

VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Lise Barros Ferreira

A Vigilância em Saúde (VS) é um instrumento essencial da saúde pública (WHO/PAHO, 2020). Conforme descrita na Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), é uma função essencial do SUS e, como tal, uma política pública de Estado. Sendo assim, tem caráter universal, transversal e orienta o modelo de atenção à saúde com ênfase nos territórios. Sua efetivação depende da articulação com outras instâncias do sistema de saúde, principalmente a Atenção Primária, e está relacionada com as práticas de atenção, como a promoção e os mecanismos de prevenção de doenças, para tal são estabelecidos o

[...] processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise de dados e disseminação de informações sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública, incluindo a regulação, intervenção e atuação em condicionantes e determinantes da saúde, para a proteção e promoção da saúde da população, prevenção e controle de riscos, agravos e doenças (CNS, 2018).

A vigilância em saúde está historicamente associada aos conceitos de saúde e doença presentes em cada época e em cada lugar. Desde a idade média estava ligada à prática de vigiar pessoas doentes, coletando informações e dados acerca dos episódios de saúde, com a finalidade de adotar mecanismos no enfrentamento das epidemias e subsidiar a aplicação das chamadas medidas de intervenção social, isolamento, cordão sanitário e quarentena (TEIXEIRA *et al.*, 2018).

No período pré-industrial, na Europa, a notificação de doenças infecciosas era realizada por determinação legal, identificando doenças, doentes e seus contatos, com potencial de aumento da contaminação e mortes que acompanhavam a urbanização e as etapas da industrialização, com a finalidade de divulgar e aplicar as medidas de prevenção e controle, visando a política de desenvolvimento das nações. Listas de agravos apontavam doenças reconhecidas como problemas para a saúde pública, mas que também refletiam as condições de vida dos trabalhadores e a falta de condições sanitárias e de higiene nas cidades em crescimento, com aumento da circulação de pessoas e mercadorias, que resultavam em problemas sociais graves. Nos países de desenvolvimento tardio, a vigilância era realizada por controle focal, somente nos grandes centros urbanos, nas áreas portuárias e nas principais áreas de comércio, através de campanhas sanitárias temporárias, independente de transformação das condições de vida e saúde dos trabalhadores (FRANCO NETTO *et al.*, 2017).

No final do século XIX, o conceito de vigilância surge como um instrumento da saúde pública, com o desenvolvimento da microbiologia e da transmissão de doenças infecciosas. Com o avanço dos estudos e da investigação científica, novas medidas de prevenção e controle passaram a ser aplicadas, como a vacina e o combate vetorial, que alteraram as ações e as práticas de saúde pública, com repercussões na forma de organização de serviços e ações em saúde coletiva (ARREAZA; MORAES, 2010).

No século XX, as campanhas globais de combate e erradicação das epidemias de gripe, malária e varíola ampliaram o conceito de vigilância. A vigilância passou da detecção de casos à investigação da transmissão. Aplicou diferentes sistemas, com métodos de coleta, análise dos fatores de risco contidos nas condições de vida, vulnerabilidade e receptividade, como os determinantes de saúde, tendo como base o local de vivência das pessoas e na disponibilidade de equipamentos e políticas públicas e a difusão de dados, para orientação da população e desencadear políticas públicas. Assim, entre as décadas de 1960 e 1970, se deu a consolidação da vigilância, como instrumento de saúde pública, sendo incorporada às atividades regulares dos serviços públicos, apresentando variações em sua abrangência entre os países com diferentes sistemas sociopolíticos e econômicos e com distintas estruturas de serviços de saúde (SABROSA, 2002; ARREAZA; MORAES, 2010).

No Brasil, a preocupação com a atenção à saúde marcou sucessivas Cartas Magnas, desde a Constituição Imperial de 1824, mas foi por ocasião da abertura dos portos (1897), a chegada de navios com pessoas doentes e a aglomeração nas cidades, que ocorreram os primeiros registros de casos de adoecimento (DEMUNER TEIXEIRA, 2020).

A partir da década de 1950, o conceito de vigilância foi modificado no Brasil, deixando de ser aplicado no sentido da observação sistemática para acompanhamento sistemático de eventos adversos à saúde na comunidade, com o propósito de aprimorar as medidas de controle. Contudo, a disseminação de informações restringia-se ao assessoramento das autoridades sanitárias quanto à necessidade de medidas de controle, deixando a decisão e a operacionalização dessas medidas a cargo das próprias autoridades sanitárias (MONKEN; BATISTELLA, 2008). Com o apoio de instituições internacionais e das campanhas de saúde pública, em 1969, foi criado o Centro de Investigações Epidemiológicas (CVE), com foco no registro de casos, com informação, investigação, avaliação e programação de medidas de controle, produzindo “informação para ação” (TEIXEIRA *et al.*, 2018).

Na década de 1970, o Ministério da Saúde reconhece a divisão de conceitos e métodos nas ações de vigilância: a Vigilância Epidemiológica (VE), ligada ao controle de casos de doenças transmissíveis, fundamentada na clínica e na epidemiologia, executando Programas Especiais, que deu origem ao Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE), em 1975; e a Vigilância Sanitária (VISA), realizando fiscalização e controle sanitário nos ambientes, produtos e serviços de interesse da saúde, utilizando a racionalidade político-jurídica, incluindo ações nas áreas de portos e fronteiras, que deu origem ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, em 1976 (CONASS, 2007; MONKEN; BATISTELLA, 2008).

A Constituição Federal de 1988 (CF/88), que se tornou o marco da mudança de modelo da atenção à saúde, foi resultado dos esforços em defesa da democracia provenientes do movimento de Reforma Sanitária Brasileira. Ela reconheceu a saúde como direito social (art. 6º) e estabeleceu como princípio a universalidade, na qual “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas [...]” (art. 196). A Carta Magna considerou ainda que as ações e serviços de saúde são de relevância pública e cabem ao Poder Público, o que reforça o papel do Estado para disponibilizá-las (art. 197), integrando uma rede e constituindo um sistema único, que favorece a luta política em torno da construção do SUS (art. 198). A CF definiu as competências do sistema de saúde que, além de outras atribuições, deverá “executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica,

bem como as de saúde do trabalhador” (art. 200, II), dando suporte legal à divisão da vigilância (BRASIL, 1988).

A Regulamentação do capítulo constitucional, através da Lei Orgânica da Saúde (LOS), Lei nº 8.080/1990, reafirmou o *direito fundamental* à saúde (art. 2º); o dever do Estado, na formulação e execução de políticas [...] que visem à redução de riscos de doenças [...], que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (§1º). Apresentou, como determinantes e condicionantes da saúde, *a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais* (art. 3º). Manteve a divisão e definiu como as áreas de atuação (art. 6º): a vigilância sanitária, que atua *nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde* (§ 1º); a vigilância epidemiológica proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos (§ 2º); e acrescentou a vigilância à saúde do trabalhador, atuando *na recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho* (§ 3º) (BRASIL, 1990).

Durante a década de 1990, as discussões em torno do alinhamento das ações da VE com as descrições contidas nos documentos legais se intensificaram e surgiu a proposta de ação baseada na “vigilância da saúde”, integrando os componentes da vigilância. Na perspectiva da integração, então, foi realizada a publicação de uma série de normas e vários arranjos institucionais como a fusão de vários órgãos de relevante papel na prevenção e combate às doenças e a criação de outros, como a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) e do Centro Nacional de Epidemiologia (CENEPI), em 1991; a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SISVISA), em 1999; a Vigilância Ambiental em Saúde (VAS) e o Sistema Nacional de Vigilância Ambiental (SNVA), em 2000; e, por fim, a criação da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), no Ministério da Saúde, em 2003 (FREITAS; FREITAS, 2005).

O CENEPI protagonizou um modelo de vigilância epidemiológica em âmbito nacional, a partir do desenvolvimento e da consolidação de sistemas de informação – a Rede Nacional de Informação para a Saúde (RNIS) e a Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA). Tais redes incluíram indicadores de vulnerabilidades sociais, que permitem a realização da análise da situação de saúde e a identificação de doenças e agravos inusitados, a partir da análise dos fatores determinantes e condicionantes.

O tema “ambiente”, que se consolidou no âmbito do SUS, com a implantação das ações de Vigilância Ambiental em Saúde (VAS), nos três níveis da gestão, incluiu, inicialmente, elementos tradicionalmente realizados pela vigilância epidemiológica (de agravos e doenças) e pela vigilância sanitária (exposição a agentes químicos, físicos e biológicos), incorporando o monitoramento da exposição de indivíduos ou grupos populacionais a agentes ambientais (fatores de riscos biológicos e não biológicos) (BRASIL, 1999; FREITAS; FREITAS, 2005).

A SVS surge como um modelo de atuação para dar suporte político-institucional, trabalhando em conjunto com a ANVISA, na formulação das políticas de vigilância em saúde, auxiliando no processo de descentralização e de reorganização dos serviços e das

práticas de saúde que passou a coordenar todas as ações de vigilância epidemiológica e ambiental, redefinindo a estrutura da Vigilância em Saúde (VS) (BRASIL, 2007).

As normas, de modo geral, passaram a regulamentar a descentralização e a integração dos componentes da VS entre si e com outros setores do SUS, visando a integralidade. Assim, a Portaria GM/MS nº 1.172/2003, estabeleceu as ações de vigilância de competências dos três níveis da gestão SUS, de forma a evitar a separação entre atividades de vigilância epidemiológica, vigilância ambiental em saúde e as operações de controle de doenças, com interação e apoio progressivos, na gestão do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (SNVS).

Destaque para a Portaria nº 3.252/2009, que definiu como objetivo da VS a análise permanente da situação de saúde, considerando as condições de vida e trabalho das populações vulneráveis, ratificando a necessidade da articulação das ações de controle dos determinantes sociais e danos à saúde dessas populações, com ações de promoção, vigilância, proteção, prevenção e controle das doenças e agravos, a fim de garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2009a; BRASIL, 2009b).

Destaque também para a Portaria GM/MS nº 1.378/2013 que, substituindo a Portaria nº 3.252, ampliou as responsabilidades dos três níveis de governo (arts. 5º ao 12). Definiu a VS como processo, contínuo e sistemático de ações e articulações (art. 2º). Incluiu nessas articulações as demais ações e serviços do SUS, garantindo a integralidade da atenção à saúde (art. 3º), envolvendo práticas e processos de trabalho voltados para: I – a vigilância da situação de saúde da população; II – a detecção e adoção de medidas adequadas às emergências de saúde pública; III – a vigilância, prevenção e controle das doenças transmissíveis, das doenças crônicas não transmissíveis, dos acidentes e violências; IV – a vigilância de populações expostas a riscos ambientais, incluindo os ambientes de trabalho; V – vigilância sanitária dos riscos decorrentes da produção e do uso de produtos, serviços e tecnologias de interesse a saúde, entre outras.

A Resolução CNS nº 588, de 12/6/2018, incorporou as propostas debatidas e aprovadas na 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde (I CNVS), instituindo a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), se tornando um marco no setor saúde. Surgiu como política pública de Estado essencial ao SUS, com competências, atribuições e responsabilidades partilhadas para as três esferas da gestão, estabelecendo e garantindo a articulação entre os setores responsáveis pelas políticas públicas através do financiamento das ações (arts. 10 a 14). Descreveu as estratégias para identificar e controlar situações que resultem em risco de agravos à saúde, entre outras.

A PNVS retomou os princípios doutrinários do SUS (art. 7º), da descentralização político-administrativa (III), regionalização (IV), equidade (V), a universalidade do acesso (VI), participação da comunidade (VII). Colocou como base e foco da sua atuação o território, e como função principal contribuir para a integralidade na atenção à saúde (I). Através da inserção das ações de VS em todos os pontos da Rede de Atenção à Saúde do SUS, prioritariamente na Atenção Primária à Saúde (APS), articulando e construindo protocolos, linhas de cuidado e matriciamento da saúde, bem como na definição das estratégias e dispositivos de organização e fluxos da rede de atenção.

Tendo o território como base para o planejamento e desenvolvimento das ações, a VS passou a ser reconhecida como um modelo de atenção voltado para a busca de respostas efetivas. As ações direcionadas às situações específicas de cada comunidade permitem

articular saberes e integrar diversas áreas de conhecimento, como epidemiologia, geografia, ciências sociais, pedagogia, comunicação etc., com diferentes temas (política, planejamento, territorialização, processo saúde-doença, condições de vida, situação de saúde das populações, ambiente e processo de trabalho), na execução do conjunto de ações, a fim de identificar, enfrentar e controlar os determinantes socioambientais dos riscos e dos danos à saúde, que podem colocar em desequilíbrio o bem-estar da população local, nas relações de vida e trabalho e nos diversos aspectos inerentes a esse território (BRASIL, 2013; PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000).

A PNVS apresenta como diretrizes (art. 8º), entre outras: articular e pactuar responsabilidades das três esferas de governo; intervenções individuais ou coletivas, prestadas por serviços de vigilância, em todos os pontos de atenção; integração das práticas e processos de trabalho dos componentes da vigilância; intervenção na gestão de risco; atuação nas emergências em saúde pública (BRASIL, 2018).

Desta forma, dentre as competências da VS, pode-se destacar a integração e a articulação que, entre os componentes da vigilância e/ou da VS com a rede de atenção à saúde, será realizada através dos sistemas de informação integrados, da gestão do processo de trabalho, da educação permanente, dos estudos e pesquisas, da comunicação e do controle social, associados à regionalização das ações e serviços da vigilância no SUS. Todas essas competências são consideradas essenciais para informar sobre as mudanças nas políticas, orientar as novas intervenções do programa, aprimorar as comunicações públicas e ajudar as agências a avaliar os investimentos em pesquisa (ALBUQUERQUE *et al.*, 2019).

Embora PNVS tenha como proposta contribuir para a consolidação do SUS, apontando para a reorganização do modelo, é possível identificar alguns desafios.

Para Gondim (2020), apesar das tentativas de integração intrasetorial e com a Atenção Primária em Saúde (APS), a fragmentação na estrutura e a falta de metodologias para as ações conjuntas dos componentes da vigilância deixam evidente o distanciamento entre recomendações legais e a efetividade das intervenções. Para que aconteça a integração das ações da APS e da VS, será necessária a mudança no processo de trabalho de ambas as equipes, que devem deixar de atuar cada uma no seu campo restrito, e passarem à forma integrada, tendo como foco a saúde do indivíduo, família e comunidade agindo nos territórios singulares de cada unidade de saúde, baseando suas ações no diagnóstico da situação de saúde da população. A atenção especializada, a precariedade na articulação das esferas de gestão e as necessidades reais dos territórios para proteção, controle de riscos e soluções às vulnerabilidades, nos diferentes contextos de vida das populações, nas escalas regional, estadual e municipal estão ainda mais distantes.

Estudo realizado com gestores estaduais mostra que estes identificam problemas no processo de implementação da regionalização da VS no Brasil. Entendem que acontece de forma assimétrica e diretamente influenciado pelo sistema organizacional no qual se insere. Apesar das convergências e divergências de concepções acerca do que está instituído nas normas, afirmam que é operacionalizado no nível local e esbarra em contextos locais, cujo enfoque ainda é marcado pela busca de soluções municipais para problemas regionais. Afirmam que a regionalização ainda não se encontra efetivamente na agenda estadual, a não ser no que se refere à organização assistencial dos serviços, deixando as estratégias e mecanismos para o fortalecimento do nível regional ainda é escassa (ALBUQUERQUE *et al.*, 2021).

Para Machado *et al.* (2017), o maior desafio do setor saúde na contemporaneidade continua sendo político, isto é, resistir aos ataques e riscos de desmantelamento do SUS pelas políticas de ajuste fiscal. O subfinanciamento crônico reflete o cenário político e o descaso com as políticas públicas, retratado pela insuficiência de recursos, pela iniquidade nas condições de financiamento, pelos gastos com as ações e serviços nos estados e municípios, e a baixa participação dos investimentos na saúde pública. Como resultado, a APS, porta de entrada do SUS e principal setor de articulação da VS para a efetivação da integralidade, vem sofrendo com a tentativa de desconstrução da Estratégia de Saúde da Família (ESF), com o novo modelo de financiamento, com a redução dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), agentes de vigilância do território, a perda de profissionais com o encerramento do Programa Mais Médicos e a extinção dos Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), que dificultam o acesso da população ao sistema de saúde.

A pandemia do Coronavírus e a emergência da demanda evidenciaram as tensões presentes no campo da saúde pública, intensificando os conflitos teóricos e políticos e a necessidade da produção de conhecimentos, desenvolvimento de tecnologias e implementação de políticas e planos de ação sobre as diversas dimensões da pandemia. Ao mesmo tempo, surge a necessidade do aperfeiçoamento das práticas de VS que, fundamentadas na concepção integral, intersetorial e participativa, vêm exigindo um conjunto de mudanças com base na situação de saúde do país. É preciso pensar a VS como uma proposta de ação capaz de orientar a tomada de decisões acerca do “que fazer” em cada realidade concreta, tendo em vista a retomada do processo de construção do SUS, considerando as desigualdades estruturais e históricas da luta de classes, determinada pela distribuição desigual da riqueza na sociedade, pelo colonialismo e pelo patriarcado, que, ao longo de séculos, forjaram invisibilidades e segregações (pobres, negros, mulheres, LGBTQIA+, indígenas, quilombolas, ribeirinhos, caiçaras, idosos) (JÚNIOR-LOPES *et al.*, 2021).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALBUQUERQUE, A. C.; CESSÉ, E. A. P.; SAMICO, I. C.; FELISBERTO, E.; FRIAS, P. G.; SILVA, G. C. Desafios para regionalização da Vigilância em Saúde na percepção de gestores de regiões de saúde no Brasil. *Saúde Debate*, v. 45, n. 128, jan.-mar. Rio de Janeiro, 2021.
- ARREAZA, A. L. V.; MORAES, J. C. de. Vigilância da saúde: fundamentos, interfaces e tendências. In: *Ciência & Saúde Coletiva*, n. 15, jul. de 2010.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. *Diário Oficial da União*, Seção 1 – 5 de out. de 1988.
- _____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. *Diário Oficial da União*, 1990.
- _____. Ministério Da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Curso Básico de Vigilância Epidemiológica*. Brasília: Ministério da Saúde. 2005.
- _____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução MS/CNS nº 588, de 12 de julho de 2018. *Diário Oficial da União*. Seção 1. Brasília, DF, ed. 155, p. 87, 13 ago. 2018.

- DEMUNER TEIXEIRA, S. O Rio de Janeiro pelo Brasil: a Grande Reforma Urbana nos jornais do país (1903-1906). Dissertação de Mestrado, do Programa de Pós-Graduação em História, na Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020.
- FRANCO NETTO, G. *et al.* Vigilância em Saúde brasileira: reflexões e contribuição ao debate da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(10):3137-3148, 2017.
- 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 e Saúde Coletiva*, 10(4): 993-1004, out./dez., 2005.
- GONDIM, G. M. M. Decifra-me ou Te devoro: enigmas da Vigilância em Saúde na pandemia Covid-19. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 18, n. 3, 2020
- JÚNIOR-LOPES, L.C.; LACERDA, A. A.; VENÂNCIO, F. F.; BULERIAO, L. P.; SOBREIRA, L.B. Vigilância em Saúde na pandemia de COVID-19 e os desafios do SUS na atualidade. *Saúde coletiva*, n. 64, v. 11, p. 5714-5727, 2021.
- LEFÉVRE, F.; LEFÉVRE, A. M. C. Promoção de Saúde: a negação da negação. Rio de Janeiro: Vieira e Vent, 2004.
- MACHADO, C. V.; LIMA, L. D.; BAPTISTA, T. W. F. Health Policies in Brazil in Times of Contradiction: Paths and Pitfalls in the Construction of a Universal System. *Cad. Saúde Pública*, n. 33, Sup. 2, 2017.
- MONKEN, M.; BATISTELLA, C. Vigilância em saúde. In: PEREIRA, I.B.; LIMA, J.C.F. (Orgs.). *Dicionário da educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz, 2008.
- OLIVEIRA, C. M. de; CRUZ, M. M. Sistema de Vigilância em Saúde no Brasil: avanços e desafios. *Saúde Debate*, v. 39, n. 104, p. 255-267, jan.-mar., Rio de Janeiro, 2015.
- PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. de. *A Crise da Saúde Pública e a Utopia da Saúde Coletiva*. Salvador: Casa da Qualidade, 2000.
- SABROSA, P. Vigilância em saúde. Rio de Janeiro: Abrasco, [200-]. In: SCLIAR, M. *Do Mágico ao Social: trajetória da saúde pública*. São Paulo: Senac, 2002.
- TEIXEIRA, C. F., PAIM, J. S.; VILASBOAS, A. L. SUS: modelos assistenciais e vigilância da saúde. *Informe Epidemiológico do SUS*, VII (2): 7-28, 1998.
- TEIXEIRA, C. (Org.) *Promoção e Vigilância da Saúde*. Salvador: ISC, 2000.
- TEIXEIRA, M. G. *et al.* Vigilância em Saúde no SUS – construção, efeitos e perspectivas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6):1811-1818, 2018.
- TEIXEIRA, C. F. A ciência no emaranhado dos jogos de poder: reflexões sobre o lugar da saúde coletiva no contexto da pandemia da Covid-19. *Observatório de Análise Política em Saúde*. Centro de Estudos Estratégicos. Salvador: Fiocruz, 2021.
- WHO. *The Essential Public Health Functions in the Americas. A Renewal for the 21st Century Conceptual Framework and Description*. Washington, 2020.