

VIGILÂNCIA À SAÚDE: UMA BREVE REFLEXÃO SOBRE A SAÚDE INDIVIDUAL E COLETIVA*

Health surveillance: a brief reflection on public and individual health

Vera Catarina Degani¹

RESUMO

O presente artigo trata de uma breve revisão da literatura que pretende fomentar reflexões sobre o conceito de saúde, a saúde individual e coletiva, abordando alguns autores que indicam novas intervenções para a saúde hoje. São apresentados aspectos que consideram o caráter processual e de movimento histórico da saúde com perspectivas de novas orientações para se acompanhar sua dinamicidade e sua complexidade. Refere também recomendações de eventos internacionais para se promover a saúde no séc. XXI.

UNITERMOS: *saúde, saúde individual, saúde coletiva e vigilância à saúde.*

INTRODUÇÃO

As condições (diretrizes, princípios) para a saúde, garantidos pela constituição brasileira de 1988, estabelece um novo Sistema de Saúde (SUS) e traz mudanças importantes para o conceito de saúde. Na década de 60 o conceito de saúde foi caracterizado com ênfase no aspecto biológico, no qual a saúde representava somente a ausência de doenças, posteriormente surge o conceito romântico de 70, referido pela OMS, no qual a saúde representava apenas bem-estar. Na década de 80 um novo conceito enfatiza o aspecto antropológico no qual a saúde passa a expressar também as condições de vida e de trabalho. Mais precisamente em 1986, na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada com a participação da sociedade civil organizada e do movimento sanitário brasileiro, surgiram avanços importantes que, em 1988, foram assegurados pela constituição

* Artigo desenvolvido na disciplina de Organizações de Saúde e Serviços de Enfermagem, Curso de Mestrado em Enfermagem, EENF/UFRGS, orientado pela Profª Drª Maria Alice Dias da Silva Lima.

1 Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde/Centro de Saúde Vila dos Comerciantes. Mestranda em Enfermagem da EENF/UFRGS.

brasileira. Também em 1986, na Conferência de Ottawa, convencionou-se que a promoção da saúde deveria ir além das atividades desenvolvidas no setor, indicando requisitos indispensáveis para a saúde, como: paz, moradia, educação, alimentos, salários, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade.

A referida conferência identificou cinco esferas de ação interdependentes nas quais a promoção da saúde poderia ser muito eficaz. Entre elas, a elaboração de políticas públicas saudáveis em todos os setores e em todos os níveis; a criação de entornos propícios para que o indivíduo possa manter-se sadio; o fortalecimento da ação comunitária, como o auto-cuidado e apoio social; o desenvolvimento da capacidade pessoal, para que as pessoas sejam responsáveis pela sua própria saúde; a reorientação dos serviços de saúde na direção da promoção da saúde e na prevenção das doenças (Mendes, 1996).

A 4ª Conferência Internacional em Jacarta (Indonésia), 1997, baseada nos resultados e enfoques apontados nas conferências de Ottawa, Adelaide e Sandsvall, abordou prioritariamente três questões. A primeira delas, foi a respeito de como reiterar as tendências positivas para o melhoramento da saúde em um mundo em rápida evolução; a segunda, como motivar a tecnologia da informação para convencer ao mundo de que a saúde é um problema de todos. E finalmente, como forjar novas alianças para reduzir a defasagem em matéria de saúde e promover a saúde para todos no século XXI (Mendes, 1996).

Atualmente, o conceito de saúde deve ser entendido através dos estados de saúde e de doença e de sua relação, principalmente, com determinantes sócio-econômicos, culturais, ambientais e interpessoais.

O conceito de saúde pode ser abordado de diferentes formas conforme o embasamento teórico que se utilize. Em uma abordagem materialista, conforme Minayo, "(...) as condições de vida e de trabalho é que qualificam de forma diferenciada a maneira pela qual as classes sociais e seus segmentos pensam, sentem e agem a respeito dela" (Minayo, 1994, p.15). Isso implica que, para indivíduos e grupos, ainda que de forma específica e peculiar, a saúde e a doença envolvem uma complexa interação entre os aspectos físicos, psicológicos, sociais, espirituais, culturais e ambientais da condição humana e de atribuição de significados.

A saúde é portanto uma questão humana e existencial compartilhada. Estudos publicados demonstram que a maioria das desigualdades na saúde não provém das condições fisiológicas do indivíduo, mas são socialmente determinadas: pobreza, desemprego, habitação inadequada, condições de trabalho estressantes e perigosas, suprimento alimentar escasso e educativo deficientes, poluição do ar e da água (Teixeira, 1997).

A saúde, nesta nova dimensão, deixa de ser o campo restrito da medicina, do biológico e do individual para situar-se no interior da organização social de produção. A ampliação do conceito de saúde integra a ques-

tão do padrão de vida e do meio ambiente assim como o saneamento básico com novas diretrizes nas políticas públicas para o setor. Ela passa a ser uma preocupação não só com o individual mas também com o coletivo. Sai do campo exclusivamente biológico para abranger o campo das questões sociais, dirigindo o seu enfoque aos determinantes da saúde mais do que às suas conseqüências. (Minayo, 1994). Portanto, a intervenção efetiva em saúde pressupõe uma abordagem integral de seus problemas.

SERVIÇOS DE SAÚDE: A QUESTÃO ORGANIZACIONAL, ASSISTENCIAL E PREVENTIVA

A especificidade da saúde dada pelas inflexões sócio-econômicas, políticas e ideológicas relacionadas ao saber teórico e prático sobre a saúde e a doença, sobre a institucionalização, a organização, a administração e a avaliação dos serviços e os usuários do sistema, adquire uma importante significação social.

Dentro desse caráter peculiar, sua abrangência multidisciplinar e estratégica requer uma prática transdisciplinar (internamente) e intersetorial (externamente). Há que se reconhecer que o campo da saúde refere-se a uma realidade complexa com múltiplas causas, que demandam, portanto, múltiplas respostas. Segundo Wennberg (1989) há um limite na capacidade dos serviços de resolver problemas. Isso acontece pela sua natureza complexa, que exige intervenção de diferentes tipos, e também pela sua própria ineficácia relativa, constatada pelas avaliações científicas de que se tem conhecimento.

Um problema adicional é o da relação entre os serviços de saúde e as necessidades de saúde. Segundo Dussault (1992, p.11), “(...) os serviços de saúde têm características que geram exigências particulares, em termos de organização e de gestão”. O mesmo autor afirma que

“(...) eles atendem à necessidades complexas e variáveis que têm dimensões (biofísicas, psicossociais), e cuja definição varia em função da classe social e das respectivas representações da saúde, da doença, da morte; da clientela (crianças, velhos, homens e mulheres) e do tipo de problema (agudo, crônico)”. (Dussault, 1992, p.11)

A saúde comporta uma dimensão ética e moral importante na prestação de seus serviços. Há problemas éticos como os ligados ao sigilo, ao direito do usuário ao atendimento e à informação sobre a sua condição de saúde, e também no que diz respeito à garantia de continuidade de seu atendimento. Os gerentes optam muitas vezes pela assistência individual em detrimento de ações coletivas, face ao legado histórico e biológico de sua formação que ainda influencia e prioriza o atendimento assistencial.

Exemplificando a questão moral e ética e o direito do usuário, lembro-me de uma situação vivida em 1994, na Secretaria Estadual de Saúde, que por força da legislação e de prazos jurídicos exíguos foi necessária a realização no exterior de atendimento à uma criança, embora houvesse a possibilidade desse procedimento em um hospital local. A questão ética, além do direito do usuário, diz respeito também ao uso adequado dos recursos públicos, no sentido de que um procedimento que se torna oneroso sob o aspecto individual pode ser utilizado para o desenvolvimento de uma ação preventiva e coletiva abrangente. Ocorre que a área de assistência, muitas vezes, caracteriza-se pela necessidade de soluções individuais imediatas e urgentes em detrimento da ação coletiva estabelecendo um dilema ético na tomada de decisão pelo gerente.

Outro aspecto é o da luta contra as enfermidades e seu controle que perdem continuidade, permanência e portanto, eficácia, quando não estão respaldadas por um clima de aceitação social (como, por exemplo, a AIDS) e não são sustentadas com recursos suficientes e medidas legais e administrativas eficientes. A formulação e a adoção de políticas adequadas são indispensáveis para planejar as atividades técnicas, executá-las e garantir a sua continuidade. Portanto quando falamos de ética, política, desenvolvimento ou economia, estamos também falando de saúde. O setor saúde, pela sua importância social e econômica é uma área disputada por diversos atores que têm interesses divergentes (Dussault, 1992). São eles: prestadores, fornecedores, trabalhadores de saúde, entre outros. E ainda por usuários, que querem serviços de qualidade e que nem sempre têm suficiente informação para definir suas necessidades e a maneira de atendê-las. Nas últimas décadas, a elevação dos níveis educacionais, o exercício da cidadania e a vulgarização do conhecimento médico contribuíram para reduzir a dependência dos usuários, mas permanece ainda uma falta de informação que os coloca em posição de subordinação potencial diante dos trabalhadores de saúde.

Os trabalhadores de saúde querem desenvolver seu conhecimento, suas habilidades, sua profissão, e obter uma renda satisfatória pela prestação de seus serviços. Temos que considerar que os interesses pessoais dos trabalhadores e a sua tendência ao individualismo geram, dentro dos serviços, grupos departamentalizados, independentes e desarticulados, que pouco se comunicam. A rigidez dos seus papéis só encontra paralelo na sua resistência às mudanças. Formados e orientados para o atendimento da doença, dentro de um hospital, de uma unidade básica de saúde ou de um consultório, seu habitat natural, voltam-se para a prática de especialidades, exercendo-a como medida defensiva contribuindo para a fragmentação do atendimento.

A fragmentação dos serviços de saúde, no que se refere ao atendimento físico, mental ou social cria prejuízos para o indivíduo e a coletividade, seja ele trabalhador de saúde ou usuário, e para as comunidades por

não possibilitar a influência e interação de uns sobre os outros no processo saúde-doença, necessárias para atingir a equidade e a integralidade.

Devemos considerar também que a inexistência de um prontuário único no sistema de saúde dificulta não só a integralidade da atenção mas traz prejuízo para o desenvolvimento do pensamento científico (novas tecnologias em saúde) que deveriam orientar os serviços de maneira mais efetiva e criativa. O enclausuramento tanto dos serviços como de seus profissionais, o desperdício de seus recursos humanos em tarefas esterilizantes acrescido da falta de um bom sistema de informação e de qualificação de recursos humanos prejudicam a resolutividade assim como o desenvolvimento de melhor desempenho de seus trabalhadores. Essa realidade pode ser um fator de impedimento para a realização de pesquisas importantes oriundas do interior de suas práticas.

Campos (1992) refere que a organização dos serviços públicos de saúde deveria orientar suas intervenções não só baseadas na identificação de necessidades técnicas, mas teria que considerar a consciência sanitária dos grupos sociais e até de cada um dos usuários potenciais na utilização dos serviços. O mesmo autor parece concordar sobre a ineficiência do serviço referida por Dussault (1992) quando constata que é necessário superar os velhos e resistentes impasses dos serviços públicos, tais como: ineficácia, burocratização, apropriação privada do espaço público, entre outros. Campos afirma ainda que há “(...) necessidade de ser incorporados à rotina da atenção individual e coletiva procedimentos voltados para o enriquecimento da consciência sanitária dos pacientes, dos profissionais e da coletividade.” (Campos, 1992, p.191)

Há um equívoco quando reforçamos o uso de tecnologias que priorizam o episódio doença e que portanto, documentam as ações de saúde que visam somente a prevenção secundária (diagnóstico precoce, pronto tratamento e limitação da doença). O registro dos antecedentes biológicos, psicológicos e sociais muitas vezes não são considerados, e muito menos a necessidade de medidas preventivas primárias (educação e proteção contra doenças) e terciárias (reabilitação). Seguidamente, essas informações não são utilizadas como rotina para um atendimento integral e contínuo dos usuários nos serviços.

As transformações nos padrões epidemiológicos e demográficos dos últimos anos no Brasil requerem um novo paradigma, um novo objeto, para o campo da saúde, com profissionais capazes de identificar e hierarquizar necessidades sociais de saúde, com capacidade de organizar os saberes e os instrumentos disponíveis em modelos tecnológicos de intervenção e com a avaliação do impacto dessa intervenção na saúde individual e coletiva.

A integralidade é um dos mais importantes princípios nesse processo de intervenção, capaz de assegurar aos indivíduos o direito à atenção à saúde, dos níveis mais simples aos mais complexos, da atenção curativa à preventiva, bem como a compreensão do indivíduo em sua totalidade e

dos indivíduos/coletividades em suas singularidades (Carvalho, 1991). As intervenções devem estar dirigidas para indivíduos, para grupos sociais e para a sociedade como um todo. E não podemos negar que o risco de morte para muitos usuários pode ser evitado através de tecnologias simplificadas e de custo muito baixo como, por exemplo, a hidratação infantil em caso de infecções gastro-intestinais severas.

No caso de prevenção de doenças e acidentes, as intervenções deveriam anteceder esses eventos com o objetivo de atingir os indivíduos e os grupos em risco de adoecer ou de acidentar-se. As ações imunizantes, o pré-natal, a educação para a saúde orientada para mudanças de hábitos são intervenções individuais importantes com reflexo no contexto da população geral (Mendes, 1996).

Há que se considerar também que ações preventivas como a fluoretação das águas e a vigilância sanitária de alimentos são ações de intervenção que beneficiam a sociedade como um todo e ao indivíduo em particular. Assim sendo, as ações individuais e coletivas devem se articular e se complementar na busca de uma melhor qualidade de vida.

A CLÍNICA, A EPIDEMIOLOGIA E A VIGILÂNCIA À SAÚDE

O suporte dado pela medicina clínica deve se integrar com o da Epidemiologia para que ambas possam atingir as questões da saúde. Embora a segunda tenha surgido dos estudos da primeira, foi neste século que essas disciplinas separaram-se. É recente o reconhecimento por parte dos clínicos e epidemiologistas de que seus campos se interrelacionam e que um sem o outro ficariam limitados, porque o cuidado individual de um usuário deve ser entendido no contexto da população maior da qual ele é membro (Fletcher; Fletcher; Wagner, 1996).

Será necessário redirecionar os serviços e suas técnicas de intervenção dentro da visão de que a clínica e a epidemiologia são saberes produtivos para direcionar as ações de saúde. Dentro desse contexto, a vigilância à saúde pode ser um instrumento de grande valia para a intervenção.

O conceito de vigilância surgiu após a Segunda Guerra Mundial pelo risco de uma guerra química e biológica que precisava ser detectada precocemente através do desenvolvimento de novas tecnologias. O termo “vigilância” foi usado pela primeira vez em 1955 após o estudo de uma epidemia de pólio, ganhando um sentido de observação imediata e direta de doenças transmissíveis em comunidades.

A OMS, em 1963, definiu vigilância como as operações “(...) destinadas a descobrir, investigar e suprimir a transmissão residual, prevenir e curar infecções e comprovar se foi alcançada a efetiva erradicação da doença” (Souza et al., 1992, p.15).

Para Schraiber (1990) a vigilância à saúde é mais abrangente que as ações programáticas de saúde já que ela vai além das questões médicas

para preocupar-se com os determinantes dos problemas de saúde. Autores diversos, como Campos (1992), Minayo (1994) e Mendes (1996), apontam os determinantes de saúde como hábitos de vida e meio ambiente demográfico, econômico, sócio-político e físico. Acrescente-se ainda o estado de saúde (saúde física, saúde social e a saúde pública) e suas consequências, como a morbidade e a mortalidade.

Mendes (1996, p.243) salienta que

“(...) essa prática tem de, a um tempo, recompor o fracionamento do espaço coletivo de expressão da doença na sociedade, articular as estratégias de intervenção individual e coletiva e atuar sobre os nós críticos de um problema de saúde com base em um saber interdisciplinar e em um fazer intersetorial”.

O reconhecimento dos determinantes gerais da saúde pelo governo canadense e a Associação Canadense de Saúde Pública levou estas instituições a realizarem a Conferência Internacional pela Promoção da Saúde (1986) que elaborou a Carta de Ottawa, “(...) subscrita por 38 países, que colocam a saúde como produto social e como fonte de riqueza de um viver cotidiano e reforçou a importância da ação comunitária no controle do próprio destino” (Mendes, 1996, p.246).

Em 1992, a Declaração de Santa Fé de Bogotá, apoiada por 21 países, destacou a relação entre saúde e desenvolvimento ressaltando a importância da solidariedade e da igualdade social para o alcance da saúde, “(...) fez um chamamento para que sejam inaceitáveis as enfermidades resultantes da marginalidade, da desigualdade e da destruição do meio ambiente e postulou a criação de uma cultura para a saúde” (Mendes, 1996, p.24).

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPS), a partir de 1992, adotou em suas políticas a promoção da saúde

“definido-a como a soma das ações da população, dos serviços de saúde, das autoridades sanitárias e de outros setores sociais e produtivos, dirigidas para o desenvolvimento de melhores condições de saúde individual e coletiva”. (Mendes, 1996, p.246).

A partir daí, um número crescente de países, inclusive os da América Latina, passaram a priorizá-la em suas políticas públicas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O decênio em que vivemos foi testemunho de inúmeras conferências regionais, nacionais e internacionais sobre saúde que deram impulso a uma série de reuniões, encontros, redes regionais, assim como projetos comunitários, publicações, cursos de formação, políticas de saúde e va-

riadas intervenções. O mais importante, porém, foi o surgimento de idéias radicalmente novas sobre como promover a saúde para a obtenção de uma população mais sadia, além das indicações para a criação de alianças intersetoriais em prol da saúde e dos entornos propícios, o fortalecimento da promoção da saúde mediante ações comunitárias, e ainda a habilitação das comunidades e das pessoas para que assumam o controle da sua própria saúde.

O profissional enfermeiro/a esteve presente e muitas vezes liderando esses fóruns de discussão, nesta última década, com representação dos vários segmentos da sociedade, contribuindo para a defesa da saúde e a construção de uma cultura para o setor, e também para alertar que uma nova era requer novos atores e novas intervenções para que se possa fomentar e promover a saúde no mundo. Devemos considerar que qualquer intervenção em saúde deve contemplar não só as ações curativas, assim como as preventivas, entendidas no contexto da vigilância à saúde, e como parte dos direitos de cidadania para o aumento da qualidade de vida, seja ela individual ou coletiva.

ABSTRACT

This article is a brief literature review that aims to stimulate reflections about individual and collective health concepts, especially approaching some authors which indicate to new health interventions nowadays. It features procedural and hystorical health aspects with the perspective of new orientations to follow its dynamism and complexity. It also refers to recommendations of international events to promote health in the 21st century.

KEY WORDS: health, individual health, collective health and health surveillance

RESUMEN

Lo presente artículo es acerca de una breve revisión de la literatura que pretende desarrollar reflexiones sobre el concepto de salud, la salud individual y colectiva, abordando algunos autores que apuntan nuevas intervenciones para la salud hoy. Son presentados aspectos que consideran el carácter procesal y de movimiento histórico de la salud con perspectivas de nuevas orientaciones para se acompañar su actividad y su complejidad. Propone también recomendaciones de eventos internacionales para se promover la salud en el siglo XXI.

DESCRIPTORES: salud, salud individual, salud colectiva y vigilancia de la salud

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 CAMPOS, G. W. de S. *Reforma da reforma: repensando a saúde*. São Paulo: Editora Hucitec, 1992.
- 2 CARVALHO, M. R. de. *Modelos assistenciais de unidades básicas de saúde e integralidade - estudo de caso: a área de planejamento 3.1 (RJ/RJ) - Contribuição para a sua distritalização*. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 1991. 2v. Dissertação (Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ, 1991.
- 3 DUSSAULT, G. A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências. *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro, [s.n.], abr./jun. 1992. p. 8-19.
- 4 FLETCHER, R. H.; FLETCHER, S. W.; WAGNER, E. H. *Epidemiologia clínica: elementos essenciais*. 3.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.
- 5 MENDES, E. V. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: Editora Hucitec, 1996.
- 6 MINAYO, M. C. de S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 3.ed. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1994.
- 7 TEIXEIRA, M. A. Ética e saúde: as dores do seu contexto. *Divulgação em saúde para debate*, n.17, p.99-104, mar. 1997.
- 8 SCHRAIBER, L. B. (org.). *Programação em saúde hoje*. São Paulo: Hucitec, 1990.
- 9 SOUZA, M. de F. M. de et al. *Vigilância à saúde*. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde, 1992. (Cadernos Cefor: Série textos 2).
- 10 WENNBERG, J. E. On the status of the scientific basis of clinical medicine and the need for better science policy to promote the evaluative clinical sciences. In: INTERNATIONAL CONFERENCE ON QUALITY ASSURANCE AND EFFECTIVENESS IN HEALTH CARE, Toronto, Canada, 1989.

Agradecimento

“A autora agradece à Dr^a Maria Alice Dias da Silva Lima, professora da disciplina de Organizações de Saúde e Serviços de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, por sua contribuição na orientação deste artigo.”

Endereço da Autora: Vera Catarina Degani
Author's address: Prof. Manoel Lobato, 151
Vila dos Comerciantes
90.850-530 - Porto Alegre - RS