

TEMA EM DEBATE/ARGUMENT

APRESENTAÇÃO/PRESENTATION

AS DIFERENTES VISÕES FILOSÓFICAS E ABORDAGENS CIENTÍFICAS SOBRE A VIGILÂNCIA EM SAÚDE NO BRASIL

THE DIFFERENT PHILOSOPHICAL VIEWS AND SCIENTIFIC APPROACHES ON HEALTH SURVEILLANCE IN BRAZIL

Cláudio Maierovitch Pessanha Henriques^()*

A maneira como a sociedade organiza o campo da saúde tem sido tema de longas e apaixonadas discussões. Como nas demais temáticas públicas, está envolvida toda a cadeia que precede a definição formal da estrutura do aparelho de Estado e seus departamentos. Diferentes visões filosóficas e ideológicas, temperadas por leituras científicas que tampouco são homogêneas, mesclam-se em um leito cultural acidentado, desaguando em proposições conceituais e jurídicas que, muitas vezes, parecem irreconciliáveis. É a *Política* que disciplina tal matéria bruta em formas que podem ser apropriadas pela administração pública para concretizar-se em ação pública.

O modelo tradicional da *história natural da doença*, apresentado didaticamente por *Leavell e Clark*, desenha os níveis de prevenção — promoção, proteção e recuperação da saúde — como práticas que são partes de um mesmo processo em que há certa associação entre evolução da doença, o nível de intervenção e a complexidade das tecnologias envolvidas.

A saúde pública no Brasil não trouxe em suas raízes tal integração. Movimentos sociais associados a processos econômicos distintos geraram separadamente os embriões dos modelos de saúde do Estado Brasileiro na primeira metade do século passado.

(*) Médico sanitarista, mestre em medicina preventiva e social, dedicado à avaliação de tecnologias, vigilância sanitária, saúde coletiva e gestão. *E-mail*: <claudio.henrique@saude.gov.br>.

A urbanização e a economia agroexportadora produziram aquele que *Emerson Merhy* chamou de *modelo campanhista vertical*, composto por estruturas criadas originalmente para combater as principais doenças que ameaçavam a atividade econômica: a febre amarela, o tifo, a varíola, a peste e a malária como grandes expressões. Herdeiro de conceitos e jargões militares, tratava-se da prática da polícia sanitária subsidiada por conhecimentos do então recente alvorecer da microbiologia e da utopia de erradicação das doenças. A subordinação do individual ao coletivo era culturalmente natural uma vez que significava aplicar a lei para invadir a liberdade dos pobres, vítimas maiores e transmissores dos males em questão.

A organização dos trabalhadores e dos setores de serviços da economia urbano-industrial relacionados ao desenvolvimento marcou a origem das primeiras entidades coletivas encarregadas de seguridade social. O aparato de assistência médica teve, assim, paternidade corporativa, mais tarde cassada pelo Estado, que apropriou-se e também unificou estruturas na construção dos Institutos responsáveis por previdência social e assistência médica destinadas aos partícipes do mercado formal de trabalho.

Com menor expressão outras variantes também prosperaram. Paula Souza, no Estado de São Paulo, inovava com a utilização da atenção individual como estratégia de saúde pública para abordagem de doenças endêmicas e de atenção a grupos populacionais vulneráveis. A Fundação SESP, de grande relevância em algumas regiões, assumia tarefas típicas das campanhas e também a assistência individual em vários patamares da complexidade tecnológica.

Foi na crítica conceitual a este mosaico sintetizado acima que se produziu substrato para a reflexão do movimento pela reforma sanitária no Brasil, que se alimentou também de experiências de outros países para formular, a partir de meados dos anos 1970, o ideário de um sistema único de saúde inspirador do texto da Constituição de 1988.

Num período de grande efervescência política, movimentos de esquerda lideravam a oposição à ditadura militar e era marcante a articulação entre a produção teórica (que não era apenas acadêmica) na área da saúde e os movimentos sociais, em particular os sindicatos de trabalhadores. Em suas concepções mais gerais, tais formulações apoiavam-se em modelos mais característicos dos países socialistas, de forte presença do Estado na vida econômica e social, com proeminência do planejamento como caminho para a implantação das políticas públicas, em oposição ao modelo liberal regido pela dinâmica do mercado.

Outra bandeira importante na luta por democracia, contemplada no conjunto de ideias do movimento sanitário, foi a da descentralização como instrumento para a participação da sociedade nas políticas públicas, em oposição ao centralismo federal da ditadura militar, e também como elemento

racionalizador para a organização do sistema de saúde. No contexto latino-americano instituições dedicadas às políticas públicas, como a Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL), contribuíram para a construção de métodos de gestão que valorizavam o planejamento local. As propostas de modelos correspondentes a estas formulações falavam em distritos sanitários ou nos sistemas locais de saúde.

Também foi em vários países da América Latina que se construíram paradigmas novos no campo da epidemiologia. Alcinhada (o pleonasma era acusado com muita propriedade por *Ricardo Bruno*) de *epidemiologia social*, realçava os determinantes históricos e sociais da doença e particularmente a necessidade de se compreender as relações do processo saúde-doença com a desigualdade entre classes sociais. Buscava superar, assim, a epidemiologia hegemônica europeia e norte-americana, baseada na composição do conhecimento biológico com a estatística. A caricatura semântica era a oposição da *epidemiologia crítica* à *epidemiologia clínica*. Diversos autores da América Latina notabilizaram-se nesta construção que permitiu fortes conexões entre os campos da epidemiologia, das ciências sociais e do planejamento público.

No palco da luta social, tornavam-se frequentes as referências à saúde comunitária e à saúde dos trabalhadores ao lado do combate à desnutrição, como expressões das interfaces técnico-políticas que se ampliavam.

Do lado do governo, foi na década de 1970, período mais duro dos governos militares, que se fizeram aprovar as leis que deram vida formal à vigilância epidemiológica e às principais ações de controle sanitário, como o registro de produtos e a fiscalização do comércio farmacêutico, assim como a que definia as infrações e penalidades. A imagem de um governo federal centralizador e autoritário transferia a tais dispositivos seu poder simbólico.

Na linha da descentralização, que encontrou sua materialidade mais exuberante na municipalização, foram numerosas as experiências de afirmação do poder local e de participação social em cidades onde representantes das correntes de esquerda ocuparam postos de comando em secretarias de saúde. Londrina (PR), Niterói (RJ), Montes Claros (MG), Sobradinho (BA) Campinas, Itu e Bauru (SP) albergaram algumas das experiências mais destacadas da gestão municipal da saúde no período que antecedeu a promulgação da Constituição Federal. Instituições como o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), os conselhos de secretários municipais de saúde e, mais tarde, também a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), tiveram papel proeminente na organização de profissionais, acadêmicos, políticos e outros militantes do movimento pela reforma sanitária.

A Constituição de 1988, em seus artigos dedicados à saúde e a legislação complementar acolheram a essência do que fora construído, embora

os textos permitam perceber ambiguidades que traduzem posições políticas antagônicas então em choque, como no caso do papel da iniciativa privada. São exemplos de como as disputas típicas dos mundos da cultura e da política produzem expressão na esfera jurídica, incapaz, naturalmente de sanar aquelas contradições.

Ao responsabilizar o Sistema Único de Saúde (SUS) pelo conjunto das ações, fossem elas de natureza assistencial ou do âmbito da saúde pública tradicional, a Carta integrou então, no campo das leis, espectros institucionais que haviam se mantido distantes ao longo da história.

Embora as mudanças na área da assistência à saúde fossem mais visíveis no dia-a-dia, particularmente por causa da universalização do acesso, também vieram as transformações relativas à promoção e à proteção da saúde, explicitadas nas referências à vigilância epidemiológica, à vigilância sanitária, à saúde do trabalhador, à saúde ambiental e à segurança nutricional.

Dois tipos de discussão estiveram sempre presentes. Uma refere-se à delimitação das competências das vigilâncias no SUS, que poderíamos chamar de *integração horizontal* e outra à maneira como se dá a distribuição de tarefas entre as esferas federadas, tratada aqui como *integração longitudinal*.

A referência inicial ao modelo da *história natural da doença* deixa evidente o desconforto provocado pela separação entre um conjunto de práticas que se alimenta de informações sobre agravos à saúde e aponta para os riscos e outro que age sobre os riscos à saúde e espera reduzir os agravos. Assim, como reação a esta segmentação, forjaram-se experiências que utilizaram os termos vigilância e saúde conectados por várias preposições diferentes (em, a, de) e que buscavam fundir as equipes e as competências da vigilância epidemiológica e da vigilância sanitária, incluindo, muitas vezes, nesta compreensão a vigilância ambiental, de zoonoses e da saúde do trabalhador.

Iniciativas de alguns estados e municípios neste campo da saúde do trabalhador contribuíram para compreender melhor tais intersecções. A maior parte dos programas estruturados nesta área ao longo das décadas de 1980 e 1990 procurava ter em seu escopo de atuação todo o arsenal de intervenções, desde o atendimento individual às pessoas com suspeitas de agravos relacionados à atividade laboral, até a inspeção dos ambientes e das condições em que esta se realizava e a aplicação de eventuais medidas de força, passando pelo processamento de informações epidemiológicas sobre acidentes e doenças e por atividades junto aos sindicatos.

Jairnilson Paim, coautor de um dos artigos desta edição, em outra publicação, ao lado de Carmem Teixeira, também da Universidade Federal da Bahia, reforçaram a ideia da *vigilância da saúde*, em 1992, à luz das discussões relativas ao modelo do Distrito Sanitário do Pau da Lima, em Salvador, campo de atuação de sua instituição. Mais do que a fusão das vigilâncias exemplificada anteriormente, apontava-se também para o desafio

da polarização epidemiológica, com o aumento da prevalência de doenças não transmissíveis relacionadas a novas características de risco como o envelhecimento, os modos de produção urbanos, os hábitos de consumo e a violência. Assim, o que se propunha aproximava a vigilância também da atenção, buscando, em síntese, um olhar integrador para os determinantes da saúde e para os agravos num determinado território, tanto na forma de ações específicas como no subsídio ao planejamento local.

A própria estratégia de saúde da família, hoje considerada prioritária no desenvolvimento do SUS, traz a perspectiva da atenção primária à saúde em sua dimensão integral, ou seja, reconhecendo e atuando sobre as condições de risco presentes na comunidade e buscando recursos coerentes com a realidade da mesma. Por outro discurso, chega-se a uma concepção muito semelhante àquela da *vigilância da saúde*. Certamente têm contribuído para esta ampliação de olhares as experiências concretas de *integração horizontal e longitudinal* para enfrentar situações desafiadoras como a endemização do dengue, as outras doenças emergentes e reemergentes e o conturbado crescimento das periferias metropolitanas.

O Ministério da Saúde também procura responder às novidades na paisagem epidemiológica. Assim, a vigilância epidemiológica alarga seu foco incluindo a preocupação com doenças e agravos não transmissíveis (sigladas como DANT), as transmitidas por vetores, a vigilância ambiental e a saúde do trabalhador (observando-se que estas duas últimas vinham sendo encaradas nos estados como mais próximas da vigilância sanitária). Como estudioso e agente público que liderava institucionalmente tal mudança, *Jarbas Barbosa* patrocinou o batizado da secretaria encarregada: *Secretaria de Vigilância em Saúde*, mesmo termo que *Eliseu Waldman* afirma ser adotado no ambiente internacional para o que os brasileiros chamam de vigilância epidemiológica propriamente dita.

O artigo de *Suely Dallari* e *Fernando Aith* recupera esta história trazendo luz à construção do arcabouço do Direito Sanitário atual no país. Introduce a relação entre a reconstrução do Estado Democrático de Direito Brasileiro e a consolidação do significado do direito à saúde compreendido como direito humano. Pode parecer uma associação óbvia no contexto social, cultural e político do Brasil contemporâneo, mas não é banal nem mesmo nos países de economias mais avantajadas, como bem ilustra o programa de governo do atual presidente dos Estados Unidos que tem a universalização da saúde como um dos aspectos mais evidentes na área social.

Os autores mostram-nos também a particularidade do período histórico em que se forjaram as bases legais da vigilância epidemiológica no país e avançam na apresentação das características fundamentais que devem marcar uma nova legislação, voltada para a proteção contra os riscos sanitários e capaz de oferecer instrumentos de força ao governo para agir frente a emergências epidemiológicas, bem como suas necessárias salvaguardas.

É importantíssima a discussão de tais possibilidades frente aos novos desafios sanitários relacionados às transformações tecnológicas e a uma compreensão do significado da ética nesse conjunto. Entendem que as leis aprovadas na década de 1970 podem ser insuficientes para respaldar as autoridades em um regime democrático para a adoção de medidas de força porventura necessárias à proteção da população.

Interessante observar que embora muitos dos pressupostos conceituais presentes no artigo de *Maria da Glória Teixeira, Maria da Conceição Costa, Itana Viana e Jairnilson Paim* sejam próximos daquele anterior, as conclusões apontam para um rumo diferente. Segundo estes autores, uma nova legislação para a vigilância em saúde é tema para ser tratado muito cuidadosamente e em ambiente de ampla discussão com a sociedade. Entendem, ao contrário dos anteriores, que os dispositivos integrantes do ordenamento jurídico brasileiro geral, e não específicos do Direito Sanitário, são suficientes para sustentar a legalidade de eventuais medidas de exceção emergenciais. Assinalam também que todas as situações em que houve necessidade de intervenções coercitivas para preservar a saúde coletiva foram resolvidas pela via da negociação ou com base na legislação ordinária.

Provavelmente o que mais chama atenção no artigo de *Giliana Betini e Nur Shuqair* é o quanto ele ilustra a distância que separa as casas legislativas federais das necessidades relacionadas à proteção da saúde. As autoras apresentam a sofisticação teórica que envolve o conceito de risco sanitário e, ao mesmo tempo, a marginalidade com que o tema é tratado no Congresso Nacional. Embora, como é citado, o assunto seja de interesse dos partidos políticos, sua face mais visível entre os projetos analisados está relacionada a hábitos de consumo, como nos casos de tabaco, bebidas alcoólicas e sal.

Frequentemente, no meio da saúde pública, faz-se referência à antiguidade das leis que dão base à atuação da vigilância epidemiológica (1975) e da vigilância sanitária (1969, 1975, 1976, 1977, 1999) e surgem propostas de revisão. Entretanto, a legislação vigente, aliada aos dispositivos normativos, tem servido de base para a ação do poder público e o ordenamento das atividades que podem representar risco à saúde. Outra expressão do mesmo movimento que sugere as mudanças legais é aquela que alerta para os riscos de que dado o distanciamento do Congresso em relação à discussão dos riscos sanitários, fomentar tais discussões no âmbito do Legislativo pode significar uma porta aberta para a atuação de poderosas forças econômicas que acabem por produzir retrocessos e reduzir a capacidade de atuação dos agentes do Estado.

É interessante perguntar também se certas práticas assimiladas culturalmente hoje já não representam em essência iniquidades no tratamento da

liberdade individual e da liberdade econômica. Cotidianamente portadores de sofrimento mental são vítimas de restrições e tortura, como também muitos dos que se submetem ao arbítrio dos serviços médicos.

A vacinação e os exames de saúde para admissão de empregados ou estudantes são adotados compulsoriamente ora como proteção, ora como controle.

Ao mesmo tempo, riscos à saúde decorrentes de atividades econômicas danosas ao ambiente, da superexploração de trabalhadores ou da restrição do acesso à terra e aos alimentos são aceitos naturalmente na cultura jurídica atual como inerentes ao direito à propriedade, que assim antecede, na prática, o direito à saúde.