



VIGILÂNCIA EM SAÚDE E NA ASSISTÊNCIA SOCIAL: UMA ANÁLISE A PARTIR DO GEORREFERENCIAMENTO DE DOENÇAS E SITUAÇÕES DE VULNERABILIDADES SOCIAIS

VÂNIA MORALES SIERRA¹, PEDRO GUIMARÃES COSCARELLI² E FERNANDA PEREIRA CRISTINA DE SOUZA³

Vigilância significa o controle sobre situações que poderiam ter sido evitadas ou que necessitam de intervenção, em vista do risco à cidadania e/ou à vida. Expressa o exercício do poder público sobre os sujeitos ou sobre os serviços, em determinado território, com a finalidade de prevenção, controle e erradicação de situações de vulnerabilidades e riscos. Esse artigo apresenta os resultados da análise georreferenciada da sífilis no período de 2010 até 2017, referentes aos municípios de Queimados e Resende, com base nos dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Nas últimas décadas observou-se um aumento das notificações de casos de sífilis e, em 2016, a doença foi declarada como um grave problema de saúde pública no Brasil. A metodologia desenvolvida associa a prevalência desta doença com outros dados que retratam vulnerabilidades sociais no território, extraídos do Cadastro Único da Assistência Social e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. A análise georreferenciada contribui para efetividade de seguridade social pela possibilidade de fornecer subsídios para ações que integram vigilância em saúde e em assistência social.

Palavras-chave: Vigilância. Saúde. Assistência Social. Georreferenciamento. Vulnerabilidade Social.

¹Professora Doutora da Faculdade de Serviço Social da UERJ, membro do corpo permanente do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da UERJ. Coordenadora do Núcleo de Gestão e Informação (NEGI) da UERJ. E-mail: vaniasierra@yahoo.com.br

*Professor Doutor da Faculdade de Educação Física da UERJ e médico (Clínica Médica e Vigilância em Saúde) na Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. E-mail: pgcoscarelli@gmail.com

³ Mestre em Engenharia Ambiental pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Especialista em Análise Ambiental e Gestão do Território pela Escola Nacional de Ciências Estatísticas, Bacharel em Geografia pela Universidade Federal Fluminense, Licenciada em Geografia pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. E-mail: fernandaspuerj@gmail.com

Surveillance in Health and Social Assistance: an analysis based on the georeferencing of diseases and situations of social vulnerability

Abstract: Surveillance means control over situations that could have been avoided or that need intervention, in view of the risk to citizenship and / or life. It expresses the exercise of public power over the subjects or over the services, in a given territory, for the purpose of prevention, control and eradication of situations of vulnerabilities and risks. This article presents the results of the georeferenced analysis of syphilis in the period from 2010 to 2017, referring to the municipalities of Queimados and Resende, based on data from the Notifiable Diseases Information System (SINAN). In recent decades there has been an increase in notifications of cases of syphilis and, in 2016, the disease was declared a serious public health problem in Brazil. The developed methodology associates the prevalence of this disease with other data that portray social vulnerabilities in the territory, extracted from the Single Registry of Social Assistance and the Brazilian Institute of Geography and Statistics. The georeferenced analysis contributes to the effectiveness of social security by the possibility of providing subsidies for actions that integrate health surveillance and social assistance.

Keywords: Surveillance. Health. Social Assistance. Georeferencing. Social Vulnerability.

INTRODUÇÃO

A vigilância, pensada por Foucault na perspectiva da biopolítica, nos séculos XVIII e XIX, amplia-se e passa a ser efetuada não apenas sobre os corpos, mas, sobretudo, com base na produção de dados. Uma de suas contribuições à temática do controle social na sociedade moderna foi perceber a mudança em seus dispositivos em decorrência da desinstitucionalização. Deleuze (1990) entende que este processo se dá na passagem da sociedade disciplinar para a sociedade de controle, que ocorre a partir da segunda Guerra Mundial. Enquanto a ênfase da sociedade disciplinar baseava-se na intervenção sobre os corpos, a fim de torná-los dóceis; na sociedade de controle prevalece uma espécie de modulação universal e constante das massas transformadas em “*amostras, dados, mercados*, que precisam ser rastreados, cartografados e analisados para que padrões de comportamentos repetitivos possam ser percebidos” (COSTA, 2004, p. 162).

No século XX e nas duas décadas do século XXI esta tendência tem se evidenciado. O aprofundamento dos mecanismos de controle e de vigilância tem acompanhado o avanço das tecnologias digitais, ampliando a capacidade de previsão e de produção de análises baseadas em classificação, tipificação, simulação, modulação. Com isso, novas questões tornam-se relevantes na vigilância, abrindo um campo de possibilidades, que pode tanto convergir para o tecnicismo autoritário, quanto servir ao alcance do objetivo da efetivação de direitos condizentes com os princípios da cidadania. Considerando o seu potencial contraditório, a vigilância não significa somente a possibilidade de exercer mais controle com menos liberdade, mas implica também na otimização dos sistemas de proteção social, visando à garantia de direitos.

É no sentido da cidadania que se baseia a proposta da vigilância integrada em saúde e socioassistencial. Esta perspectiva está referida às mudanças na política social com a crítica à institucionalização de populações em situação de vulnerabilidade, como crianças, adolescentes, idosos, pessoas com deficiência, ocorrida durante os anos de 1980. Compreende não apenas as mudanças no método de controle e vigilância, mas considera também os ajustes estruturais e seus efeitos sobre a política social no Brasil.

Este artigo está dividido em três partes. Na próxima será analisada a relação entre a política social e as transformações no exercício do controle social. Em seguida, será apresentada uma abordagem com base nos dados georreferenciados do Sistema Nacional de Agravos de Notificações (SINAN) referente à Sífilis, no período de 2010 até 2017, referentes aos municípios de Queimados e Resende.

A metodologia desenvolvida associa a prevalência desta doença com outros dados que retratam vulnerabilidades sociais no território, extraídos do Cadastro Único da Assistência Social e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. A análise georreferenciada contribui para a compreensão da distribuição da doença no território, podendo fornecer subsídios para ações que integram a vigilância em saúde e em assistência social.

AS POLÍTICAS SOCIAIS E VIGILÂNCIA NO BRASIL: NOTAS ACERCA DAS TRANSFORMAÇÕES NO CONTROLE SOCIAL

O declínio do modelo político de bem-estar social desenvolvido nos países centrais, que embasou a ampliação das políticas sociais nos países periféricos, nos anos de 1950, 1960 e 1970, não conseguiu se mostrar compatível com as transformações sociais, econômicas e políticas das décadas de 1980 e 1990. Neste período, a crise do Estado indicava o esgotamento do modelo de acumulação fordista, responsável por produzir um novo modo de vida baseado na relação produção-consumo, que elevou o padrão de vida da classe trabalhadora servindo de suporte à ampliação dos direitos sociais, alcançados a partir da luta da classe trabalhadora contra os interesses liberais de acumulação de capital.

A reestruturação produtiva dos anos de 1990 implicou em mudanças profundas, que fragilizaram a organização da classe trabalhadora pela elevação do desemprego e de novas formas de contratação do trabalhador. A precarização e a informalidade avançaram em larga escala fazendo com que se elevassem os indicadores de pobreza e miséria. Nestas condições, garantir o acesso à saúde e à assistência tornou-se um desafio, sendo a seguridade social questionada pelo gasto social necessário para reprodução da classe trabalho, ainda que seja em um padrão básico ou mínimo de qualidade de vida.

A burocracia do Estado de Bem-Estar Social foi considerada dispendiosa, excessiva e antidemocrática. A esta altura a crise já não era apenas econômica, mas também moral, sob a alegação de tornar os cidadãos dependentes e passivos diante do Estado (ROSANVALLON, 1998). Na Saúde brasileira, crescia o movimento pela reforma sanitária iniciado no final da década de 1970, consolidado na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que reuniu cerca de 4.500 pessoas, sendo mil delegados representantes de diversos segmentos da sociedade civil interessados na construção de um novo modelo de saúde no país. A saúde deixava de ser concebida como uma questão restrita aos profissionais do campo da Saúde, passando a ser identificada como questão social e política, sendo defendida pelos movimentos populares, intelectuais, centrais sindicais e parlamentares. O movimento conseguiu instituir, na Constituição Federal de 1988, a universalidade do direito à saúde, alterou a concepção de saúde, que passou a ser entendida como um direito social e um dever do Estado, e criou o Sistema Único de Saúde (SUS), que foi regulamentado pela lei 8080/90. No artigo 196, a CF 88 estabelece que

a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

O SUS está previsto no artigo 198 da CF 88 (BRASIL, 1988), que determina para as ações e serviços públicos de saúde a integração numa rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único. Está organizado sob os seguintes princípios e diretrizes: universalidade de acesso aos serviços em todos os níveis de atendimento; integralidade de assistência para todos os níveis de complexidade do sistema; equidade na assistência à saúde, regionalização e hierarquização da rede de serviços em saúde, descentralização político-administrativa com direção única em cada esfera de governo; participação popular e conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população.

A contestação do modelo hospitalocêntrico, na década de 1980, provocou a retomada do território como uma estratégia de organização da saúde. Ao considerar o território a concepção de cobertura passou a adquirir um novo significado não estando limitada a fração de pessoas atendidas pelo sistema, mas abrangendo também o atendimento da população nos territórios. Como o território é o lugar da cultura vivenciada e reproduzida, sua inclusão na política de saúde passou a requerer a consideração com a diversidade social e o acesso aos serviços de saúde. Segundo Gondim et al. (2008),

O espaço-território, muito além de um simples recorte político-operacional do sistema de saúde, é o locus onde se verifica a interação população-serviços no nível local. Caracteriza-se por uma população específica, vivendo em tempo e espaço singulares, com problemas e necessidades de saúde determinados, os quais para sua resolução devem ser compreendidos e visualizados espacialmente por profissionais e gestores das distintas unidades prestadoras de serviços de saúde (GONDIM et al., 2008, p. 2-3).

O território na formulação e na execução da política de saúde representa uma mudança significativa, visto inclinar a atenção do gestor para o objetivo da prevenção e não apenas do tratamento de doenças. Assim sendo, insere-se também a preocupação com fatores econômicos, ambientais e sociais que conformam a sociabilidade local e incidem sobre a saúde. Daí que os territórios são sempre específicos e requerem um sistema capaz de responder às demandas locais. Ou seja, o território materializa questões estruturais e conjunturais, que afetam de maneira diferenciada cada lugar, influenciado em suas características por questões de classe, raça, etnia, educação, ambiente etc.

Na saúde, a relação entre a doença, classe social e ambiente tem sido identificada. Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS – (2015), populações que vivem em situação de pobreza, sem saneamento adequado e em contato próximo com vetores infecciosos, animais domésticos e gado são as mais vulneráveis a contrair úlcera de Buruli, doença de Chagas, dengue, dracunculíase, equinococose, platelmintos, tripanossomíase africana, leishmaniose, hanseníase, micetoma, filariose linfática, oncocerose, raiva, esquistossomose, helmintíase, tracoma, teníase e boubá. Essas são doenças tropicais negligenciadas, que afetam mais de um bilhão de pessoas em 149 países. Nos dias atuais, 48% da população no Brasil não tem saneamento básico adequado. Trinta e cinco (35) milhões de brasileiros não têm acesso à água tratada. Internações causadas por diarreias graves chegam a trezentos (300) mil por ano. As regiões Norte e Nordeste são as que possuem menor cobertura na coleta de esgoto, atendendo apenas 10,24 e 26, 87% da população, respectivamente¹.

Em um país de grandes desigualdades sociais, como é o Brasil, inserir o território na saúde não se resume a uma estratégia para fins políticos e administrativos, pois implica também em considerar questões relacionadas ao acesso e à qualidade dos serviços prestados. Significa o controle sobre situações que poderiam ter sido evitadas ou que necessitam de intervenção, em vista do risco à cidadania e/ou à vida. Expressa o exercício do poder público sobre os sujeitos ou sobre os serviços, em determinado lugar, com a finalidade de prevenção, controle e erradicação de situações de vulnerabilidades e riscos.

A SÍFILIS ADQUIRIDA EM QUEIMADOS E RESENDE

A sífilis é uma infecção sexualmente transmissível (IFT), causada pela bactéria *Treponema pallidum*, que atinge mais de 12 milhões de pessoas no mundo todos os anos, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS). Com base nos dados de prevalência de 2009 a 2016, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estimou 6,3 milhões (95% IC: 5,5-7,1 milhões) de casos de sífilis. A prevalência global estimada de sífilis, em homens e mulheres, foi de 0,5% (95% IC: 0,4-0,6), com valores regionais variando de 0,1 a 1,6%. No Brasil, em 2016, foram notificados 87.593 casos e a doença foi declarada como um grave problema de saúde pública no Brasil. Em 2017, o Ministério da Saúde anunciou que o aumento dos casos de sífilis ocorreu em decorrência de um desabastecimento da penicilina, que é o medicamento utilizado para a cura da doença, e também dos diagnósticos por causa da distribuição dos testes na rede pública de saúde².

No período de 2010 a junho de 2019, foram notificados no SINAN um total de 650.258 casos de sífilis adquirida, sendo que 53,5% ocorreram na Região Sudeste, 22,1% no Sul, 12,9% no Nordeste, 6,5% no Centro-Oeste e 4,9% no Norte. Em 2018, o número total de casos

notificados no Brasil foi de 158.051. Entre 2017 e 2018, o Brasil e regiões apresentaram crescimento em suas taxas de detecção de sífilis adquirida, apresentando um aumento de 28,3%, ou seja, passou de 59,1 para 75,8 casos por 100.000 habitantes.

Ao analisar a série histórica de casos notificados de sífilis, foi observado que 347.064 (40,6%) ocorreram em homens e 506.873 (59,4%) em mulheres; destas, 235.664 (46,5%) foram notificadas como sífilis adquirida e 271.209 (53,5%) como sífilis em gestante.

Em 2010, a razão de sexos (M/F) era de dois casos em homens para cada dez casos em mulheres, mas, em 2018, saltou para sete casos em homens para cada dez casos em mulheres.

O SINAN possui informações que nem sempre são preenchidas ou são ignoradas. No ano de 2018, 36,5% das notificações ficaram em uma dessas duas situações. Entre os casos informados, 1,2% eram analfabetos, 20,0% não concluíram o Ensino Fundamental, 16,9% possuíam o fundamental completo ou médio incompleto e 24,9% possuíam pelo menos o ensino médio completo.

Quanto à raça/cor, o número de caso como informação ignorada ou sem preenchimento diminuiu. Em 2010, eram 34,0% de informação ignorada, e em 2018 passou para 15,1%. Em 2018, a maior parte das notificações se referiam a pessoas pardas (36,8%), seguidas de brancas (36,2%) e pretas (10,3%); pardos e pretos formavam o percentual de 47,1%. A notificação de pessoas de raça/cor amarela e indígena não ultrapassou 1% dos casos.

Estes dados nos fornecem informações importantes sobre os casos, porém a referência ao território se restringe à identificação de regiões e do Estado, inclinando a análise para uma escala muito ampla. Neste trabalho, selecionamos os municípios de Queimados e Resende, municípios que temos trabalho e analisado a distribuição de algumas doenças e também da pobreza.

Os municípios de Queimados e Resende estão situados no Estado do Rio de Janeiro. Queimados fica na região metropolitana e possui uma população estimada em 150.319 habitantes, segundo informação do IBGE referente ao ano de 2019. Em 2017, o salário médio mensal dos trabalhadores formais foi de 2,3 salários mínimos. A população ocupada representava 11,7% da população total. Com relação à renda, de acordo com o IBGE, os domicílios com renda mensal de até meio salário mínimo por pessoa constituíram 39,1% da população, situando a cidade na sétima das 92 cidades do Estado do Rio de Janeiro. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) é de 0,68, o produto interno bruto per capita é de 32.314,25.

O Município de Resende fica situado no Norte-Fluminense e possui população estimada de 131.341 pessoas, segundo a previsão do IBGE para o ano 2019. Em 2017, o salário médio mensal foi de 3,1 salários mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação a população total foi de 31,1%. Com relação à renda, segundo o IBGE, 31,4% dos domicílios possuíam renda mensal de até meio salário mínimo, colocando o município na 75 posição de 92 cidades do Estado. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) é de 0,768 e o produto interno bruto per capita é de 50.234,49.

As notificações da sífilis aumentaram nos municípios do Rio de Janeiro, acompanhando esta tendência global. Neste trabalho, foram utilizados os dados do SINAN, referentes à sífilis genital primária (A51.0), sífilis primária de outras localizações (A51.2), sífilis latente, não especificada se recente ou tardia (A 51.3), sífilis não especificada (A 53.9). Esses casos foram inseridos porque foram os casos registrados de sífilis adquirida.

No Estado do Rio de Janeiro um elevado crescimento da sífilis adquirida tem sido registrado, passando de 1900 notificações em 2010 para 16.560 em 2018. Apesar da distribuição da penicilina se encontrar regularizada desde 2017, novas notificações têm sido feitas, indicando a gravidade da situação. Em 2016, a distribuição da penicilina regularizou, mas ainda não foi suficiente para conter o avanço desta IST.

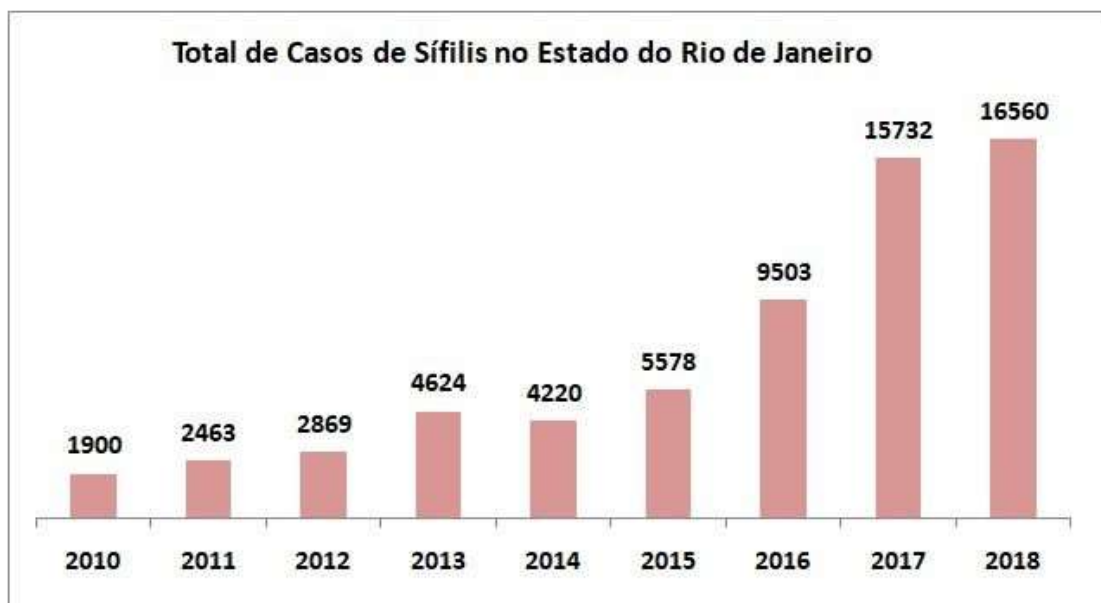


Gráfico 1 – Total de casos de sífilis no Estado do Rio de Janeiro.
 Fonte: Os autores, com dados do SINAN (2019).

Em Queimados e Resende o número de notificações também apresentou crescimento, sendo maior em Queimados do que em Resende:

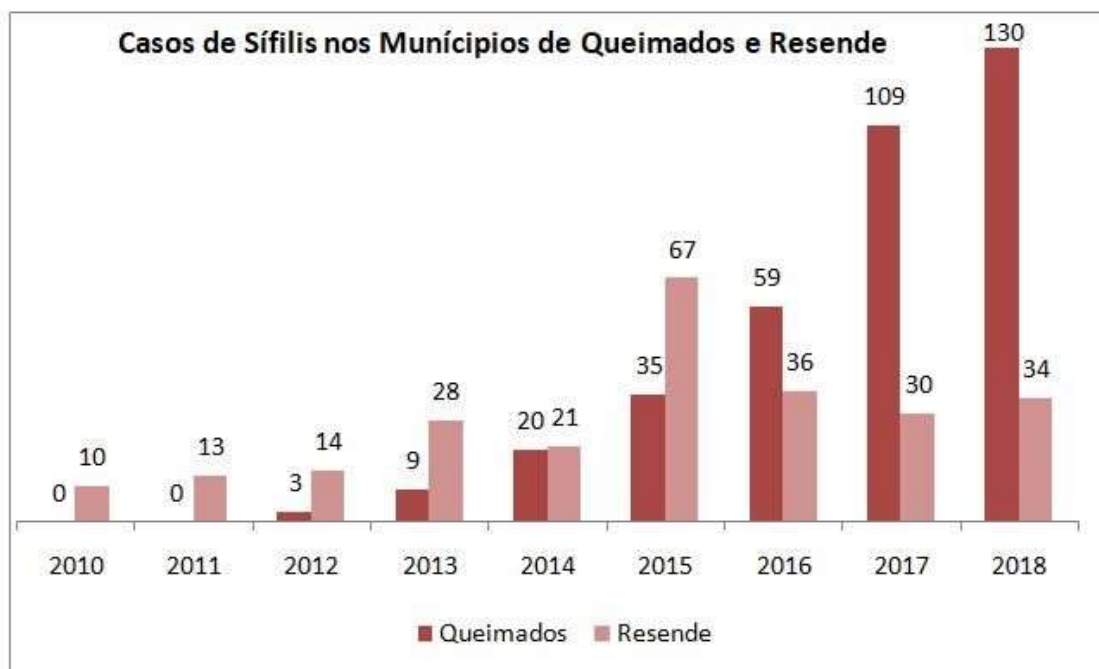
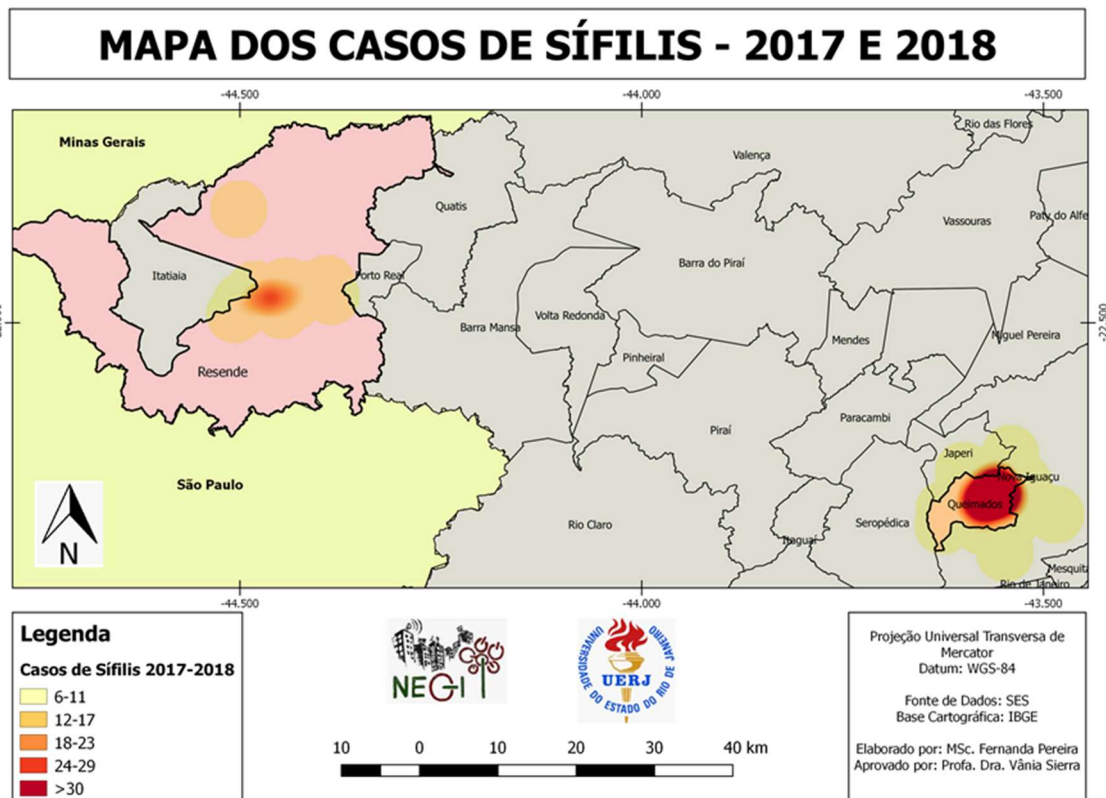


Gráfico 2 – Casos de sífilis nos municípios de Queimados e Resende.
 Fonte: Os autores, com dados do SINAN (2019).

Considerando o território, vemos que nos municípios de Queimados e Resende a sífilis se concentra nas regiões mais centrais e populosas.



Por considerar a relação entre a sífilis e a pobreza, identificada em estudos sobre a sífilis congênita, procuramos encontrar os pacientes com Sífilis no Cadastro Único do município de Resende, no ano de 2017. Procuramos por nome, tendo em vista que o SINAN não nos fornece o CPF. Em toda planilha que contava com 15.700 cadastrados, encontramos 12 pacientes notificados com caso de sífilis adquirida no ano de 2017, o que representa 30% das 30 notificações da doença.

Em Queimados, a quantidade de cadastrados era bem maior, chegando a 35.564 famílias cadastradas. Das 109 notificações para sífilis adquirida no SINAN, encontramos 68 registros no Cadastro Único de Queimados, ou seja, 62,3% dos pacientes com esta IST buscaram algum programa de assistência social do Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Ainda que a situação de pobreza não seja um fator exclusivo, não se pode negligenciar a correlação entre pobreza e sífilis.

Queimados conseguiu cadastrar um número maior de pessoas, o que provavelmente tenha interferido no aumento da identificação de pessoas notificadas no cadastro único. O importante nesse trabalho é reconhecer que empregar uma metodologia que reúna ações de saúde e de assistência social, no território, com base em dados do SINAN e do Cadastro Único do SUAS, pode ser uma estratégia para erradicação da sífilis. Os dois sistemas, SUS e SUAS, referem-se à intersetorialidade na implementação da política. No entanto, apesar dos bancos de dados serem preenchidos, pouco ainda tem sido feito para formulação de estratégias de intervenção a partir de análises baseadas em algum tipo de correspondência entre as planilhas.

Mesmo que os dados indiquem a presença de pelo menos 30% dos pacientes com sífilis, que estão cadastrados no CadÚnico, a necessidade de aproximar a vigilância em saúde da vigilância socioassistencial mostra-se relevante, inclusive, porque a seguridade social de que trata a Constituição federal de 1988 reúne previdência, saúde e assistência social. Considerar a garantia de direitos implica em elaborar estratégias para a erradicação de doenças, principalmente as negligenciadas como é o caso da sífilis.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Boletim Epidemiológico de Sífilis*, Brasília, v. 49, n. 45, out. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Boletim Epidemiológico de Sífilis*, Brasília, ano 5, n. 1, out. 2019. Número especial.
- BRAVO, Maria Inês Souza Bravo. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elisabete et al. (Org.). *Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. FNEPAS, 2006*. Disponível em: <http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto1-5.pdf> www.fnepas.org.br>. Acesso em: 23 ago. 2019.
- COSTA, Rogério da. Sociedade de Controle. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 161-167, mar. 2004.
- DELEUZE, Gilles. *Pourparlers*. Paris: Les Éditions de Minuit, 1990.
- GONDIM, Gracia Maria de Miranda et al. O território da Saúde: A organização do sistema de saúde e a territorialização. In: MIRANDA, Ary Carvalho et al. (Org.). *Território, Ambiente e Saúde*. 1. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. p. 237-255. Disponível em: <http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/TEXTOS_CURSO_VIGILANCIA/20.pdf>.
- ROSANVALLON, Pierre. *A nova Questão Social: Repensando o Estado Providência*. Brasília: Instituto Teotônio Vilela, 1998.

NOTAS EXPLICATIVAS

- *Dados do Instituto Trata Brasil apresentados na Comissão de Serviços de Infraestrutura no Senado no dia 25/09/2019, divulgado no site do Senado Notícias, em matéria intitulada Brasil tem 48% da população sem coleta de esgoto, diz Instituto Trata Brasil. Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2019/09/25/brasil-tem-48-da-populacao-sem-coleta-de-esgoto-diz-instituto-trata-brasil>>.
- ** Matéria da BBC Brasil, de 10/04/2018. “Pensei que fosse doença da Idade Média”: o novo avanço da sífilis no mundo e no Brasil. Disponível em: <<https://www.bbc.com/portuguese/geral-43701523>>. Acesso em: 5 ago. 2019.