

# VIGILÂNCIA DA SAÚDE E VIGILÂNCIA SANITÁRIA: CONCEPÇÕES, ESTRATÉGIAS E PRÁTICAS<sup>1</sup>

Carmen Fontes Teixeira e Ediná Alves Costa<sup>2</sup>

## 1. Introdução

O Sistema Único de Saúde - SUS é hoje, não apenas um sonho transformado em proposta pelos idealizadores do movimento pela Reforma Sanitária, e sim um projeto político para a Saúde que se consolidou na Constituição e na Lei Orgânica de Saúde - LOS (n.º 8.080/90 e n.º 8.142/90) e um sistema de serviços de saúde em construção ainda inacabado, incompleto, com problemas a serem resolvidos e desafios a serem enfrentados para a concretização dos seus princípios e diretrizes.

Levando em conta as extremas desigualdades sociais que afetam nossa população e as enormes deficiências dos “sistemas” de serviços de saúde herdados do período anterior ao SUS, pode-se imaginar que a garantia da universalidade e equidade no acesso aos serviços de saúde e na integralidade do cuidado tem exigido e exige um enorme esforço político, gerencial e principalmente, organizativo, levado a cabo, com avanços e retrocessos, nos últimos 12 anos.

De fato, o processo de construção do SUS vem sendo marcado pela elaboração e implementação de instrumentos normativos cujo objetivo central é a racionalização das formas de financiamento e gestão do sistema, fundamentada em uma proposta de ampliação da autonomia política dos estados e municípios. Nesse sentido, a legislação do SUS vem sendo acrescida por Normas Operacionais Básicas (NOBS)<sup>3</sup>, emanadas do Ministério da Saúde durante a década de 90, cujo eixo tem sido a implementação da municipalização das ações e serviços. Nesse contexto, o debate político-institucional

---

<sup>1</sup> Texto preliminar elaborado para debate no 20.º Seminário Temático da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, realizado em Brasília, em 26 de março de 2003 (Cooperação Técnica ISC/Anvisa).

<sup>2</sup> Professoras do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

<sup>3</sup> Estas NOBS tratam de regulamentar os procedimentos administrativos para a transferência de recursos federais e regem a gestão dos sistemas estaduais e municipais de saúde, estabelecendo os critérios e requisitos para a habilitação dos estados e municípios ao processo de descentralização (Leucovitz, 2001).

privilegiou o financiamento e gestão do SUS, discutindo-se, a partir do processo de descentralização, a questão da “organização do sistema”, especialmente no que diz respeito à redefinição de funções e competências do Ministério da Saúde (MS), das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e das Secretarias Municipais de Saúde (SMS) e a reestruturação da Fundação Nacional de Saúde (FNS).

O debate sobre alternativas ao modelo de atenção vigente se desenvolveu, ao longo desse período, em vários centros acadêmicos, congressos, encontros e seminários gerando estudos, pesquisas, experiências e publicações que confluíram para a reflexão instaurada durante a 10<sup>a</sup>. CNS, cujo tema foi, exatamente “Modelo de atenção para a qualidade de vida” e para o grande debate que se instaurou na 11<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde, em dezembro de 2000, em cujo temário foi incluída a reflexão em torno do “Modelo de atenção voltado para a qualidade, equidade, efetividade e necessidades prioritárias da população” (Teixeira, 2000).

Em meados da década de 90 começou a se colocar com uma certa intensidade a preocupação dos dirigentes e técnicos do sistema com o modelo de atenção à saúde, isto é, com a reorganização das práticas de saúde nos vários níveis do sistema. Assim é que, a NOB 001/96 (Brasil, 1996) tratou de incorporar esta preocupação, estabelecendo estímulos financeiros aos municípios que se responsabilizassem pela descentralização das ações de vigilância epidemiológica (controle de doenças de notificação compulsória, como tuberculose, meningite, tétano, sarampo, cólera, AIDS e outras), pela implementação das ações de vigilância sanitária (controle da água e dos alimentos, controle da comercialização de medicamentos e fiscalização dos estabelecimentos de saúde, etc.) bem como que assumissem a estratégia de Saúde da Família, isto é, a implantação do PACS e do PSF, entendidos como eixo da transformação do modelo assistencial do SUS.

No final da gestão do Ministro José Serra, o processo de construção do SUS passou a ser regido por uma nova Norma Operacional, aprovada em janeiro de 2001 e redefinida nos primeiros meses de 2002 (MS, 2001; MS, 2002), segundo a qual os municípios podem assumir duas formas de gestão: a Gestão avançada da atenção básica e a Gestão plena do sistema. Os municípios de pequeno e médio porte, em geral,

deverão passar da gestão da atenção básica para a gestão “avançada”, o que significa assumir mais fortemente o conjunto de ações de promoção da saúde (educação sanitária), vigilância sanitária e epidemiológica, assistência a grupos de risco (recém-nascidos, crianças, mulheres etc.) e a atenção básica e de média complexidade à demanda espontânea (pessoas que procuram os serviços de saúde). Os municípios maiores, que contem com mais e melhores recursos e serviços, podem vir a assumir a gestão plena do sistema, o que inclui o controle e a regulação sobre a atenção de alta complexidade, inclusive do setor privado contratado e conveniado com o SUS.

Nesse contexto foi possível elencar um conjunto de propostas de mudança do modelo de atenção que contemplam aspectos éticos e culturais envolvidos na prestação de serviços de saúde (como a questão da humanização do atendimento), aspectos técnicos e organizacionais (como as propostas de organização do acolhimento aos usuários, o desenvolvimento de ações programáticas de saúde, a reorganização da atenção básica com a implementação de programas de saúde da família, o fortalecimento das ações de vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental) até propostas de mudança nas políticas de saúde, com ênfase nas ações de promoção e vigilância da saúde.

No momento atual, no qual se configura um novo cenário governamental, a questão do modelo de atenção à saúde permanece na agenda política, suscitando o aprofundamento e ampliação do debate, inclusive em função da apresentação de propostas de mudança organizacional no âmbito do Ministério da Saúde que podem incidir na direcionalidade do processo de construção do SUS, como é o caso da proposta de criação de novas Secretarias e redirecionamento das relações entre o MS e outros órgãos governamentais responsáveis pela implementação de políticas na área. Nesse sentido, a criação de uma Secretaria de Vigilância da Saúde e a proposta de redefinição das relações entre o MS e a ANVISA vem motivando o interesse em se desenvolver uma reflexão e um debate acerca da Vigilância da Saúde, em função do qual esse texto foi elaborado.

Com o objetivo, portanto, de subsidiar a reflexão em torno das distintas concepções de Vigilância da Saúde que vem sendo difundidas em nosso meio, revisamos, em

primeiro lugar, o processo de elaboração desta proposta, ao longo dos anos 90, buscando situar as principais concepções elaboradas e algumas das iniciativas desencadeadas no âmbito político-institucional tendo em vista sua implementação. Em seguida, apontamos as principais aspectos do debate que vem ocorrendo em torno da Vigilância sanitária e sistematizamos as concepções e propostas que vêm sendo anunciadas e debatidas no momento atual com a denominação de “Vigilância da Saúde”. Finalmente, levantamos alguns questionamentos acerca das relações entre a Vigilância Sanitária e a Vigilância da Saúde, buscando situar os limites e possibilidades de articulação das propostas de mudança organizacional e de integração dessas práticas no sistema de saúde hoje.

## 2. A construção social da Vigilância da Saúde no Brasil<sup>4</sup>

O debate sobre a construção da Vigilância da Saúde surgiu, no Brasil, no início dos anos 90, quando vários Distritos Sanitários em processo de implantação buscavam sistematizar seus esforços de redefinição das práticas de saúde e intensificou-se o debate em torno da articulação entre a epidemiologia, o planejamento e a organização dos serviços (Mendes, 1993; Paim, 1993; 1994; Teixeira, 2002).

Naquele momento, a preocupação central era com a possibilidade de reorganização do processo de prestação de serviços de modo a “integrar” as distintas lógicas existentes, quais sejam, a “**atenção à demanda espontânea**” e os “**programas especiais**”, herdados do modelo anterior, propondo-se a “**oferta organizada de serviços**” com base na identificação das necessidades de saúde da população de determinadas áreas de abrangência das unidades de saúde dos Distritos Sanitários, como forma de suplantar, paulatinamente, a atenção à “demanda espontânea”, e os “programas especiais” (Paim, 1993).

A “organização da oferta” ou “oferta programada” seria, assim, o espaço de articulação do enfoque epidemiológico, na medida em que a programação e execução das ações e serviços deveriam partir da identificação dos problemas e necessidades da

---

<sup>4</sup> Essa parte do texto reproduz trechos de Teixeira, C F. **O SUS e a Vigilância da Saúde**, 2002 (elaborado para o Programa de Formação dos Agentes locais da Vigilância da Saúde PROFORMAR – FUNASA).

população em territórios delimitados, a exemplo do que vinha ocorrendo em vários Distritos Sanitários em processo de implantação (Teixeira & Melo, 1995).

Posteriormente, a articulação de conhecimentos e técnicas provindos da epidemiologia, do planejamento e das ciências sociais em saúde constituiu-se em um referencial para o processo de mudança do modelo de atenção e se expressou na utilização do termo “**vigilância à saúde**” durante o III Congresso Brasileiro de Epidemiologia, em 1995. Nesta ocasião foi identificada a existência de uma concepção restrita da Vigilância da Saúde, entendida como integração entre as vigilâncias epidemiológica e sanitária, e uma concepção ampliada, compreendida como uma proposta de mudança do modelo assistencial em seu conjunto (Vilasbôas, 1995).

De fato, o debate em torno da noção de **Vigilância da Saúde**, envolvendo acadêmicos e profissionais dos serviços, veio a configurar 3 vertentes, identificadas durante o IV Congresso Brasileiro de Epidemiologia (Teixeira et al., 1998) como sendo as seguintes:

- **Vigilância da Saúde como Análise de Situações de Saúde**, acepção que restringe o alcance da proposta ao monitoramento da situação de saúde, não incorporando as ações voltadas ao enfrentamento dos problemas. De certa forma, essa concepção reproduz uma visão difundida entre vários epidemiologistas que defendem a criação de órgãos semelhantes aos CDCs norte-americanos, responsáveis pela chamada “inteligência epidemiológica” do sistema de saúde.
- **Vigilância da Saúde como proposta de “integração” institucional entre a Vigilância epidemiológica e a Vigilância sanitária**, isto é, como uma proposta de reforma organizacional no âmbito das instituições gestoras do SUS, especialmente, num primeiro momento, as Secretarias Estaduais de Saúde, que desencadearam, em alguns casos, a criação de Superintendências ou Divisões de Vigilância da Saúde, agregando os órgãos responsáveis pela Vigilância Epidemiológica e os Programas de controle de doenças, a Vigilância Sanitária, a Saúde do Trabalhador, os Laboratórios de Saúde Pública e até “programas especiais” voltados ao controle de

determinados riscos, como o Programa de Controle do Tabagismo elaborado pelo INCA.

- **Vigilância da Saúde como uma proposta de redefinição das práticas sanitárias**, concepção que se fundamenta no debate do princípio de integralidade, em suas múltiplas acepções, o que tem gerado, inclusive, a identificação de nuances nas propostas dos diversos autores (Paim, 1993; 1994; 2002; Mendes, 1993; Vilasboas, 1997; Teixeira, 2001), de acordo com o aspecto que enfatizam, se a integralidade das ações de saúde tendo em vista os distintos objetos e finalidades das ações (promoção, proteção, diagnóstico, tratamento e reabilitação); se a integralidade dos serviços de saúde, levando-se em conta os distintos níveis de complexidade tecnológica e organizacional (atenção primária, secundária e terciária). Esse debate tem se enriquecido, mais recentemente, com a discussão a respeito da promoção da saúde e das estratégias de ação no campo da Vigilância Sanitária, que enfatizam a intersetorialidade das ações como uma das dimensões da integralidade do sistema de saúde (Almeida Filho, 2000; Souza, 2002). Ademais, o debate sobre a Vigilância da Saúde enquanto “referência” para a construção de um modelo de atenção “integral” incorpora também a reflexão em torno da adequação das ações e serviços aos problemas, necessidades e demandas da população, o que significa colocar em debate a possibilidade de articulação entre a diretriz de integralidade do cuidado, com o perfil real de oferta de ações e serviços, definido em função das características demográficas, econômicas, sociais e epidemiológicas da população.

Nessa perspectiva, a noção de Vigilância da Saúde articula os vários níveis de prevenção e os vários níveis de organização da atenção à saúde, enfatizando o desenvolvimento de um amplo espectro de ações que abarcam desde a formulação e implementação de políticas intersetoriais e ações sociais para a melhoria de condições de vida e saúde, às ações de vigilância sanitária, ambiental e epidemiológica, que tomam como objetos riscos e danos, às ações programáticas de controle de doenças e atenção a grupos prioritários, até a assistência ambulatorial, hospitalar, laboratorial e farmacêutica a indivíduos que necessitam de cuidados sejam preventivos, recuperadores ou reabilitadores da saúde.

A implementação da Vigilância da Saúde, portanto, é um processo complexo que articula o “enfoque populacional” (promoção) com o “enfoque de risco” (proteção) e o enfoque clínico (assistência), constituindo-se de fato uma forma de pensar e de agir em saúde, ou seja, uma referência para a formulação de propostas e uma estratégia de organização de um conjunto heterogêneo de políticas e práticas que assumem configurações específicas de acordo com a situação de saúde das populações em cada país, estado ou município (territórios).

### Quadro I - Características da Vigilância da Saúde

Sujeito	Objeto	Meios de trabalho	Formas de organização
Equipe de saúde População (cidadãos)	Danos, riscos, necessidades e determinantes dos modos de vida e saúde (condições de vida e trabalho)	Tecnologias médico-sanitárias, de planejamento e programação local situacional, tecnologias de comunicação social	. Intervenções específicas (promoção, proteção, prevenção e recuperação) . Operações sobre problemas e grupos populacionais . Ações intersetoriais . Políticas públicas saudáveis

O quadro acima sistematiza, didaticamente, os sujeitos, objetos, métodos e formas de organização dos processos de trabalho da Vigilância da Saúde. Como se pode perceber, a Vigilância da Saúde propõe a incorporação de novos sujeitos à prática de saúde, extrapolando o conjunto de profissionais e trabalhadores de saúde ao envolver a população organizada, o que corresponde à ampliação do objeto, que abarca, além das determinações clínico-epidemiológicas no âmbito individual e coletivo, as determinações sociais que afetam os distintos grupos populacionais em função de suas condições de vida. Nessa perspectiva, a intervenção também extrapola o uso dos conhecimentos e tecnologias médico-sanitárias e inclui tecnologias de planejamento e de comunicação social que estimulam a mobilização, organização e atuação dos diversos grupos na promoção e na defesa das condições de vida e saúde. (Teixeira, Paim e Vilasboas, 1998)

Do ponto de vista do âmbito de atuação, a Vigilância da Saúde transcende os espaços institucionalizados do “**sistema de serviços de saúde**” e se expande a outros setores e órgãos de ação governamental e não governamental, envolvendo uma trama

complexa de entidades representativas dos interesses de diversos grupos sociais. O escopo das intervenções da Vigilância Sanitária ilustra bem este aspecto, na medida em que inclui sujeitos de âmbitos institucionais de outros setores, do segmento produtivo e de organismos internacionais multilaterais. Corresponderia, nesse sentido, a uma prática social que não é monopólio dos profissionais e trabalhadores de saúde, embora tenha neles e nas unidades gestoras e operativas do sistema de serviços de saúde sua base de apoio e expansão.

Cabe ressaltar que a materialização no âmbito político-institucional de uma proposta dessa natureza pode contemplar a criação de um “Sistema Nacional de Vigilância da Saúde”, como aliás foi proposto, ainda em 1993 e discutido em 1995, por ocasião do III Congresso Brasileiro de Epidemiologia (ABRASCO, 1995) e na 1ª Conferência Nacional de Vigilância Sanitária (2001). Esse “Sistema” articularia, além do nível operacional, onde pode se dar a “integração das práticas promocionais, preventivas e assistenciais dirigidos a grupos populacionais, famílias e indivíduos” o nível político-gerencial, responsável pela formulação de políticas, planejamento e programação de ações intersetoriais (Teixeira e Paim, 2000) voltadas ao controle de causas, riscos e danos à saúde dos diversos grupos. Considerando, portanto, a configuração do sistema de saúde brasileiro, pode-se imaginar que a construção de um “Sistema de Vigilância da Saúde” como um “sub-sistema” do SUS implicaria um conjunto de mudanças na gestão e organização do sistema nos vários níveis de governo, como aliás, propunha o projeto de lei citado acima, ao definir “funções e competências” do MS, das SES e das Secretarias de Municípios com relação à formulação e implementação de estratégias visando a implantação e reorganização do processo de planejamento e operacionalização das práticas de vigilância e controle dos determinantes, riscos e danos à saúde da população.

Na prática, a proposta de implementação do Sistema de Vigilância da Saúde não tramitou no âmbito legislativo, tendo, entretanto, sido incorporada como referência para a elaboração do projeto VIGISUS, em 1998, iniciativa do Centro Nacional de Epidemiologia, que assumiu, de certa forma, uma concepção “ultra restrita”, limitada à reorganização das ações de Vigilância Epidemiológica e controle de um conjunto de doenças e algumas ações de vigilância ambiental, a exemplo do controle de qualidade

da água de consumo humano. Simultaneamente, a noção de Vigilância da Saúde, em sua concepção “ampliada”, ou seja, enquanto proposta de reestruturação do “modelo de atenção” foi incorporada como referência em documentos emanados do processo de implantação da estratégia de Saúde da Família (PACS/PSF).

### **3. O debate e a reestruturação da Vigilância sanitária**

Especificamente quanto à Vigilância Sanitária, vem se ampliando o debate e a compreensão de que a efetividade das ações requer mudanças no modelo de atenção à saúde como um todo e também no modelo de atenção em vigilância. Enfatiza-se que o primeiro, centrado no atendimento à doença, desconsidera os riscos, inclusive dos próprios serviços de saúde e das tecnologias neles utilizadas. O segundo, assoberbado em dar respostas à demanda espontânea oriunda do segmento produtivo, e em responder às crises motivadas por eventos graves, não conseguiu estruturar um modelo de organização pautado numa “inteligência sanitária” que se articule, permanentemente, por um lado, com as necessidades de saúde da população e do ambiente, e por outro, com as demandas e questões que emergem do “mercado” (Costa, 1999; Lucchese, 2001).

Tem surgido muitas propostas para a reorganização da Vigilância Sanitária em diversos fóruns, culminando na realização da Conferência Nacional. Vem se tornando mais claro para o próprio setor saúde que a atuação na área envolve poderosos interesses econômicos do âmbito interno e internacional, que há necessidade de conhecimento técnico-científico atualizado para uma atuação competente na avaliação, gestão e comunicação dos riscos e que é imprescindível dispor-se de mecanismos de transparência da atuação e de controle social. Algumas delas têm o objetivo de dotar a Vigilância de condições necessárias para produzir continuamente informação e conhecimento científico sobre a situação de saúde na relação com seus objetos de cuidado, a exemplo da vigilância epidemiológica de agravos relacionados a medicamentos (farmacovigilância), à atividade hemoterápica (hemovigilância), a produtos e tecnologias (tecnovigilância).

A reestruturação na área de vigilância sanitária caracterizou-se, no plano federal, pela reformulação do modelo institucional e criação de uma autarquia especial – a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), que incorporou as competências da secretaria ministerial que lhe precedeu e outras funções anteriormente situadas nas competências do Ministério da Saúde. A partir da estruturação da ANVISA vêm-se estabelecendo pactos com os Estados e se definiram novas bases de financiamento, que têm significado um rico processo de dinamização da área com avanços na direção da estruturação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. (Costa, 2001)

O processo de descentralização e implantação das ações nos municípios vem sendo acompanhado pela organização de novas práticas, especialmente no plano federal e alguns poucos Estados, e do esforço político para efetivar as propostas de integração das ações de vigilância no conjunto das ações de saúde e de outros âmbitos setoriais (meio ambiente, agricultura), de articulação com a Universidade, visando fomentar a pesquisa na temática e a formação de recursos humanos e docentes, iniciando-se, embora debilmente, a articulação com a população (ações de informação e comunicação, aproximação com os Conselhos de Saúde), visando contribuir no processo de formação da consciência sanitária no tocante às questões da área de vigilância.

#### **4. Concepções e propostas para o desenvolvimento da Vigilância da Saúde hoje**

O debate atual sobre as concepções e práticas de Vigilância da Saúde vem ocorrendo em vários fóruns e contempla a elaboração de um conjunto heterogêneo de propostas. Tomando como referência os documentos emanados da 11ª CNS (2000) e da I CONAVISA, do CNS (2002), do CEBES (2002) e do Programa do candidato da Coligação “Lula presidente”, podemos identificar e sistematizar algumas dessas propostas, como segue.

No Relatório da 11ª CNS, a Vigilância da Saúde, apesar de haver sido discutida no evento, não aparece entre as recomendações específicas para a organização da atenção à saúde. Enfatiza-se a necessidade de se garantir o acesso universal, a integralidade, a equidade e a humanização do atendimento, destacando-se a Saúde da Família e a

criação dos Sistemas Locais de Saúde, como estratégias de “estruturação da atenção básica” e de “articulação e integração com os demais níveis do sistema” (CNS, 2000).

Por seu turno, o Relatório da I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária defende, em diversas recomendações, a necessidade de integração das ações de vigilância sanitária no conjunto das políticas de saúde, programas e ações desenvolvidas nas distintas esferas do SUS, enfatizando as ações de vigilância ambiental, epidemiológica, saúde do trabalhador, de informação, educação e comunicação em saúde e a estratégia da Saúde da Família (PSF/PACS) etc., visando alcançar a integralidade, a equidade e a universalidade das ações de saúde. A Vigilância da Saúde é concebida como uma estratégia de integração de ações de controle de riscos, dispersas em vários órgãos, como também de integração das diversas áreas de atuação da Vigilância Sanitária. Recomendou-se a criação de um Sistema Nacional de Vigilância da Saúde que seria responsável pela formulação das diretrizes e da política de Vigilância da Saúde, de modo que as ações de vigilância sanitária, ambiental, epidemiológica, e de saúde do trabalhador sejam articuladas nas três esferas de governo (CONAVISA, 2002).

Já no documento<sup>5</sup> elaborado pelo CNS em agosto de 2002, reafirma-se que “o perfil das necessidades e prioridades de saúde deve ser determinado a partir de informações epidemiológicas (situações de risco e morbi-mortalidade), *vis a vis* as informações e demandas trazidas pelas entidades representantes dos usuários nos Conselhos de Saúde, e não somente pelos prestadores de serviços e pelos profissionais. Esse perfil será referência para o planejamento da oferta de serviços, em nível regional e muitas vezes microregional, devido à marcante diversidade socioeconômica e epidemiológica entre as regiões do país”. Apesar da ênfase na Regionalização, na reorganização dos serviços em bases territoriais e epidemiológicas, o documento não traz, explicitamente, uma proposta de implementação da Vigilância da Saúde entendida como “modelo”, ou referência conceitual para a construção de um modelo de atenção integral à saúde. Nem mesmo ao analisar a necessidade de que os “programas especiais” do MS “hoje em caráter vertical”, “devem limitar-se à definição de diretrizes, sob a ótica da

---

<sup>5</sup> MINISTÉRIO DA SAÚDE /CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Desenvolvimento do SUS: avanços, desafios e reafirmação de princípios e diretrizes, 2002, 60 p.

epidemiologia social e regional” (sic), o documento refere-se explicitamente, à necessidade e possibilidade de integração das práticas de vigilância ambiental, sanitária e epidemiológica.

Na “Carta à sociedade brasileira, aos partidos políticos, aos candidatos e candidatas à presidência da República, aos governos estaduais e distrital, à Câmara de Deputados e ao Senado Federal”, o CEBES/ABRASCO explicitam que “a Reforma Sanitária exige reforçar e ampliar os mecanismos de “inteligência sanitária”. Desde o fortalecimento de um sistema de vigilância em saúde, com adequado reforço e articulação institucional dos centros e núcleos de epidemiologia e de vigilância sanitária, até o aprimoramento e reestruturação do sistema de ciência e tecnologia na pesquisa, desenvolvimento e difusão de inovações em saúde”.

O Programa da Coligação “Lula presidente”, por sua vez, traz um item específico dedicado à Vigilância da Saúde, entendida como o conjunto de ações da vigilância sanitária, ambiental e epidemiológica, cujo objetivo “é controlar e intervir nas situações de risco que a população enfrenta, como acidentes, intoxicações por substância químicas (solventes, metais pesados e gases tóxicos) e outros eventos passíveis de prevenção e controle”. Ainda reafirma que “em nosso governo será constituído um efetivo Sistema Nacional de Vigilância à Saúde com as ações integradas de vigilância epidemiológica, ambiental e sanitária de produtos, serviços, de processos e ambientes de trabalho e meio ambiente em geral, e dar-se-ão no âmbito do Sistema Único de Saúde”. Indica que será elaborada uma “política nacional de Vigilância à Saúde”, associando as ações de vigilância sanitária, ambiental, epidemiológica e de saúde do trabalhador, “dando maior efetividade às ações de proteção e promoção da saúde”, cuja implementação se dará com “participação dos estados, municípios, além de setores da sociedade e o controle social”.

Como se pode constatar, não existe um consenso entre os diversos atores políticos com relação ao encaminhamento do processo de mudança na organização das práticas de vigilância, podendo-se identificar que prevalece uma concepção restrita que enfatiza a integração das “vigilâncias” epidemiológica e sanitária (mais a vigilância ambiental e a saúde do trabalhador), ainda que se recupere a proposta de criação de um “Sistema de

Vigilância da Saúde” que articule ações de monitoramento da situação de saúde (inteligência) com as ações de controle de riscos e danos propriamente ditas.

Do ponto de vista organizacional, a proposta atual apresentada pelo Ministério da Saúde, de criação de uma Secretaria de Vigilância da Saúde, parece reproduzir o processo que ocorreu em algumas Secretarias Estaduais de Saúde, com a mera mudança de organograma, sem uma efetiva mudança de práticas. Chama a atenção, especificamente, a separação entre a Secretaria de Atenção à Saúde e a Secretaria de Vigilância da Saúde, com o risco de uma eventual restauração da dicotomia entre a Atenção Médica (ainda que com o fortalecimento da Atenção Básica) e a Saúde Pública (predominantemente centrada no controle de endemias), distanciada das ações de vigilância sanitária e outras ações de controle de riscos.

Pode ser, entretanto, que a reorganização institucional do MS seja um primeiro passo para a racionalização interna de recursos e reorientação das relações entre os diversos órgãos e destes, principalmente, com as Secretarias Estaduais e Municipais, representando um “enxugamento” do órgão federal, uma simplificação das **relações intra e intergovernamentais** e, esperamos, a intensificação do processo de descentralização de responsabilidades e poderes aos estados e municípios.

Nesse sentido, uma questão chave diz respeito ao redirecionamento das relações do MS com as Agências reguladoras. Especificamente, no que concerne à Vigilância da Saúde, as relações com a ANVISA. Vem-se observando certa “suspeição” sobre as agências reguladoras, inclusive no país de origem, onde perderam grande parte do prestígio inicial que desfrutavam, devido ao atrativo de maior independência em relação ao Poder Executivo e a função regulatória, passando a inspirar desconfiança, tanto por parte dos órgãos de governo quanto por parte da população em função de “excessos” derivados da autonomia administrativas que desfrutavam (Di Pietro, 2001).

A outra questão central parece ser a manutenção ou não de uma proposta de regionalização, não apenas da assistência senão que da atenção à saúde como um todo (Teixeira, 2002). À primeira vista não parece ser a opção preferencial do MS a regionalização do SUS como estratégia de “integração” das práticas, serviços e

sistemas, em função inclusive, da aliança “municipalista” entre nível federal e municípios, que se configura em face do novo mapa político estadual. Entretanto, caso venha a se fortalecer um processo de regionalização da atenção à saúde na perspectiva da integralidade do cuidado, recolocar-se-á a necessidade de avançar com a definição das ações de vigilância sanitária, ambiental e epidemiológica que caberão a cada nível organizacional do sistema. No caso específico da VISA, por exemplo, a definição do alcance das responsabilidades e poderes dos municípios das microregiões (que não constituem unidades políticas) é um ponto ainda polêmico e indefinido.

## **5. Comentários finais**

O desenvolvimento da Vigilância da Saúde, entendida como uma forma de pensar e de agir que pressupõe a análise permanente da situação de saúde da população e a organização e execução de práticas de saúde adequadas ao enfrentamento dos problemas e necessidades existentes é um dos grandes desafios que se tem hoje. Os desafios se ampliam na medida em que implica não só mudanças na gestão e organização do sistema, especialmente na organização das práticas que ocorrem na “ponta” desse sistema, isto é, no espaço onde interagem os profissionais de saúde e a população, em seus distintos segmentos, mas, sobretudo, pela mudança necessária na própria concepção acerca do complexo saúde-doença-cuidado e suas inter-relações com os determinantes e condicionantes econômicos, sócio-ambientais e culturais.

A incorporação da proposta de Vigilância da Saúde pelos profissionais e trabalhadores que atuam nesse espaço implica mudanças no seu processo de trabalho e nas relações que mantém com outros profissionais e trabalhadores e, sobretudo, nas relações que mantém com os usuários do sistema e com a população. Desse modo, a Vigilância da Saúde precisa ser construída com participação ativa dos profissionais, trabalhadores de saúde e da própria população, na medida em que requer mudança na forma de pensar e agir com relação à saúde e sua promoção, proteção e recuperação no plano individual e coletivo. Como prática social, exige o engajamento dos sujeitos interessados em refletir criticamente suas concepções e práticas de modo a reelaborar, continuamente, suas idéias, noções e conceitos acerca da saúde, seja enquanto “estado

de saúde” individual ou coletivo, seja enquanto práticas de saúde, ações, serviços e sistemas de saúde.

O aprendizado dessa nova forma de pensar só pode ser desenvolvido a partir de uma análise crítica dos conhecimentos que dispõe e das práticas que cada profissional e cada trabalhador realiza em seu cotidiano, tendo em vista a promoção, proteção e recuperação da saúde no plano individual e coletivo. Exige, portanto, um esforço de “auto-reflexão”, ao tempo em que exige uma disponibilidade ao novo, uma “abertura” às possibilidades que se colocam para aqueles que pretendem fazer parte do processo de construção do futuro do nosso sistema de saúde. Além disso, exige um trabalho político no sentido da mudança das relações de poder no âmbito institucional e fora dele, na medida em que a configuração atual dessas relações parece ser o principal obstáculo à efetiva implementação da proposta da Vigilância da Saúde.

### **Referências bibliográficas (rever)**

BRASIL, 1993. MS Norma Operacional Básica 001/93

BRASIL, 1996. MS Norma Operacional Básica 001/96

BRASIL, MS. 10ª Conferência Nacional de Saúde, Construindo um modelo de atenção à saúde. **Anais**. Brasília, D. F. 1996

BRASIL, AANVISA/MS. Conferência Nacional de Vigilância Sanitária. Relatório Final. Brasília, D.F. 2001.

BRITO, M. C. M. et al. 2001 Vigilância Sanitária em transformação no Estado de Goiás. **Divulgação em Saúde Para Debate**, Rio de Janeiro, nº 25: 37-45

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2000. 11ª CNS: Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização da atenção à Saúde, com controle social. Termos de Referência para desenvolvimento dos sub-temas, 34 p.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE . 11ª CNS: Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização da atenção à Saúde, com controle social. Relatório final. Brasília, DF. Dezembro de 2000

COSTA, E.A. Vigilância Sanitária: proteção e defesa da saúde. São Paulo, Hucitec/Sobravime, 1999.

COSTA, E. A Política de Vigilância sanitária: balanço e perspectivas, In: Cadernos da i de Vigilância Sanitária, Brasília, ANVISA, MS, 2001.

DI PIETRO, M.S.Z. **Direito Administrativo**, 13ª ed. São Paulo, Atlas, 2001.

LEAVELL, H. & CLARK, E. G. **Medicina Preventiva**. Editora McGraw-Hill do Brasil Ltda, 1987, 744 p.

LEUCOVITZ, E. LIMA, L. MACHADO, C. 2001 Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, 6 (2): 269-291.

LIMA, L. C. W. 2001 Anvisa: enfim um projeto político-institucional para a Vigilância Sanitária? **Divulgação em Saúde Para Debate**, Rio de Janeiro, nº 25: 9-23, novembro 2001

LUCCHESI, G. Globalização e regulação sanitária: os rumos da vigilância sanitária no Brasil. Rio de Janeiro, ENSP/Fiocruz, 2001 (Tese de Doutorado).

MAGALHÃES, M. C. C. e FREITAS, R. M 2001 Apontamentos para a discussão da vigilância sanitária no modelo de vigilância à saúde. *Caderno de Saúde*, 4: 30-37, Belo Horizonte, Coopmed, 2001.

MENDES, E. V. 1993. *A construção social da vigilância à saúde no Distrito Sanitário*, **Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde**, nº 10: 7-19, Brasília, OPS.

MENDES, E. V. (org.) 1994. Planejamento e Programação Local da Vigilância da Saúde no Distrito Sanitário. **Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde**, n. 13, OPS, Brasília, 109 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2001. Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso (Norma operacional da Assistência à Saúde. NOAS. SUS 01/01. Portaria MS/GM nº 95, de 26 de janeiro de 2001). Brasília, D. F. 114 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2002. Norma operacional da Assistência à Saúde. NOAS. SUS 01/02. Brasília, D. F. março de 2002, 75 p.

PAIM, J. S. & TEIXEIRA, M. G. Reorganização do sistema de vigilância epidemiológica na perspectiva do Sistema Único de Saúde (SUS) Seminário nacional de Vigilância epidemiológica, **Anais. MS.FNS.CENEPI**, Brasília, 1-4 de dezembro de 1992, p. 93-144

PAIM, J. S. *A reorganização das práticas de Saúde em Distritos Sanitários* In: MENDES (org) **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. HUCITEC/ABRASCO, São Paulo-Rio de Janeiro, 1993.

PAIM, J. S. *A Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais* In: ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia & Saúde**, MEDSI, Rio de Janeiro, 1994b, p. 455-466

PAIM, J. S. Políticas de descentralização e Atenção Primária à Saúde In: ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia & Saúde**, 5ª edição, MEDSI, Rio de Janeiro, 1999, p. 489-503

PAIM, J. S. **Saúde, Política e Reforma Sanitária**. Instituto de Saúde Coletiva CEPS. Salvador, Bahia, 2002, 447 p.

SCHREINER, L. L. et al. 2001 A vigilância sanitária de alimentos e o desafio da inserção da produção artesanal mineira no comércio formal. **Divulgação em Saúde Para Debate**, Rio de Janeiro, nº 25:46-54

SOUZA, G.S. Vigilância Sanitária no Sistema Local de Saúde: O caso do Distrito Sanitário de Pau da Lima – Salvador/Bahia. Instituto de Saúde Coletiva, UFBA, Salvador, Bahia, 2002 (Dissertação de Mestrado).

TEIXEIRA, C. F. *A construção social do Planejamento e programação local da vigilância a saúde no Distrito Sanitário*. In: MENDES, E. V. (org.) Planejamento e programação local da Vigilância da Saúde no Distrito Sanitário, OPS. **Série Desenvolvimento de serviços de saúde**, nº 13, Brasília, 1994b, p. 43-59

TEIXEIRA, C. F. **Epidemiologia e Planejamento em saúde: contribuição ao estudo da prática epidemiológica no Brasil. 1990 – 1995**. Tese de Doutorado, ISC/UFBA, 1996, 300

TEIXEIRA, C. F. & MELO, C. (orgs.) **Construindo Distritos Sanitários**: a experiência da cooperação Italiana em Saúde no município de São Paulo, HUVITEC/CIS, São Paulo – Salvador, 1995.

TEIXEIRA, C. F., PAIM, J. S. e VILASBOAS, A L. SUS, Modelos assistenciais e vigilância da Saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**, vol VII (2) CENEPI/MS, Brasília DF, 1998.

TEIXEIRA, C. F. PAIM, J. S. “Planejamento e programação das ações intersetoriais para a promoção da saúde e da qualidade de vida”, **Revista de Administração Pública**. Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, volume 34 (p 63-80) 2000.

TEIXEIRA, C. F. 2000b. Modelos de atenção voltados para a qualidade, efetividade, equidade e necessidades prioritárias de saúde. **Caderno da 11ª. Conferência Nacional de Saúde**, Brasília, D. F. dezembro de 2000, p. 261 – 281.

TEIXEIRA, C. F. 2001b. **Planejamento municipal em saúde**. Instituto de Saúde Coletiva da UFBA, Salvador, Bahia, 79 p.

TEIXEIRA, C. F. 2002 *Promoção e vigilância no contexto da Regionalização da Assistência à Saúde no SUS*. **Cadernos de Saúde Pública**

VILASBOAS, A L et. al. 1995. Vigilância à Saúde. Relatório da Oficina de Trabalho. III Congresso Brasileiro de Epidemiologia Salvador, Bahia, 11 p.

VILASBOAS, Ana Luiza **Vigilância à saúde e distritalização: a experiência de Pau da Lima** (dissertação de Mestrado). ISC-UFBA, Salvador, out. de 1998, 114 p. e anexos