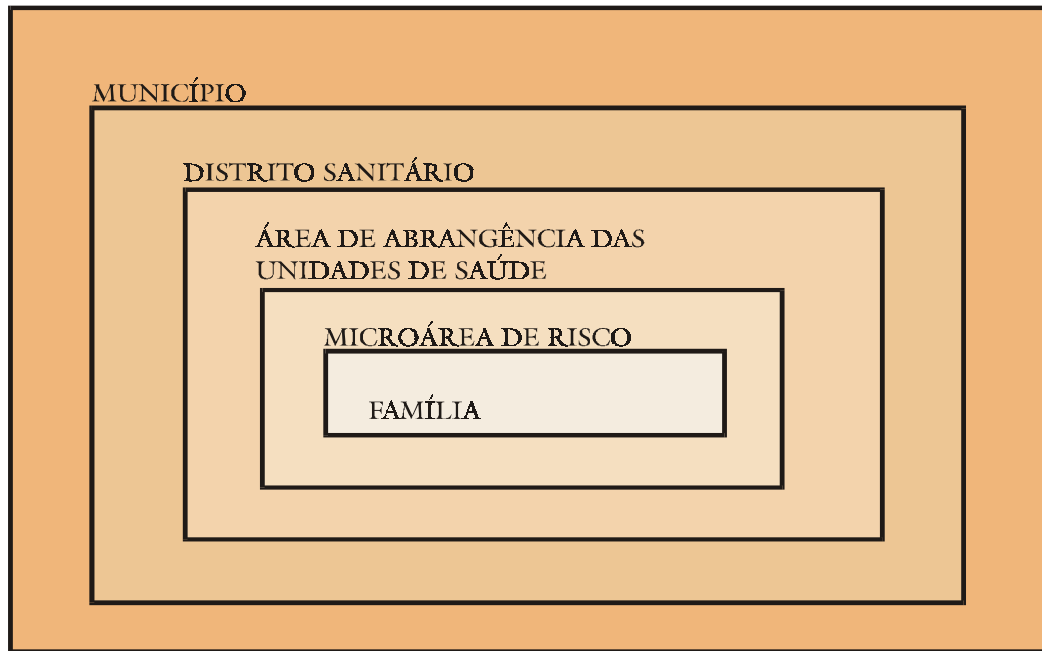
através de "estimativa rápida" com "informantes-chave", cruzando estas informações com os mapas elaborados anteriormente.⁴⁵

O processamento das informações e a sua projeção em mapas permite a identificação de vários territórios superpostos no âmbito do município. Assim é que as experiências de distritalização em curso permitiram que se avançasse para a identificação do "território distrito" (ou município, caso este corresponda a um DS), cuja base é geográfico-populacional, configurada segundo a distribuição da população nos vários aglomerados urbanos (bairros, favelas, invasões, etc.), ao qual se superpõe o "território área de abrangência das unidades de saúde", delimitadas em função da demanda aos serviços. Em seguida, é possível delimitar as "microáreas" em função das condições de vida e mapear os principais problemas que atingem grupos populacionais e até grupos de famílias específicos em determinadas ruas e bairros (Figura 5).

O propósito fundamental desse processo de territorialização é permitir a definição de prioridades em termos de problemas e grupos, o mais aproximadamente possível, o que se refletirá na definição das ações mais adequadas, de acordo com a natureza dos problemas identificados, bem como na concentração de intervenções sobre grupos priorizados e, conseqüentemente, em um maior impacto positivo sobre os níveis de saúde e as condições de vida. Trata-se do uso inteligente da epidemiologia, através da "microlocalização dos problemas de saúde, a intervenção no âmbito populacional pautada no saber epidemiológico e a apropriação de informações acerca do território-processo, visando à integralidade, à intersetorialidade, à efetividade e à equidade".³

Uma vez que se conte com a territorialização do município em função das condições de vida e saúde, enquanto parte da análise da situação de saúde, é possível dar seguimento ao processo de planejamento e programação local que não se esgota na mera racionalização da oferta de serviços

Figura 5 - Territorialização dos Problemas e das Ações de Saúde no Município



ambulatoriais e hospitalares, tal como ocorreu na maioria dos estados durante o primeiro movimento da Programação Pactuada Integrada – PPI. Sem negar a importância da utilização do planejamento como instrumento de racionalização, a construção da Vigilância da Saúde exige a utilização de um enfoque mais abrangente, situacional, que incorpore como objeto de intervenção os problemas de saúde e seus determinantes.^{46,47}

Nessa perspectiva, o planejamento e a programação não se resumem a uma simples técnica que pode ser reproduzida em qualquer circunstância de tempo ou lugar, senão que envolve sujeitos dotados de vontade política, o que significa dizer que podem ser não apenas instrumentos de manutenção de uma determinada situação, mas também podem ser instrumentos de mudança e de transformação desta situação.⁴⁸ Não se trata de fazer tudo que é possível tecnicamente, e sim aquilo que é necessário para dar conta dos **Problemas** reais existentes na população de um determinado território, seja este uma microárea onde se

localizam famílias em condições de vida precárias, em uma área de abrangência de uma Unidade de Saúde ou no município como um todo.

Planejar a partir da identificação, descrição e análise dos determinantes sociais dos problemas de saúde implica a definição dos objetivos, metas, ações e atividades que serão realizadas para o enfrentamento dos problemas de saúde identificados e priorizados na área, com o estabelecimento dos responsáveis, prazos e recursos envolvidos. Do ponto de vista metodológico, o planejamento e programação situacional em saúde tem-se fundamentado na chamada “trilogia matusiana” – o PES, o MAPP e o ZOOP,^{49,50} originando propostas de Planejamento e programação local – PPLS orientadas para a operacionalização da Vigilância da Saúde.

O que importa ressaltar é que, com a utilização desse enfoque, o município pode construir uma “árvore de problemas” ou um “fluxograma situacional” para sistematizar as

informações acerca dos problemas de saúde, subsidiando assim um processo de tomada de decisões com relação ao “que fazer” para enfrentá-los. Essas decisões contemplam uma “árvore de objetivos” dos quais derivam as ações a serem realizadas nos territórios considerados em uma perspectiva intersetorial. Ou seja, as ações e serviços a serem desenvolvidos não se restringem àqueles que já são tradicionalmente ofertados pelas unidades de saúde, envolvendo um esforço adicional de mobilização e articulação de outros órgãos governamentais e não governamentais que atuam na área, inclusive a mobilização e envolvimento dos indivíduos, das famílias e das coletividades que vivem e trabalham neste local.

O conjunto das ações e serviços definidos para o enfrentamento dos problemas selecionados constituem as Operações a serem implementadas, segundo uma lógica que privilegie, não a organização de estruturas burocráticas para administrar os recursos humanos e materiais envolvidos e sim na perspectiva de flexibilização gerencial (por projetos) que implica a reorganização de equipes de trabalho e gerenciamento descentralizado e modular;^{51,52} privilegiando-se o controle gerencial e social do processo de implementação das ações.

Do ponto de vista do seu conteúdo, as Operações definidas no âmbito do município poderão incorporar desde ações políticas, de mobilização social no âmbito de organizações governamentais e não governamentais, até ações de saúde propriamente ditas, envolvendo a educação sanitária e comunicação social dirigidas a grupos específicos em função da distribuição social dos problemas de saúde, a ações de vigilância epidemiológica, sanitária, nutricional, até serviços de assistência direta a pessoas, ao nível ambulatorial e hospitalar. Cabe ressaltar a necessidade de adequação das ações propostas aos determinantes e condicionantes dos problemas, bem como às suas expressões fenomênicas (riscos e danos).

O desencadeamento de um processo de fortalecimento da autonomia político-gerencial

dos municípios e da elevação da sua capacidade técnico-operacional de planejamento, programação, controle gerencial e operacionalização de ações voltadas ao enfrentamento dos problemas de saúde em seu território faz parte, sem dúvida, do processo de reconstrução do Estado no momento atual. Para os municípios significa, concretamente, a possibilidade de, a partir das iniciativas em Saúde, reestruturarem a gestão Municipal em seu conjunto, em uma perspectiva democrática, participativa, tecnicamente competente e gerencialmente eficiente e efetiva.

Na perspectiva técnica da implementação da vigilância da saúde, a metodologia do planejamento e programação poderia ser aplicada em distintos momentos com a seguinte sequência lógica:

- a) análise da situação de saúde;
- b) desenho de situação-objetivo;
- c) desenho das estratégias;
- d) programação, acompanhamento e avaliação.

Para os municípios pequenos e médios que decidam apostar na construção dessa proposta, alguns passos podem ser sugeridos para sua implantação e operacionalização:

a) sensibilizar técnicos para desencadear a construção da proposta no âmbito institucional;

b) compor uma equipe mínima (dois ou três técnicos) capaz de reunir material bibliográfico e técnico sobre vigilância da saúde e de se articular com especialistas da Secretaria Estadual, de universidades e do Ministério da Saúde;

c) assumir esta equipe mínima enquanto um “grupo organizado para a ação” em vez de investir, inicialmente, na organização de uma estrutura ou órgão (departamento, divisão, setor, serviço, etc.);

d) estimular o entrosamento deste grupo com técnicos responsáveis por programas e serviços afins ao modelo de vigilância da saúde no município, a exemplo do PACS/PSE, vigilância epidemiológica, vigilância sanitária,

saúde ambiental, saúde ocupacional, programas especiais de controle de doenças e agravos, etc.;

e) garantir a capacitação e educação permanente da equipe inicial e programar o desenvolvimento de recursos humanos para a expansão do modelo;

f) reunir e sistematizar as informações disponíveis para identificar e priorizar os problemas de saúde que justificam um acompanhamento e atenção contínuos (ver planos municipais de saúde, anuários estatísticos de base municipal. Bases de dados disponibilizados pelo MS, etc.);

g) planejar e programar as operações (setoriais e intersetoriais) para enfrentamento continuado dos problemas selecionados, incluindo a montagem do sistema de informações em saúde;

h) montar uma gerência de operações e de projetos para execução, acompanhamento e avaliação dos mesmos.

Comentários finais

A opção por determinado modelo de atenção não está isenta de finalidades e valores, explícitos ou implícitos. Um mesmo rótulo ou proposta pode expressar-se, concretamente, em práticas distintas. De um modo ou de outro, tal proposta será aquilo que, em cada situação concreta, os sujeitos sociais, submetidos a determinadas relações econômicas, políticas e ideológicas, conseguirem imprimir da marca dos seus projetos.

O essencial, nos parece, todavia, é que a adoção da perspectiva da Vigilância da Saúde, enquanto eixo da reorientação do modelo assistencial do SUS, aponta caminhos para a superação da crise do sistema de saúde que levam em conta a realidade de cada município, tanto do ponto de vista político e cultural, quanto do ponto de vista social, epidemiológico e sanitário.

Planejar e programar o desenvolvimento da Vigilância da Saúde em um território específico exige um conhecimento detalhado das condições de vida e trabalho das pessoas que aí residem, bem como das formas de organização

e de atuação dos diversos órgãos governamentais e não governamentais, para que se possa ter “visão estratégica”, isto é, clareza sobre o que é necessário e possível de ser feito.

Exige também uma disponibilidade e um interesse muito grande em se envolver um **ação comunicativa**, isto é, em participar de um diálogo permanente com os representantes destes órgãos, com os representantes dos grupos sociais existentes e com as pessoas, de um modo geral, buscando envolvê-las em um trabalho coletivo cujo propósito maior é a reestruturação da ação coletiva em defesa da Saúde e da melhorias das condições de vida. Os saberes de planificação e a tecnologia de gestão disponíveis representam ferramentas significativas para a construção coletiva dessa proposta.⁵³

Finalmente, cabe considerar certos limites da reorganização das práticas sanitárias na perspectiva da vigilância da saúde. O primeiro ponto a destacar é a preocupação com a questão da mudança das condições de saúde, de melhorar o nível de saúde da população. A preocupação com o impacto nas experiências de implantação do modelo assistencial da vigilância da saúde não significa apenas um viés sanitarista. É, particularmente, político. O segundo ponto a ressaltar é a necessidade de contextualização, de modo que o modelo seja entendido como racionalidade e não como receita, prescrição normativa. Examinar, concretamente, o processo político em que está inserido. Trata-se de superar as dificuldades em trazer a questão do poder ao se discutir vigilância da saúde.

Temos a obrigação de contextualizar nosso discurso, de ver o que está acontecendo com a realidade na qual nos inserimos. Estamos vivendo processos políticos muito importantes ao nível nacional, inclusive na área de vigilância. A direção do Centro Nacional de Epidemiologia tem mudado diversas vezes. Que compromissos este centro tinha com a proposta de vigilância

da saúde? Quais os que pretende ter agora? Quais foram os motivos que levaram a essas mudanças? Seriam técnicos? Que repercussões podem ser esperadas para a epidemiologia e para o campo da Saúde Coletiva? Será que a análise da situação de saúde fundamenta a prioridade que parece se conceder a certos problemas de saúde?

Assim, é pertinente considerar a questão do **poder** para analisar a viabilidade da implantação e expansão da vigilância da saúde nos estados e, especialmente, nos municípios. A reorganização das práticas de saúde representa uma possibilidade teórica e um dos possíveis históricos da reorientação de sistemas de saúde. Insere-se na "região" dos modelos assistenciais, entendidos como combinação de tecnologias acionadas para o enfrentamento de problemas (danos e riscos) e necessidades de saúde (incluídas as carências e problemas, mas, também, oportunidades e projetos de vida pessoal ou de classe dos sujeitos sociais). Seguramente, outros projetos estão em curso, competindo ou até mesmo dominando a vigilância da saúde que formulamos, implementamos, acreditamos ou apostamos.

Esta reorganização das práticas de saúde pode envolver a recomposição dos **meios de trabalho**, a reestruturação das atividades (trabalho propriamente dito) dos agentes, e a redefinição das **relações sociais e técnicas** sob as quais se realiza o processo de trabalho. Cada uma dessas modificações pode ser estimulada pela identificação de novos problemas ou necessidades de saúde, bem como elaboração de conceituações distintas acerca do objeto dessas práticas. "*Habitus*" ou culturas organizacionais podem também potencializar ou neutralizar esses movimentos de reorganização das práticas.

A operacionalização dessas idéias supõe identificar novas maneiras de pensar o processo de trabalho em saúde. Portanto, independentemente das diversas concepções acerca da vigilância, é possível destacar a

preocupação com o impacto sobre o estado de saúde da população e a situação epidemiológica, isto é, com o **impacto sobre os danos, riscos e os determinantes das necessidades sociais de saúde**. Isto significa a possibilidade de reconceitualização do objeto das práticas de saúde e, por conseguinte, a formulação de indagações sobre a pertinência, consistência ou eficácia dos meios de trabalho e do trabalho propriamente dito utilizados para a apreensão e/ou transformação desse objeto.

O processo de distritalização (especialmente quando os distritos sanitários valorizam a dimensão técnica dos modelos assistenciais) e as ações programáticas de saúde, no âmbito local, podem alimentar, ao nível dos serviços de saúde, os movimentos de redefinição de práticas, inclusive na **perspectiva da vigilância da saúde**. Na medida em que se processa, no âmbito dos serviços, a reconceitualização do objeto das práticas de saúde e, quando for o caso, a reorganização do processo de trabalho dos agentes e a readequação dos instrumentos do trabalho (sejam tecnologias materiais ou não materiais), importa indagar se tais fatos, ao serem produzidos, geraram acumulações que impactaram a situação de saúde e em que tempos político e técnico.

Por que insistir nessas questões? Porque essas idéias que estamos trazendo, desenvolvendo e debatendo - que não são, necessariamente, novas, têm a ver com a possibilidade de que elas se construam e se constituam em novas realidades pela práxis dos sujeitos sociais. A preocupação do quanto se possa ou se deva **gerar poder** para poder continuar atuando é fundamental. Se não pretendemos que essas experiências permaneçam como "estudo piloto" precisamos, urgentemente, torná-las hegemônicas no sentido gramsciano. Seremos capazes de imprimir uma direção cultural e uma direcionalidade prática no cotidiano para o nosso projeto. Mesmo sem ser voluntaristas, temos que estar atentos para os movimentos do xadrez político no sentido de construir viabilidade para tal projeto na

perspectiva da Reforma Sanitária como resposta criativa à contra-reforma que nos estão fazendo engolir como se fora a única saída.

Não adianta muito insistirmos nas lembranças dos espaços de trabalho conquistados nos governos que possibilitaram essas inovações conceituais e técnicas. Os que chegaram depois todos conhecemos, especialmente o pavor deles diante do novo. Estas são questões muito concretas que nós precisamos debater. Perguntarmo-nos sempre em que medida essas práticas inovadoras que estamos construindo conseguem, efetivamente, criar poder para poder fazer melhor as coisas.

Bibliografia

1. Klekowsky BM, Roemer M, Werff AVD. *Sistemas Nacionales de Salud y su Reorientación hacia la Salud para Todos. Pautas para una política. Cuadernos de Salud Pública* 77:134, 1984.
2. BRASIL, Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. *Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado*. Brasília, Presidência da República, Imprensa Nacional, 1995.
3. Mendes EV. *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. HUCITEC-ABRASCO, São Paulo - Rio de Janeiro, 1993.
4. Paim JS. *A Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais*. In: Rouquayrol MZ, **Epidemiologia & Saúde**, 4ª ed., MEDSI, Rio de Janeiro, p.455 - 466, 1994.
5. Paim JS. *A reorganização das práticas de saúde em Distritos Sanitários*. In: Mendes EV, *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*, HUCITEC-ABRASCO, São Paulo - Rio de Janeiro, p. 187 - 220, 1993.
6. Teixeira CF, Melo C. (orgs.). *Construindo Distritos Sanitários: a experiência da cooperação Italiana em Saúde no município de São Paulo*, HUVITEC/CIS, São Paulo - Salvador, 1995.
7. Marinho de Souza ME, Kalighman AO. *Vigilância à Saúde: Epidemiologia, Serviços e Qualidade de Vida*. In: Rouquayrol, MZ, **Epidemiologia & Saúde**, 4ª ed., MEDSI, Rio de Janeiro, p. 467-476, 1994.
8. BRASIL, Ministério da Saúde. *10ª Conferência Nacional de Saúde, Anais*. Brasília, DE, 1996.
9. *Carta de Fortaleza. Saúde em Debate* 42:77-78, 1995.
10. Paim JS. *Organização em serviços de saúde: modelos assistenciais e práticas de saúde*. Salvador, p.25, 1996. (mimeo)
11. BRASIL, Ministério da Saúde. *Norma Operacional Básica 001/93*, 1993.
12. Paim JS. *Medicina familiar no Brasil: movimento ideológico e ação política*. In: *Saúde, crises e reformas*, UFBA- PROED, Salvador, Bahia, p. 151-183, 1986.
13. BRASIL, Ministério da Saúde, CENEPI. *VIGISUS*, 1998.
14. BRASIL, Ministério da Saúde. *Norma Operacional Básica 001/96*, 1996.
15. Mendes EV. *O consenso do discurso e o dissenso da prática social: notas sobre a municipalização da saúde no Brasil*. São Paulo, s. n. t., p.11, 1991.
16. Mendes EV. *Uma agenda para a saúde*. 1ª ed. HUCITEC, São Paulo, 1996.
17. Garcia JC. *A articulação da medicina e da educação na estrutura social*. In: Nunes E (org.), *Juan César Garcia: pensamento social em saúde na América Latina*, Cortez/ABRASCO, São Paulo, p.189-232, 1989.
18. Silva GR. *Avaliação e perspectivas da Epidemiologia no Brasil*. 1º Congresso Brasileiro de Epidemiologia, *Anais*. UNICAMP/ABRASCO, Campinas, SP, p.183-187, 1990.

19. Barata R. Reorientação das práticas de vigilância epidemiológica. In: *Seminário Nacional de Vigilância Epidemiológica. Anais. Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde-CENEPI, Brasília, p. 63-68, 1992.*
20. Almeida Filho N, Rouquayrol MZ. *Introdução à Epidemiologia Moderna. Apce/ABRASCO, Salvador, p.222, 1990.*
21. Barreto ML, Carmo EH. Situação de saúde da população brasileira: tendências históricas, determinantes e implicações para as políticas de saúde. **Informe Epidemiológico do SUS** 3/4:7-34, 1994.
22. Paim JS, Teixeira MG. Reorganização do sistema de vigilância epidemiológica na perspectiva do Sistema Único de Saúde (SUS). *Seminário Nacional de Vigilância Epidemiológica, Anais. Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde-CENEPI, p.93-144, 1992.*
23. Costa E. A Vigilância Sanitária: defesa e proteção da saúde. Tese de Doutorado. Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.
24. BRASIL, Lei nº 6.259. Brasília, 1975.
25. I Congresso Brasileiro de Epidemiologia. *Vigilância Epidemiológica - Reformulação do sistema face à municipalização dos serviços de saúde. Relatório de Oficina de Trabalho. Anais. UNICAMP-ABRASCO. Campinas, SP, p.33-36, 1990.*
26. III Congresso Brasileiro de Epidemiologia. *Vigilância à Saúde. Relatório de Oficina de Trabalho. Salvador, Bahia, p.11, 1997.*
27. Scharaiber LB. Epidemiologia em serviços: uma tecnologia de que tipo? **Informe Epidemiológico do SUS** 3:5-32, 1995.
28. Scharaiber LB. Políticas públicas e planejamento nas práticas de saúde. **Saúde em Debate** 47:28-35, 1995.
29. OPS. Usos e perspectivas da Epidemiologia, Documentos del Seminario. Publicación PNSP 84-47, Washington, D. C. p.243, 1984.
30. St John R. La necesidad de un pensamiento epidemiológico en los servicios de salud y la formación de recursos humanos. In: OPS. *La formación en Epidemiologia para el desarrollo de los servicios de salud. Série Desarrollo de Recursos Humanos, nº 88, Washington, D.C., p.19-24, 1987.*
31. Castellanos PL. Epidemiologia y organización de los servicios. In: OPS/OMS. *La formación en epidemiologia para el desarrollo de los servicios de salud. Série Desarrollo de Recursos Humanos, nº 88, Washington, D.C., p.30-40, 1987.*
32. OPS. Promoción de liderazgo y formación avanzada en Salud Pública: la prestación de servicios de salud. **Educación Médica y Salud** 3:193-425, 1992.
33. Silva GR. A epidemiologia na organização dos serviços de saúde. In: Costa ME, Souza RP (orgs.). *Qualidade de Vida: compromisso histórico da Epidemiologia. COOPMED/ABRASCO, Belo Horizonte, p.108-139, 1994.*
34. Mendonça EF, Cosenza GW, Carvalho DM, Gutierrez EB, Sevalho G, Ribeiro JGL, Toledo L, Alfradique MEM, Teixeira MG, Carvalho MS, Liebel M, Oliveira OL, Ladeira RM. Repensando a vigilância epidemiológica. Relatório de Oficina de Trabalho. II Congresso Brasileiro de Epidemiologia. In: Costa ME, Souza RP (orgs.) *Qualidade de Vida: compromisso histórico da Epidemiologia, COOPMEED/ABRASCO, Belo Horizonte, p.277-280, 1994.*
35. I Congresso Brasileiro de Epidemiologia, Anais. *Análise de programas de controle de doenças – avaliação de suas estratégias de integração ao SUS. Relatório de Oficina de*

- Trabalho. UNICAMP/ABRASCO, Campinas, SP, p. 37-43, 1990.*
36. Waldman CA. *As concepções de vigilância como instrumento de saúde pública e a implantação do SUS. In: Seminário Nacional de Vigilância Epidemiológica, Anais. Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde-CENEPI, Brasília, p.45-51, 1992.*
 37. Teixeira CF. *Epidemiologia e Planejamento em Saúde: contribuição ao estudo da prática epidemiológica no Brasil 1990-1995. Tese de Doutorado. Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, Bahia, 1996.*
 38. Teixeira CF, Pinto L. *A formação de pessoal em Vigilância da Saúde. Informe Epidemiológico do SUS 6:5-21, 1993.*
 39. Moraes I. *Utilização de grandes bancos de dados nacionais. Relatório de Oficina de Trabalho. II Congresso Brasileiro de Epidemiologia. In: Costa MF, Souza RP (orgs.), Qualidade de Vida: compromisso histórico da Epidemiologia, COOPMEED/ABRASCO, Belo Horizonte, MG, p. 285-290, 1994.*
 40. Moraes I. *Informações em Saúde: da prática fragmentada ao exercício da cidadania. HUCITEC/ABRASCO, São Paulo, p.172, 1994b.*
 41. Fosaert H, Llopis A, Tigre CH. *Sistemas de Vigilância Epidemiológica. Boletim Oficina Sanitaria Panamericana 76:512-525, 1974.*
 42. Unglert C. *Territorialização em sistemas de saúde. In: Mendes EV. Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde, HUCITEC-ABRASCO, São Paulo - Rio de Janeiro, p.221-235, 1993.*
 43. Kadet E, Tasca R. *Promovendo a equidade: um novo enfoque com base no setor da Saúde. HUCITEC/Cooperação Italiana em Saúde, São Paulo - Salvador, p.107, 1993.*
 44. Tasca R. *Sistemas de informação em saúde para Distritos Sanitários In: Mendes EV. Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde, HUCITEC-ABRASCO, São Paulo - Rio de Janeiro, 1993.*
 45. Notarbartolo di Villarosa F. *A estimativa rápida e a divisão do território no distrito sanitário. Manual de instruções. OPS, Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde, nº 11, p.54, 1993.*
 46. Teixeira CF. *Planejamento e programação situacional em distritos sanitários. In: Mendes EV. Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. HUCITEC-ABRASCO, São Paulo - Rio de Janeiro, p.237 - 265, 1993.*
 47. Teixeira CF. *Planejamento e programação da Vigilância da Saúde. In: ISC/UFBA, Política de Saúde: Coletânea de textos para a Disciplina ISC-003. Salvador, p.16, 1997 (mimeo).*
 48. Testa M. *Pensar em Saúde. Intermédica, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 1991.*
 49. Artmann E. *O planejamento estratégico-situacional: a trilogia matusiana e uma proposta para o nível local de saúde (uma abordagem comunicativa). Tese de Mestrado, ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 1993.*
 50. Mendes E. *Planejamento e programação local da Vigilância da Saúde no Distrito Sanitário. OPS, Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde, nº 13, 1994.*
 51. OPS/OMS. *Desarrollo y fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud en la transformación de los Sistemas Nacionales de Salud: la administración estratégica. Washington, D.C., p.160, 1992.*
 52. Kliksberg B. *Gerência social: dilemas*

gerenciais e experiências inovadoras In: Kliksberg B. (org.), Pobreza: uma questão inadiável, ENAP, Brasília, p.127-146, 1994.

53. Merhy EE. *Em busca do tempo perdido: a*

micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R. (org.), Agir em Saúde: um desafio para o público, HUCITEC/LUGAR EDITORIAL, São Paulo - Buenos Aires, p.385, 1997.