

1.4 História e contexto atual dos agentes de vigilância em saúde no Brasil

Ieda da Costa Barbosa
Grácia Maria de Miranda Gondim
Marcio Sacramento de Oliveira

Desde o período do Brasil Colônia até o final da década de 1990, as ações de vigilância em saúde, prevenção e controle de endemias eram realizadas pelo governo central. Essas ações tiveram sua origem no país em 1808, com a criação da Provedoria-Mor, primeira organização nacional de saúde pública no Brasil, com o objetivo de diminuir os riscos de agravos e de doenças. Seus profissionais eram responsáveis pelas inspeções sanitárias nos portos, podendo ser considerados como os precursores dos agentes de controle de endemias (ACEs).

Em 1886, o decreto nº 9.554 reorganizou os serviços sanitários do Império e em 1889 o governo federal criou a *polícia sanitária* para impedir surtos epidêmicos. Porém o trabalho dos profissionais que atuavam na polícia sanitária começou a ganhar força apenas a partir do início do século passado, quando o médico sanitarista Oswaldo Cruz assumiu a Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP), que hoje corresponderia ao Ministério da Saúde. Sua principal meta era erradicar três das principais doenças que assolavam a capital brasileira naquela época: febre amarela, peste bubônica e varíola.

Em 1903 a polícia sanitária foi reformulada, passando a atuar diretamente no combate ao mosquito transmissor da febre amarela, o *Aedes aegypti*. A polícia sanitária era muito criticada, pois “adotava medidas rigorosas para o combate ao mal amarílico, inclusive multando e intimidando proprietários de imóveis insalubres a demoli-los ou reformá-los” (Palma, 2003). As brigadas sanitárias eram compostas por diferentes categorias profissionais, inclusive os guardas sanitários, chamados pela população de mata-mosquitos. Estes “percorriam a cidade, limpando calhas e telhados, exigindo providências para proteção de caixas d’água, colocando petróleo em ralos e bueiros e acabando com depósitos de larvas e mosquitos” (Brasil, 2004, p. 17).

Em 1970, o Ministério da Saúde criou a Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (Sucam), que incorporou o Departamento Nacional de Endemias Rurais (Deneru), a Campanha de Erradicação da Malária (CEM) e a Campanha de Erradicação da Varíola (CEV) (decreto nº 66.623, de 22/5/1970). Nesse período, o termo *polícia sanitária* deixou de existir, e os guardas sanitários passaram a ser conhecidos como *agentes de saúde pública*.

Outro fato que marca a história de construção da identidade desses profissionais está relacionado à utilização da substância DDT (diclorodifeniltricloroetano) para o combate a doenças endêmicas, como malária e febre amarela. Essa substância, altamente tóxica, foi usada até o início dos anos 1990, quando casos de intoxicação foram diagnosticados, e muitos trabalhadores morreram ou se tornaram inválidos. O DDT só foi proibido no Brasil pela lei nº 11.936/2009.

Nos anos 1990, foi instituído o Sistema Único de Saúde (SUS). A Sucam e a Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (Fsesp) passaram a denominar-se Fundação Nacional de Saúde (FNS), pela lei nº 8.029/1990, definindo-se a seguir a descentralização de suas ações e de serviços de saúde (portaria FNS nº 1.883/1993).

Nessa conjuntura, foi dispensado grande contingente de trabalhadores – agentes de saúde pública oriundos da Sucam –, o que resultou na mobilização da categoria ao longo dessa década, até ocorrer a reintegração ao cargo em 2003, com o governo federal reconhecendo como data de admissão o ano de 1994. A contar dessa data, esses trabalhadores foram os últimos nesta função a serem servidores federais, tendo como perspectiva a aposentadoria até 2029 e, conseqüentemente, a extinção desse quadro federal. Diante deste cenário, a expectativa é que estados e municípios criem seus quadros próprios, em consonância com a descentralização das ações de vigilância em saúde.

Deve ser ressaltado que quando as ações de vigilância foram descentralizadas, em 1999, coube à Funasa capacitar e ceder aos estados e municípios cerca de 26 mil agentes. O ex-coordenador do Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde (Proformar), Carlos Eduardo Colpo Batistella, comenta que:

O trabalho deles era caracterizado por uma atuação quase especificamente em uma doença: havia os guardas da malária, os guardas da dengue, os guardas da esquistossomose e assim por diante. Esses profissionais conheciam bem uma ou duas doenças, e sua formação era basicamente instrumental, ou seja, dissociada de qualquer base científica maior ou de conteúdos de formação mais ampla. A formação estava absolutamente restrita ao conteúdo técnico para o controle daquela determinada doença, de modo que eram feitos treinamentos de curta duração, respaldados por guias ou cartilhas elaboradas dentro da própria Funasa. (Torres, 2009, p. 17)

Para dar conta de um processo formativo voltado para esses trabalhadores, surgiu o Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde, por meio de um convênio entre a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz), a Funasa e, mais tarde, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação da Saúde (SGTES). O programa ofereceu cursos de formação inicial entre 2003 e 2006, com o objetivo de fazer com que os agentes atuassem mais articuladamente com a própria realidade, e formou cerca de 32 mil trabalhadores. Batistella comenta:

A ideia era levar os alunos a realizarem um trabalho de campo nas áreas em que já atuavam, fazendo um diagnóstico das condições de vida e saúde da população, identificando situações de risco, potencialidades e vulnerabilidades do local. (Torres, 2009, p. 17)

Dando continuidade à política de formação de nível médio em saúde, o Ministério da Saúde editou pela SGTES, em 2011, as Diretrizes e Orientações para a Formação do Técnico de Vigilância em Saúde, fazendo-se necessário, nos níveis estadual e municipal, pensar na criação desse cargo, com respectivo plano de carreira e salário, considerando que em muitos municípios essa categoria não existe em seu quadro de funcionários.

Atualmente, há uma enorme quantidade de nomenclatura para designar esse tipo de profissional: agente de endemias, guardas de endemias, agente de controle de endemias, guardas sanitários, agente de vigilância em saúde, agente de saneamento, entre outros. Ao mesmo tempo, existem diversos contratos de trabalho (celetistas, servidores públicos e temporários), além de diferentes vínculos com

instituições estatais (municipais, estaduais e federal) e privadas (organizações sociais, organizações não governamentais, entre outras).

Durante os anos em que foram dispensados pela Funasa, muitos desses trabalhadores, em busca de emprego, seguiram seus estudos a fim de aumentar sua escolaridade. Nesse sentido, embora a exigência para admissão no cargo seja o nível fundamental de escolaridade, hoje o quadro de trabalhadores da vigilância é bem diversificado.

Ocorre também uma expressiva diferença salarial em função da reintegração e da descentralização desses trabalhadores. Os reintegrados do nível federal tiveram os salários redimensionados (aumentados) por conta de indenização correspondente aos anos em que ficaram fora da instituição. Por sua vez, devido à descentralização das ações de vigilância em saúde, estados e municípios precisaram compor seus quadros para esta função, muitas vezes por meio de contratos temporários e sem um piso salarial comum. Essa situação gerou uma grande mobilização dos trabalhadores para a regulamentação da profissão, fixação de piso salarial e definição de formas de contrato trabalhista, o que culminou na emenda constitucional nº 51 (EC51) e nas leis nº 11.350/2006 e nº 12.994/2014.

Os ACEs, hoje, formam um contingente expressivo de trabalhadores que apresentam diferenças em relação ao vínculo, ao tipo de contrato de trabalho, ao salário e à formação. Isso tem dificultado o fortalecimento de uma identidade profissional própria e o reconhecimento como trabalhador do SUS, o que leva a um processo de trabalho menos integrado com os demais trabalhadores.

De forma geral, o processo de trabalho desses profissionais procura dar conta de doenças geralmente endêmicas. Suas atividades não acontecem necessariamente dentro das unidades de saúde, e sim nos territórios, nos quais as doenças se originam e se manifestam. Nesse sentido, os trabalhadores parecem ter dificuldades de se reconhecer como partes das equipes das unidades de saúde, ao mesmo tempo em que as equipes também têm dificuldade de reconhecê-los.

Como a formação desses trabalhadores, tradicionalmente, estava restrita a determinada endemia, hoje o trabalho no campo da vigilância em saúde enfrenta o desafio de promover uma atuação orientada pelo conceito ampliado de saúde e capaz de incidir sobre seus determinantes sociais nos territórios.

Contexto atual

Apenas em 2006 foi publicada a lei nº 11.350, que descreve e regulamenta o trabalho do ACE. O texto diz que o trabalho dos agentes deve se dar exclusivamente no âmbito do SUS, que a contratação temporária ou terceirizada não é permitida (a não ser em caso de surtos endêmicos) e que deve ser feita por meio de seleção pública. A lei diz ainda que um dos requisitos para o exercício da atividade do agente de endemias é ter concluído um curso introdutório de formação inicial e continuada. Essas atividades de educação profissional devem ser assumidas por escolas técnicas do SUS (Etsus).

A partir da Reforma Sanitária, da criação do SUS e do conceito ampliado de saúde, se estabelece o desafio de se implantar um novo modelo de atenção à saúde para superar o esgotamento dos modelos vigentes, aqueles com foco em doenças. Nesse contexto, o modelo de vigilância em saúde é proposto com o objetivo de promover a reorganização da atenção básica e do processo de trabalho nos territórios, o que culmina na necessidade de redefinição desse trabalhador, não mais como agente de controle de endemias, e sim como um agente de vigilância em saúde.

No contexto do modelo da vigilância em saúde, tem-se a expectativa de mudança no perfil das atribuições desse trabalhador, inseridas no âmbito das vigilâncias ambiental, epidemiológica, sanitária e da saúde do trabalhador, com ênfase na promoção em saúde.

Nesse sentido, a portaria MS nº 1.007/2010 aponta para a inserção desses profissionais no processo de trabalho da atenção básica, articulando as ações de vigilância às da atenção nas equipes de saúde da família.

Em 2008, a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) publicou um relatório de pesquisa, coordenado por Cristiana Leite Carvalho (2008), relativo às atribuições dos trabalhadores de nível médio nas áreas de vigilância epidemiológica, sanitária, ambiental e de saúde do trabalhador, para verificar se havia perfis nítidos ou se as áreas se sobrepunham. A análise das entrevistas mostrou que, em muitos municípios, trabalhadores vinculados à vigilância atuavam em mais de uma área. Segundo Batistella:

Isso foi registrado, em geral, nos municípios pequenos, que são a maioria no país. Neles, há uma espécie de atuação complexa. Enquanto isso, nos municípios de médio e grande porte e, em especial, nas capitais, a diferenciação nas ações é muito maior. Há certa especialização e os profissionais atuam com identidade forte em apenas uma das vigilâncias. [...] Assim, percebeu-se que a variação nas atividades está bastante vinculada ao tamanho e à capacidade de organização dos municípios para o desenvolvimento dessas práticas. (Torres, 2009, p. 17)

De acordo com Batistella, até o momento as questões levantadas ao longo desse processo apontam para a necessidade de uma formação técnica integrada e ampla, envolvendo trabalhadores de todas as vigilâncias (Torres, 2009).

Outra questão levantada é que, embora trabalhem em base territorial, a lógica que define seu território de atuação está determinada por uma área física, sendo diferente daquela que define os recortes territoriais da atenção básica, dificultando sua inserção na Estratégia Saúde da Família.

Questões para reflexão

Pensando no seu processo de trabalho, você se reconhece como agente de controle de endemias ou agente de vigilância em saúde? Por quê?

Considerando o conceito ampliado de saúde, você se veria como agente de controle de endemias ou agente de vigilância em saúde? Por quê?

No quadro 1, os marcos existentes na linha de tempo do trabalho do ACE e do AVS.

Quadro 1. Linha de tempo ACEs/AVSs.

| Final do século XIX | |
|---------------------|--|
| 1886 | Reorganização dos serviços sanitários. |
| 1889 | Reorganização do serviço de polícia sanitária. Momento de ênfase da vigilância no monitoramento epidemiológico das doenças transmissíveis. |

| Século XX | |
|-------------|---|
| 1903 | Reorganização dos serviços de higiene sob a gestão do governo federal. Ênfase nas medidas repressivas de vigilância e na polícia sanitária, que foi reformulada e passou a atuar diretamente no combate ao mosquito <i>Aedes aegypti</i> . Início das campanhas sanitárias. |
| 1904 | Revolta da Vacina: população se revolta contra a vacinação obrigatória, definida pelo governo federal para deter o avanço da varíola. |
| 1916 a 1942 | Período de atuação da Fundação Rockefeller no Brasil. Criada em 1913 nos Estados Unidos para promover no exterior o estímulo à saúde pública, suas ações estavam voltadas para o controle das doenças tropicais com métodos de tratamento de baixo custo. Um de seus objetivos no Brasil era o serviço de educação sanitária, que mostrava à população os benefícios das ações de saúde e a necessidade de observar as regras de higiene. |
| 1940 | Criação do Serviço Nacional da Febre Amarela (SNFA), marcando a saída da Fundação Rockefeller da campanha contra a febre amarela. |
| 1942 | Criação do Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp). O Sesp reconheceu a educação sanitária como atividade básica de seus planos de trabalho, atribuindo aos diversos profissionais, técnicos e auxiliares de saúde a responsabilidade pelas tarefas educativas, junto a grupos de gestantes, mães, adolescentes e à comunidade em geral. Desenvolveu ações para combater, principalmente, a malária e a tuberculose. |
| 1953 | Criação do Ministério da Saúde; antes havia somente um Ministério para a saúde e para a educação. |
| 1954 | Criação do Departamento Nacional de Endemias Rurais (Dneru), que incorporou os programas existentes, sob a responsabilidade do Departamento Nacional de Saúde (febre amarela, malária e peste) e da Divisão de Organização Sanitária (bubba, esquistossomose e tracoma). |
| 1958 | Criação do Grupo de Trabalho para a Erradicação da Malária (Gtem). |
| 1966 | Campanha de Erradicação da Varíola. Campanha mundial importante no Brasil para a organização institucionalizada das ações de vigilância epidemiológica. |
| 1966 a 1973 | Construção de um sistema nacional para a vigilância e o controle da varíola. Programa Nacional de Erradicação da Varíola. |
| 1968 | Criação do Centro de Investigações Epidemiológicas. XXI Assembleia Mundial da Saúde. Ampla discussão sobre a aplicação da vigilância no campo da saúde. Recomendação de sua utilização não só nas doenças transmissíveis, com o início da discussão internacional sobre a vigilância das doenças não transmissíveis, que se tornou mais forte no Brasil alguns anos depois. |
| 1970 | Criação da Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (Sucam). Criação da Divisão Nacional de Epidemiologia e Estatística da Saúde (Dnees). Instalação das unidades de Vigilância Epidemiológica da Varíola em âmbito estadual. |
| 1979 | Erradicação global da varíola. |
| 1988 | SUS instituído na Constituição Federal. |

| | |
|--|---|
| 1990 | Criação da Fundação Nacional de Saúde (FNS). Junção da Sucam com a Fsesp. Definição formal da vigilância em saúde na lei nº 8.080 (Lei Orgânica da Saúde, que cria o SUS). |
| 1991 | Criação do Centro Nacional de Epidemiologia (Cenepi). |
| 1998 | Proibição do uso do DDT em campanhas de saúde pública. |
| 1999 | As atividades de vigilância epidemiológica, tais como dengue, febre amarela, malária, leishmaniose, esquistossomose, Chagas, peste, bócio, oncocercose e outras, executadas pelo Departamento de Operações (Deope), passaram a integrar o Centro Nacional de Epidemiologia (Cenepi). Realização do projeto Vigisus, que objetivou a estruturação de um sistema de vigilância em saúde no âmbito do SUS, por meio de atividades que fortalecessem a infraestrutura e a capacidade técnica dos estados e municípios. |
| 2000 | O Ministério da Saúde recomendou a articulação dos serviços de vigilância epidemiológica com a Estratégia Saúde da Família (portarias no 1.399 e no 950, de dezembro de 1999). Marca o início da descentralização das ações de vigilância epidemiológica, com a regulamentação da norma operacional básica 1 (NB-1), de 1996, que definiu as competências da União, estados e municípios na área de epidemiologia e controle de doenças. Início do Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde (Proformar). |
| Século XXI | |
| Deslocamento da vigilância das doenças transmissíveis para os agravos crônicos não transmissíveis, vigilância ambiental e vigilância da saúde do trabalhador, assim como para o enfrentamento das doenças emergentes e reemergentes. Epidemia de Aids (década de 1980). Bioterrorismo. Pandemias de gripe. | |
| 2003 | O governo federal reintegra ao quadro do funcionalismo público os agentes de saúde pública oriundos da Sucam. |
| 2006 | Início do processo de regulamentação da carreira de ACE. |
| 2010 | O Ministério da Saúde indica para a integração do processo de trabalho da atenção básica: as ações de vigilância devem ser articuladas às ações da atenção. |
| 2011 | Diretrizes e orientações para a formação do técnico de vigilância em saúde. |
| 2012 | Publicação da nova Política Nacional de Atenção Básica, que ressalta a relevância das ações de vigilância em saúde no contexto dos territórios da Estratégia Saúde da Família. |

Referências bibliográficas

- BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. *100 anos de saúde pública: a visão da Funasa/Fundação Nacional de Saúde*. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2004. Disponível em: http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/livro_100-anos.pdf. Acesso em: 12 jun. 2016.
- _____. _____. *Cronologia histórica da saúde pública*. Brasília: Funasa, [s.d.]. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/site/museu-da-funasa/cronologia-historica-da-saude-publica/>. Acesso em: 26 out. 2015.
- CARVALHO, Cristiana Leite (coord.). *Atribuições dos trabalhadores de nível médio que atuam nas áreas de vigilância epidemiológica, ambiental, sanitária e da saúde do trabalhador: pesquisa em municípios brasileiros*. Belo Horizonte: UFMG, 2008. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2440.pdf>. Acesso em: 26 out. 2015.
- PALMA, Ana. *Oswaldo Cruz*. In Vivo. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2003. Disponível em: <http://www.invivo.fiocruz.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=114&sid=7>. Acesso em: 9 set. 2016.
- TORRES, Raquel. Agente de combate a endemias: a construção de uma identidade sólida e a formação ampla em vigilância são desafios dessa categoria. *Poli – Saúde, Educação e Trabalho*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 3, p. 16-17, jan./fev. 2009. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=Profissao&Num=2&Destques=1>. Acesso em: 4 set. 2015.