

Sistema de Vigilância em Saúde no Brasil: avanços e desafios

Health Surveillance System in Brazil: advances and challenges

Cátia Martins de Oliveira¹, Marly Marques Cruz²

RESUMO O objetivo deste artigo é refletir sobre o percurso político e organizacional do Sistema de Vigilância em Saúde no Brasil. Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, realizado por meio de uma revisão narrativa em bases de domínio público, no período compreendido entre 1998 e 2013. Os autores apresentam uma breve trajetória do campo das vigilâncias epidemiológica, ambiental e sanitária em direção a um sistema mais integrado e resolutivo. Por fim, faz-se um debate acerca dos avanços e dos desafios de articulação das propostas de mudança organizacional e da integração de práticas em busca de respostas mais efetivas no âmbito da Vigilância em Saúde.

PALAVRAS-CHAVE Vigilância em saúde; Integralidade em saúde; Avaliação; Revisão.

ABSTRACT *This paper aims to discuss the political and organizational trajectory of the Health Surveillance System in Brazil. The paper is an exploratory and descriptive study, whose data were obtained through a literature review carried out in public domain databases from 1998 to 2013. The authors present a brief trajectory of the field of epidemiological, environmental and health surveillance toward a more integrated system, with case-resolution capacity. Finally, a debate was promoted on the advances and challenges of articulating proposals for organizational change and integrating practices in search of more effective responses within the scope of Health Surveillance.*

KEYWORDS *Public health surveillance; Integrality in health; Evaluation; Review.*

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
catia@ensp.fiocruz.br

²Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
marlycruz@ensp.fiocruz.br

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil, ao garantir os direitos fundamentais do cidadão previstos na Constituição Federal de 1988, estabeleceu uma conquista sem precedentes para o País. Desde sua criação, muitas mudanças têm-se verificado no campo das políticas públicas de saúde com resultados importantes, como, por exemplo, a redução da taxa de mortalidade infantil, o controle de doenças infecciosas, a implementação de programas considerados exitosos, tais como o de imunização e o de Doenças Sexualmente Transmissíveis/*Acquired Immunological Deficiency Syndrome* (DST/Aids) — este último, reconhecido internacionalmente — e da Estratégia Saúde da Família (ESF), como indução para a reorientação do modelo de atenção à saúde (MENICUCCI, 2009).

Se por um lado a implementação dessas estratégias, agregada ao complexo movimento de reforma política e administrativa no SUS, representou um avanço na tentativa de produzir intervenções mais efetivas, por outro, reforçou ainda mais o processo de fragmentação das ações de saúde, na medida em que muitas tiveram um cunho de centralização política, e intensificou, no campo da promoção e da proteção à saúde, um desperdício do seu extraordinário potencial de atuação (GONDIM, 2008).

A complexidade do cenário epidemiológico atual, caracterizado pela tripla carga de doenças na população — permanência de doenças agudas, aumento do peso relativo às condições crônicas e às causas externas —, é decorrente, também, dessa forma de gestão das práticas sanitárias, a qual necessita de maior organicidade para desencadear ações oportunas que auxiliem na redução ou eliminação dos riscos à saúde e ampliem a capacidade de resposta do sistema.

Debates ocorridos na década de 1990 geraram uma profunda reflexão sobre a necessidade de incorporação de intervenções que não se limitassem à ação de prevenção

e de controle dos danos, mas que tomassem como objeto a dinamicidade do processo saúde-doença. Para o SUS, que pretende ser um sistema integrador, colocou-se na arena a importância da implementação de arranjos e de estruturas organizativas na direção de seu fortalecimento (GONDIM, 2008; TEIXEIRA, 2001).

Uma das propostas surgiu no campo da vigilância — conceito central para a teoria e a prática da saúde pública. Nessa perspectiva, o modelo baseado na Vigilância em Saúde (VS), cuja tônica é a busca de respostas mais efetivas para as demandas e os problemas de saúde, propõe-se a trabalhar a lógica de um conjunto articulado e integrado de ações, que assumem configurações específicas de acordo com a situação de saúde da população em cada território transcendendo os espaços institucionalizados do sistema de serviços de saúde. Segundo a concepção sistematizada por Paim, buscou-se, com essa noção, uma interlocução maior entre ‘controle de causas’, ‘controle de riscos’ e ‘controle de danos’ por meio da redefinição do objeto, dos meios de trabalho, das atividades e das relações técnicas e sociais (ARREAZA; MORAES, 2010; TEIXEIRA, 2002).

A construção dessa proposta trouxe para o cenário a ênfase sobre a organização das diferentes especialidades de VS existentes no Brasil, em consonância com um sistema único e coordenado, capaz de enfrentar a complexidade do quadro sanitário brasileiro de forma mais resolutiva (MENDES, 1994). Esse enfoque pressupõe uma abordagem mais articulada entre as vigilâncias epidemiológica, ambiental e sanitária e pode ser considerada uma tentativa de desvincular a atuação por agravos e por programas, de modo a enfrentar a superposição de ações direcionadas para o controle do hospedeiro, do agente etiológico, do meio ambiente ou da produção e comercialização de fármacos e alimentos.

A adoção do conceito de VS procura simbolizar um enfoque ampliado, pautado na indução de uma organização de práticas que pretendem se configurar de forma

mais sistêmica por meio da incorporação de contribuições da epidemiologia, da geografia, do planejamento urbano, da epidemiologia e das ciências sociais em saúde, produzindo e utilizando de forma compartilhada a informação e a comunicação, a fim de melhor instrumentalizar a intervenção (SILVA, 2008A; VILASBÔAS, 1998).

Sob a premissa de que esse modelo pode atuar como suporte político-institucional para o processo de descentralização e de reorganização dos serviços e das práticas de saúde, a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) foi instituída, no ano de 2003, pelo Ministério da Saúde (MS). Essa proposta representou o esforço de ampliação da capacidade de operação da VS no País, principalmente no âmbito dos sistemas estaduais e municipais, voltada a um pensar inovador a respeito da organização do SUS e de novo olhar sobre a saúde pública (TEIXEIRA, 2001; MENDES, 1994).

No entanto, a trajetória de implementação dessa proposta ao longo dos últimos anos revela que, mesmo considerando o avanço das ações de VS, no sentido de promover uma profunda reorganização no âmbito normativo-organizacional, estas ainda se encontram geralmente subdivididas em áreas ou setores distintos e formais, em que cada qual atua para o seu objeto de atenção. Esse aspecto aponta a necessidade de uma base que permita o diálogo entre os componentes da VS, fortalecendo a capacidade de gestão do sistema de maneira mais equânime e integradora.

Para Arreaza e Moraes (2010), a proposta de VS tem enfrentado inúmeros desafios na busca de novas formas da operacionalização de práticas que considerem as complexas dimensões do processo saúde-doença. Esse esforço, porém, não pode ficar concentrado na formulação de modelos conceituais ou restrito à produção de informação e de capacitação técnica dos atores envolvidos.

Outros autores reforçam também a complexidade de sua consolidação tanto do

ponto de vista político como do técnico sanitário, estimulando a necessidade de uma discussão mais ampliada sobre os nós críticos que perpassam a configuração dos meios de trabalho, os quais ainda se mantêm de forma normativa e centralizadora (ARREAZA; MORAES, 2010; GONDIM, 2008).

Inserido nesse contexto, o presente artigo tem por objetivo contribuir para a discussão sobre o processo de estruturação e consolidação do Sistema de Vigilância em Saúde no Brasil. A reflexão que aqui se apresenta abordará e discutirá os avanços e os desafios no percurso de sua institucionalização no País, procurando analisar essa trajetória à luz dos principais marcos estabelecidos no âmbito político-institucional da SVS.

Método

Trata-se de uma revisão narrativa, que compreende a descrição e o desenvolvimento sobre o estado da arte de determinado assunto sob o ponto de vista teórico ou contextual. A seleção de publicações para esta revisão foi realizada por meio de busca nas seguintes bases de dados: Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), *SciELO (Scientific Electronic Library Online)* e no banco de dados de tese/dissertação da Capes (órgão de coordenação para Pós-Graduação). A opção por essas bases deveu-se ao fato de contemplarem a produção nacional com indexação em periódicos conceituados na área da saúde.

Na revisão, foram utilizados como descritores os termos: Vigilância em Saúde e as vigilâncias epidemiológica, ambiental e sanitária. Optou-se por focar principalmente, neste artigo, o conteúdo das práticas que compõem essas três áreas, dada a tradição no campo da saúde pública e por seus aspectos institucionais. As aspas (“”), operador de proximidade, foram usadas para limitar a pesquisa a artigos em que os termos estivessem adjacentes ao texto.

Os critérios de inclusão para a seleção das publicações foram: artigos de pesquisa publicados em português que abordassem a temática proposta e respondessem ao objetivo do estudo. Como critérios de exclusão utilizaram-se: referências que não possuísem acesso gratuito ao texto completo *online* e outras línguas que não as citadas nos critérios de inclusão.

Foram elegíveis, igualmente, para este estudo os instrumentos normativos que regem o Sistema de Vigilância em Saúde no Brasil, tais como portarias e resoluções do Ministério da Saúde, publicizados no período compreendido entre 1998 e 2013. Na busca realizada, foram encontradas duzentas e quarenta e oito publicações potencialmente relevantes, no entanto, os critérios de exclusão mencionados eliminaram a maioria, permanecendo quarenta publicações selecionadas sobre a temática. A análise de revisão narrativa seguiu a metodologia proposta por Minayo (2010), que considera como etapas a escolha dos artigos a serem utilizados, a exploração do material, o tratamento dos resultados obtidos e a interpretação dos achados.

Resultados e discussão

Vigilância em Saúde no contexto do SUS

Para entender melhor o cenário atual da VS é importante resgatar uma breve trajetória das vigilâncias epidemiológica, ambiental e sanitária, tendo-se em mente que os seus objetivos e instrumentos de intervenção foram se constituindo de forma diferenciada no SUS, como reflexo das mudanças ocorridas no contexto histórico e político do País.

Vigilância epidemiológica

O percurso da vigilância epidemiológica no Brasil e em vários outros países esteve

bastante associado às doenças transmissíveis. Até a década de 1940, o termo vigilância era empregado principalmente com a finalidade de observação sistemática de contatos de doentes, porém assumiu um significado mais amplo nos anos de 1950, o de acompanhamento sistemático de eventos adversos à saúde, com o propósito de aprimorar as medidas de controle, configurando a noção de vigilância epidemiológica. A partir desse período, a vigilância epidemiológica tornou-se tema central de importantes debates no campo da saúde pública, passando a ser reconhecida como função essencial e estratégica (MONKEN; BATISTELLA, 2008; WALDMAN, 1998).

Com a realização da XXI Assembleia Mundial de Saúde, no ano de 1968, o Centro de Investigações Epidemiológicas (CIE) foi implantado no Brasil, estabelecendo-se o primeiro Sistema Nacional de Notificação Semanal de Doenças. Contudo, a concepção de vigilância epidemiológica enquanto 'informação para ação' só veio a ser introduzida oficialmente no País na década de 1970 com a criação do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE), impulsionada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pela Organização Pan-americana de Saúde (Opas) (WAKIMOTO, 1997).

A criação desse sistema, que teve como foco central o controle das doenças transmissíveis, em particular aquelas com alto poder de disseminação, mostrou-se de fundamental importância para a vigilância epidemiológica no MS e nas secretarias estaduais de saúde, excluindo os municípios, que não exerciam o papel de gestores do sistema de saúde naquela época (SILVA JR., 2004).

Avanços significativos na capacidade de resposta aos problemas de saúde foram percebidos, como, por exemplo, a melhoria no desempenho do Programa Ampliado de Imunização, porém o SNVE foi, também, o marco de dissociação da vigilância epidemiológica em relação à vigilância sanitária. Apesar das atividades de ambas as vigilâncias terem sido ampliadas

e redefinidas, promovendo, inclusive, inter-relações entre as duas estruturas, notou-se um processo de autonomização dessas práticas no SUS (BRASIL, 2005; SILVA JR., 2004).

Nos anos de 1990, foi implantado o Centro Nacional de Epidemiologia (Cenepi), vinculado à Fundação Nacional de Saúde (Funasa), trazendo para o campo da vigilância epidemiológica uma importante experiência no controle de doenças e agravos inusitados à saúde. Nesse período, os propósitos, as estratégias e as ações da vigilância epidemiológica foram redefinidas nas três instâncias de gestão do sistema com a prerrogativa de reforçar mudanças, tendo sido concebida sua definição na Lei Orgânica 8.080/90 como:

[...] um conjunto de atividades que proporciona a obtenção de informações fundamentais para o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança que possa ocorrer nos fatores que determinam e condicionam o processo saúde-doença, em nível individual ou coletivo, com objetivo de se recomendar e adotar de forma oportuna as medidas de prevenção e controle dos agravos. (BRASIL, 1990, P. 3).

Essa definição promoveu a expansão do conceito de vigilância, inicialmente restrito às doenças transmissíveis, às doenças não transmissíveis (anomalias congênitas, desnutrição, doenças crônico-degenerativas etc.) e aos outros agravos, como acidentes e violências. Barata (1993) comenta que esse termo foi se transformando ao longo do tempo, entretanto seu *locus* de atuação não conseguiu ultrapassar a doença enquanto evento tomado como objeto, dificultando uma abordagem sobre os fatores determinantes e condicionantes da saúde.

Ainda na década de 1990, o fortalecimento de sistemas municipais de vigilância epidemiológica ganhou destaque com a instituição da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB-SUS 96), pela qual se estabeleceu que esses sistemas deveriam

ser dotados de autonomia técnico-gerencial para enfatizar os problemas de saúde próprios de suas respectivas áreas de abrangência. Foi em 1999, porém, com a publicação da Portaria Ministerial nº 1.399, que ocorreu a regulamentação quanto às competências da União, dos estados e dos municípios na área de epidemiologia e no controle de doenças, induzindo-se a efetiva descentralização de suas ações para estados e municípios, processo que avançou rapidamente no País. Esse instrumento normativo regulamentou também o Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças (TFECD), mecanismo de transferência fundo a fundo de recursos financeiros do governo federal para estados e municípios (BRASIL, 1996; BRASIL, 1999A).

A partir desse período, a descentralização das atividades de controle de doenças para os municípios representou enorme expansão e capilarização das ações. Subjacente à reorganização do sistema de saúde brasileiro, a vigilância epidemiológica logrou importantes avanços, principalmente com a incorporação de outros objetos de vigilância, além das antigas doenças de notificação compulsória, tais como as questões nutricionais, os fatores ambientais, a saúde mental, as relações entre saúde e trabalho, a violência e a vigilância de fatores de risco, incentivado principalmente pela OMS e Opas (BRASIL, 2005; WALDMAN, 1998).

No entanto, como afirma Drumond (2003), é preciso considerar que, a despeito dos avanços alcançados, o método de trabalho continua a concentrar esforços na busca da informação, resultando em vigilância centrada fundamentalmente na rotina voltada à notificação e à investigação de casos, à transmissão de dados para outros níveis e à construção de bases e sistemas de informação (SILVA, 2008B; CARVALHO, 2005). Mesmo considerando a importância das atividades tradicionais de sua competência, seu escopo de atuação precisa ganhar nova amplitude, ultrapassando as limitações no que concerne à perpetuação de um sistema direcionado a um grupo de doenças específicas.

É inegável a importância da permanência da especificidade do objeto e dos métodos de intervenção, porém o conjunto de atividades da vigilância epidemiológica precisa resultar em um trabalho coletivo e integrado, que auxilie a superação de uma dissociação já cristalizada entre as demais vigilâncias, contribuindo, assim, para impulsionar a mudança do modelo de atenção à saúde (OLIVEIRA; CASANOVA, 2009; DRUMOND, 2003).

Nessa linha de pensamento, Oliveira e Casanova (2009) apontam que a lógica de atuação deve levar em conta a complexidade dos agravos e seus determinantes no âmbito territorial, para que a abordagem não fragmente o campo prático das ações de saúde, mas promova a interlocução com outras áreas, viabilizando a capacidade de respostas mais efetivas.

Vigilância ambiental

A incorporação da vigilância ambiental no âmbito das políticas públicas de saúde é relativamente recente no Brasil e suas ações estão inseridas no campo de atuação do SUS, portanto são pautadas pelos mesmos princípios e diretrizes.

Na década de 1990, a intenção de intervir nos fatores de risco ambiental já aparecia na Lei nº 8.080, estimulando o debate sobre as ações de vigilância ambiental, porém a implementação de uma área de vigilância ambiental no âmbito do MS começou a ser pensada e discutida com a elaboração da Política Nacional de Saúde Ambiental, em 1998, principal iniciativa em relação à temática saúde e ambiente. O advento do Projeto de Estruturação do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (Vigisus), ocorrido no final dos anos de 1990 e com financiamento do Banco Mundial, também fortaleceu o movimento de incorporação de práticas que considerem o conjunto de fatores ambientais em um dado território, elegendo o município como o espaço privilegiado para o acompanhamento e o controle dos efeitos ambientais na saúde.

Até esse período, as ações de controle sobre o meio ambiente relacionadas à saúde, como, por exemplo, a vigilância da água para consumo humano, estiveram subordinadas à vigilância sanitária. Somente em 2000, o Sistema Nacional de Vigilância Ambiental em Saúde (Sinvas) foi estruturado pelo MS e definiram-se competências no âmbito federal, estadual e municipal por meio da Instrução Normativa Funasa nº 01/2001 (BRASIL, 1998; FREITAS; FREITAS, 2005). De acordo com o entendimento de Barcellos e Quitério (2006), a vigilância ambiental em saúde teve a sua importância reconhecida em virtude da relação entre ambiente e saúde, razão pela qual a combinação de seus componentes deveria ser conduzida de modo a gerar a prevenção ou a redução da exposição humana a fatores ambientais prejudiciais à saúde.

As prioridades de intervenção dessa vigilância estão focadas em fatores biológicos, representados por vetores, por hospedeiros, por reservatórios e por animais peçonhentos, bem como em fatores não biológicos, tais como a água, o ar, o solo, os contaminantes ambientais, os desastres naturais e os acidentes com produtos perigosos, apoiadas no reconhecimento da relação entre os possíveis riscos existentes nesses fatores e seus efeitos adversos sobre a saúde. Destaca-se que a vigilância ambiental em saúde possui necessariamente um caráter integrador inter e intrassetorial, o que cria a exigência de vínculos e de articulações com todas as outras formas de vigilância já definidas institucionalmente e presentes no sistema de saúde (BARCELLOS; QUITÉRIO, 2006).

A implementação do Projeto Vigisus, com o desafio de estruturar sistemas de vigilância em saúde, colaborou no sentido de fomentar uma visão mais ampla acerca do conjunto de fatores ambientais que deveriam ser sistematicamente acompanhados, levando-se em consideração o território no qual essas interações ocorrem, procurando superar, com isso, o viés de dissociação entre os componentes da VS. Algumas estratégias

foram disparadas na direção de uma ação coordenada voltada ao planejamento em nível sistêmico, mas ainda centradas na criação de indicadores para monitoramento contínuo dos riscos ambientais à saúde (BARCELLOS; QUITÉRIO, 2006; FREITAS; FREITAS, 2005).

Mesmo com a divisão operacional entre fatores de risco biológicos e não biológicos, estabelecida na Secretaria de Vigilância Ambiental, torna-se imprescindível um compartilhamento teórico-metodológico por meio de um desenho organizacional, pelo qual se permita que as ações ocorram articuladas e integradas com os demais instrumentos das vigilâncias. Essa configuração poderá permitir uma abordagem mais ampliada dos problemas ambientais, que possuem na sua origem múltiplos fatores que interagem e são interdependentes, para dar conta da integralidade na proteção contra os riscos (OLIVEIRA; CASANOVA, 2009).

Vigilância sanitária

A vigilância sanitária, ao longo dos anos, teve um escopo de atuação baseado em ações normativas, cujo objeto de ação é constituído pelos ambientes que direta ou indiretamente interferem no processo saúde-doença; no entanto, existem controvérsias em relação ao seu campo de atuação na saúde pública. Alguns autores julgam que essa prática não apresenta as características essenciais da concepção moderna de vigilância sanitária por ter as atividades de regulação, de controle e de fiscalização sanitária como núcleo central. Contudo, não se pode esquecer que as atividades da vigilância sanitária surgiram da necessidade de proteção da população em decorrência da propagação de doenças transmissíveis nos agrupamentos urbanos com o objetivo de eliminar situações de risco à saúde. Portanto, seus métodos de intervenção não se restringem às ações meramente técnicas, porém têm como eixos propulsores as ações dirigidas ao fortalecimento da sociedade e da cidadania com o propósito da

promoção da saúde e da prevenção de danos ou agravos (SILVA JR, 2004; TEIXEIRA; COSTA, 2003).

Conceitualmente, a vigilância sanitária é reconhecida como um conjunto de estratégias institucionais, administrativas, programáticas e sociais, integradas e orientadas por políticas públicas que se destinam a eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde, com base em serviços e em ações integrais e essenciais à defesa e à promoção da vida em seu ambiente (LUCHEESE, 2001).

A atuação da vigilância sanitária é abrangente, sendo responsável pelo controle de todos os processos — desde a produção ao consumo — dos bens que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde. Essa amplitude de atuação coloca como tônica para a vigilância sanitária que ações gerenciais e sanitárias sejam desenvolvidas por meio de um exercício democrático, participativo e de forma articulada, de modo a garantir a qualidade dos produtos, dos serviços e dos ambientes, aspectos que são fundamentais para a saúde da população (DE SETA, 2007; LUCHEESE, 2001).

A implantação de ações voltadas para vigilância sanitária surgiu no Brasil com a chegada da Corte Portuguesa, em 1808, e tinham a finalidade de efetuar o controle sanitário dos produtos a serem comercializados e consumidos, além dos estabelecimentos comerciais; de combater a propagação de doenças, principalmente as epidêmicas; de resolver questões de saneamento; e de fiscalizar o exercício profissional na área da saúde (DE SETA, 2007; COSTA; ROZENFELD, 2000).

No ano de 1832, a sua atuação ganhou contornos mais definidos com o código de posturas do Rio de Janeiro, no qual se instituíram normas para o exercício da medicina e da farmácia, bem como para o controle de medicamentos e de alimentos. Cerca de sessenta anos depois, mais precisamente em 1889, regularizou-se o serviço de polícia sanitária nas administrações regionais mediante a adoção de preceitos para impedir o desenvolvimento de epidemias,

mas foi em 1914 que se regulamentou a diretoria geral de saúde pública, com ênfase nas ações de vigilância e polícia sanitária nos portos, domicílios e lugares públicos. A partir desse período, várias instituições foram criadas e muitas normas e legislações estabelecidas, gerando profundas mudanças em sua concepção, na estrutura e na forma de atuação institucional (LUCHESE, 2001; COSTA; ROZENFELD, 2000).

Cabe destacar que foi somente a partir da década de 1970 que a vigilância sanitária começou a se apresentar de maneira mais visível ao setor de saúde com a criação da Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS/MS) durante o processo de reformulação do MS. Foi também nesse período que ocorreu a modificação da terminologia ‘fiscalização’ para ‘vigilância’, em que a vigilância sanitária ampliou o seu campo de ação, antes destinado principalmente ao controle e punição (COSTA; FERNANDES; PIMENTA, 2008).

Na atualidade, a vigilância sanitária encontra-se incorporada à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), destacando-se que esse processo teve lugar após intensos debates e disputas na década de 1980.

A Anvisa surgiu em 1999 e colocou a vigilância sanitária em outro rumo, passando a administrar as atividades concebidas para o Estado como papel de guardião dos direitos do consumidor e como provedor das condições de saúde da população. Essa agência tem por finalidade institucional promover a proteção da saúde da população, por intermédio do controle sanitário da produção e da comercialização de produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária, inclusive dos ambientes, dos processos, dos insumos e das tecnologias a eles relacionados, bem como o controle de portos, aeroportos e fronteiras (COSTA; ROZENFELD, 2000).

Nessa perspectiva, as vigilâncias sanitárias estaduais e municipais passaram a se organizar em outra estrutura para cuidar de todas as áreas a que foram atribuídos os seus serviços. Esse processo de descentralização

das ações foi acompanhado pela organização de novas práticas e, nesse movimento, ainda que com inúmeras dificuldades, produziu um esforço político para efetivar as propostas de integração das ações de vigilância ao conjunto das ações de saúde de outros âmbitos setoriais, como meio ambiente e agricultura (BRASIL, 2009A; DE SETA, 2006; BRASIL, 1999B).

Portanto, mesmo com base em um modelo autárquico, mais compatível com políticas públicas de mercado, é difícil reconhecer o distanciamento da vigilância sanitária do escopo de atuação da VS, principalmente quando se associam os conceitos de risco e de vulnerabilidade.

De acordo com Teixeira e Costa (2003), movimentos importantes de redefinição das relações das vigilâncias epidemiológica e ambiental com a Anvisa têm ocorrido, reforçando a articulação interinstitucional. A configuração atual, porém, ainda parece ser um dos principais obstáculos à efetiva implementação da proposta da VS, dificultando a interlocução com outras práticas necessárias, que visem ampliar o grau de intervenção sobre a problemática situação sanitária brasileira.

Vigilância em Saúde no Brasil

Para responder aos desafios pelos quais o País passa, imerso em uma situação de saúde complexa com a superposição de problemas cuja causalidade é distinta, as ações das vigilâncias epidemiológica e ambiental, que eram realizadas por diferentes estruturas do MS, foram assumidas pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), instituída em 2003 pelo MS por meio do Decreto nº 4.726/2003 (BRASIL, 2003).

A SVS passou a ser responsável pela coordenação nacional de todas as ações executadas pelo SUS nas áreas de vigilância epidemiológica de doenças transmissíveis e não transmissíveis, dos programas de prevenção e controle de doenças, de informações epidemiológicas, de análise da situação

de saúde e de vigilância em saúde ambiental. Estabeleceu-se como marco estrutural para potencializar o processo de descentralização da VS, apoiando as instâncias estaduais e municipais de modo a se habilitarem a desenvolver, progressivamente, suas atribuições e competências na área, segundo a Portaria nº 1.172/2004, na qual também foi destacado o mesmo grau de importância para o funcionamento de cada esfera de gestão (BRASIL, 2004).

As secretarias estaduais de saúde assumiram o papel de supervisão e de assessoria aos municípios, estimulando o processo de descentralização e de qualificação das ações de VS, porém ainda sob a forte coordenação da esfera federal, com base em regulamentação e transferências financeiras. Em relação às secretarias municipais de saúde, estas se responsabilizaram, gradativamente, pela gestão e execução das ações básicas das vigilâncias epidemiológica, ambiental e sanitária, incluindo o desenvolvimento de recursos humanos, com a perspectiva de contribuir para um novo modelo voltado à consolidação da VS.

A publicação do Pacto pela Saúde, em 2006, considerado um instrumento de regulação e orientação operacional do SUS, incentivou a integração das vigilâncias epidemiológica, ambiental e sanitária. Cada gestor deveria assinar um termo de compromisso com a gestão e a execução das ações de saúde, no qual se incluem também as de VS. A interface com Atenção Básica foi prevista igualmente no Pacto de Gestão, compromisso firmado entre o MS e os Conselhos dos Secretários Estaduais e Municipais de Saúde (Conass e Conasems, respectivamente). A adesão ao Pacto pela Saúde promoveu mudanças importantes, que impulsionaram o processo de certificação para gestão das ações de VS (BRASIL, 2006A).

Ainda nessa direção, a Portaria nº 3.252/2009 destacou as diretrizes, ações e metas das três esferas de gestão de VS como componentes estratégicos, que deveriam ser inseridos no Plano de Saúde. Essa portaria

ratificou ainda a inserção da área da vigilância sanitária, articulada ao conjunto de estratégias que definem a organização do trabalho das vigilâncias no campo da saúde. Mais recentemente, o Decreto nº 6.860/2009, ao estabelecer as competências da SVS/MS como gestora do Sistema de Vigilância em Saúde, ressaltou seu papel, em conjunto com a Anvisa, na formulação da Política de Vigilância Sanitária (BRASIL, 2009A; BRASIL, 2009B).

Outras iniciativas surgiram no intuito de fortalecer e de qualificar a VS, destacando-se aqui o protagonismo do projeto Vigisus. Esse projeto surgiu de um esforço concentrado nas três esferas governamentais, com o objetivo de intensificar a infraestrutura e a capacidade técnica dos sistemas de VS, desafio imposto pela descentralização do SUS. Na primeira etapa, que compreendeu o período de 1999 a 2004, foi considerado uma fonte importante de recursos para promover a implementação das atividades de vigilância nos estados e municípios; já na segunda fase, iniciada em dezembro de 2004 e finalizada em 2009, sua meta foi fortalecer a gestão e a ampliação da capacidade de operação das secretarias estaduais e municipais (BRASIL, 2012; BRASIL, 1998).

Em estudo avaliativo do projeto Vigisus, Brito (2008) percebeu algumas limitações, tais como a dificuldade de se estabelecer as atribuições e responsabilidades de cada esfera de governo e a precariedade dos mecanismos e instrumentos de gestão.

Outros autores destacam que o movimento de implantação da VS no País induz muito mais uma mudança na estrutura organizacional do que a incorporação de um conjunto de compromissos que produza novas interfaces de práticas no intuito de ultrapassar as ações pontuais e fragmentadas, as quais vêm sendo produzidas como reflexo da longa história de centralização do poder em nível federal (SABROZA, 2011; BRASIL, 2006B).

Arreaza e Moraes (2010) ressaltam a necessidade de formulação de abordagens metodológicas alternativas e mais abrangentes,

capazes de gerar reflexão acerca da sustentabilidade do modelo de VS no País. No entanto, ainda imperam limites ao espaço de autonomia dos entes federativos no Brasil, perpetuando um excesso de verticalidade nos programas e decisões, o que dificulta mudanças em direção à integração das vigilâncias na perspectiva da democratização das práticas de saúde (BRASIL, 2009C; BRASIL, 2006B).

Conclusão

A proposta de cada uma das vigilâncias no sentido de compartilhar atribuições e responsabilidades, sem abandonar a especificação técnica de cada uma das áreas, implica novos papéis, bem como relações e práticas inovadoras em todos os níveis do sistema, o que denota o quanto sua implementação é desafiadora e complexa tanto no âmbito político quanto no técnico-operacional.

Nessa direção, as discussões realizadas em torno da alteração de terminologias precisam ser superadas, de forma a produzir um espaço que agregue a conformação das práticas das vigilâncias epidemiológica, ambiental e sanitária, respeitando a condição

concreta de cada território. O dispositivo de articulação poderia ser a operacionalização de planos e projetos por áreas afins fomentando a produção de ações que potencializem os recursos e tecnologias disponíveis dentro de um processo permanente de planejamento, monitoramento e avaliação.

Espera-se que este texto contribua para o debate inesgotável a respeito das perspectivas relacionadas às práticas no campo da VS, que, por sua vez, se inserem em um Estado que é modificado pela correlação de forças históricas e sociais. Portanto, essa não é uma questão somente de âmbito gerencial, mas também federativa e de coordenação do trabalho, o que coloca na arena o repensar de conteúdos e de modos da organização do trabalho, de competências e estratégias de intervenção, no sentido de ultrapassar seus principais desafios na direção do melhor funcionamento do Sistema.

Colaboradores

C. M. Oliveira trabalhou na revisão bibliográfica, na elaboração do artigo e na revisão da versão a ser publicada e M. M. Cruz trabalhou na revisão da versão a ser publicada. ■

Referências

ARREAZA, A. L. V.; MORAES, J. C. Vigilância da saúde: fundamentos, interfaces e tendências. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 4, p. 2215-2228, 2010.

BARATA, R. B. Reorientação das práticas de vigilância epidemiológica. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA, 1993, Brasília. *Anais*. Brasília: FNS, CENEPI; 1993.

BARCELLOS, C.; QUITÉRIO, L. A. D. Vigilância ambiental em saúde e sua implantação no Sistema Único

de Saúde. *Revista Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, n.1, p. 170-177, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto nº 4.726, de 09 de junho de 2003. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF, 09 jun. 2003. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2003/decreto-4726-9-junho-2003-496874-norma-pe.html>>. Acesso em: 22 dez. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Decreto nº. 6.860, de 27 de maio de 2009. Aprova a estrutura regimental do Ministério da Saúde, estabelecendo as competências da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS) como gestora do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e como formuladora da Política de Vigilância Sanitária, em articulação com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF, 27 mai. 2009a. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2009/decreto-6860-27-maio-2009-588515-norma-pe.html>>. Acesso em: 11 dez. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília DF, 19 set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 12 maio 2013.

_____. Ministério da Saúde. Lei nº. 9.782, de 26 de janeiro de 1999a. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] União*. Brasília DF, 26 jan. 1999b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9782.htm>. Acesso em: 02 mar. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006a. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF, 22 fev. 2006a. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>>. Acesso em: 11 dez. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.172 de 15 de junho de 2004. Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal, na área de Vigilância em Saúde, define a sistemática de financiamento e dá outras providências. *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF, 15 jun. 2004. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-1172.htm>>. Acesso em: 11 dez. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.203, de 05 de novembro de 1996. Aprova a Norma Operacional Básica 1/96. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília DF, 05 nov. 1996. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html>. Acesso em: 02 mar. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.252 de 22 de dezembro de 2009a. Aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde. *Diário Oficial [da] União*. Brasília DF, 22 dez. 2009b. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_GM_3252_de_22_dezembro_de_2009.pdf>. Acesso em: 11 dez. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Projeto VIGISUS da Saúde; Fundação Nacional de Saúde, 1998.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, CBVE. *Curso Básico de Vigilância Epidemiológica*. Brasília, DF, 2005. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Curso_vigilancia_epidemiologia.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Fortalecendo a Capacidade de resposta aos velhos e novos desafios*. Brasília, DF, 2006b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigilancia_saude_SUS.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Instrutivo para a programação das ações do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde*. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <<http://www.saude.pi.gov.br/pactuacao2013/pavs2013/Instrutivo-SNVS-2013.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Manual de Gestão da Vigilância em Saúde*. Brasília, DF, 2009c. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_gestao_vigilancia_saude.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.399, de 15 de dezembro de 1999. Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, estados, municípios e Distrito Federal, na área de epidemiologia

- e controle de doenças e define a sistemática de financiamento. *Diário Oficial [da] União*. Brasília DF, 15 dez. 1999a. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/Pm_1399_1999.pdf>. Acesso em: 12 mai. 2013.
- BRITO, S. M. F. *Avaliação de estados e municípios na execução do Projeto Vigisus II: limites e possibilidades*. 97 f. Dissertação (Mestrado em Saúde ColetivFa) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2008.
- CARVALHO, E. F. et al. Avaliação da Vigilância Epidemiológica em âmbito municipal. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 5, supl. 1, p. 53-62, 2005.
- COSTA, E. A.; FERNANDES, T. M.; PIMENTA, T. S. A vigilância sanitária nas políticas de saúde no Brasil e a construção da identidade de seus trabalhadores (1976-1999). *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, p. 995-1004, 2008.
- COSTA, E. A.; ROZENFELD, S. Marcos Históricos e Conceituais. In: ROZENFELD, S., (Org.). *Fundamentos da Vigilância Sanitária*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000, p. 304-314.
- DE SETA, M. H. *A construção do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária: uma análise das relações intergovernamentais na perspectiva do federalismo*. 188 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro, 2007.
- DE SETA, M. H.; SILVA, J. A. Gestão da Vigilância Sanitária In: DE SETA, M. H.; PEPE, V. L. E.; OLIVEIRA, G. O. (Org.). *Gestão e Vigilância Sanitária: modos atuais de pensar e fazer*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006, p. 195-217.
- DRUMOND, M. J. *Epidemiologia nos Municípios* – muito além das normas. São Paulo: Editora Hucitec, 2003.
- FREITAS, M. B.; FREITAS, C. M. A vigilância da qualidade da água para consumo humano – desafios e perspectivas para o Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 993-1004, 2005.
- GONDIM, G. M. M. Espaço e Saúde: uma (inter)ação provável nos processos de adoecimento e morte em populações. In: MIRANDA, A. C. (Org.). *Território, Ambiente e Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 57-75, 2008.
- LUCHESE, G. *Globalização e regulação sanitária: os rumos da vigilância sanitária no Brasil*. 326 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.
- MENDES-GONÇALVES, R. B. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo*. São Paulo: Hucitec, 1994.
- MENICUCCI, T. M. G. O Sistema Único de Saúde, 20 anos: balanço e perspectivas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n.7, p. 1.620-1625, 2009.
- MINAYO, M. C. (Org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.
- MONKEN, M.; BATISTELLA, C. Vigilância em saúde. In: Pereira IB, Lima JCF, organizadores. *Dicionário da educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio; 2008. p. 471-8.
- OLIVEIRA, C. C. M.; CASANOVA, A. O. A Vigilância da saúde no espaço de práticas da atenção básica. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 929-936, 2009.
- SABROZA, P. C. *Vigilância em Saúde*. Disponível em: <www.ead.fiocruz.br/curso/autogestão/ags/apresentação/autogestão/contexto/tema1/tema1>. Acesso em: 10 nov. 2011.
- SILVA, L. A. A vigilância permanente da saúde e o método epidemiológico. *Revista de Saúde Pública de Santa Catarina*, Florianópolis, v. 1, n. 1, p. 36-45, 2008a.
- _____. *Uma proposta metodológica para avaliar a eficácia de sistemas municipais de vigilância em Saúde no Brasil: uma aplicação a municípios catarinenses*. 255 f. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008b.

SILVA JR, J. B. *Epidemiologia em serviço: uma avaliação de desempenho do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde*. 318 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, 2004.

TEIXEIRA, C. F. *O Futuro da Prevenção*. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Ed. Casa da Saúde, 2001.

_____. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. *Cadernos de Saúde Pública*, São Paulo, v. 18, supl., p. 153-162, 2002.

TEIXEIRA, C.; COSTA, E. Vigilância da saúde e vigilância sanitária: concepções, estratégias e práticas. Texto preliminar elaborado para debate no 20º Seminário Temático da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília, 2003. (Cooperação Técnica ISC/Anvisa)

VILASBÔAS, A. L. *Vigilância à saúde e distritalização: a experiência de Pau da Lima*. 114 f. Dissertação. (Mestrado em Saúde Comunitária) – Instituto de

Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1998.

WAKIMOTO, M. D. *Avaliação da Qualidade do Sistema de Vigilância Epidemiológica do Município do Rio de Janeiro – 1994-1996*. 204 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1997.

WALDMAN, E. A. Usos da vigilância e da monitorização em saúde pública. *Informe Epidemiológico do SUS*, Brasília, DF, v. 7 n. 3: 7-26, jul./set. 1998.

Recebido para publicação em junho de 2014
Versão final em dezembro de 2014
Conflito de interesse: inexistente
Suporte financeiro: não houve