



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva

Brasil

Mendonça Guimarães, Raphael; Cardoso Meira, Karina; Pimenta Araújo Paz, Elisabete;

Gomes Parreira Dutra, Viviane; Aguilera Campos, Carlos Eduardo

Os desafios para a formulação, implantação e implementação da Política Nacional de
Vigilância em Saúde

Ciência & Saúde Coletiva, vol. 22, núm. 5, mayo, 2017, pp. 1407-1416

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63050935003>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

Os desafios para a formulação, implantação e implementação da Política Nacional de Vigilância em Saúde

Challenges for the formulation, implantation and implementation of a National Health Surveillance Policy in Brazil

Raphael Mendonça Guimarães ¹

Karina Cardoso Meira ²

Elisabete Pimenta Araújo Paz ³

Viviane Gomes Parreira Dutra ⁴

Carlos Eduardo Aguilera Campos ³

Abstract This article examines the evolution of health surveillance policies as actions, models and systems, as well as contributing to the debate about the constitution of the National Health Surveillance Policy (PNVS). The article discusses conceptual elements regarding the notion of health surveillance and its evolution in Brazil and a trajectory is provided in relation to the construction of care models, particularly after the creation of the Unified Health System (SUS). The possibility of using the framework of public policies based on evidence, and methods for analyzing health situations, such as spatial analysis and time series, are highlighted. To conclude, questions are raised regarding the effective creation of the PNVS, and the challenges that the federal executive faces in driving this process.

Key words Public health, Health surveillance, Evidence-based public policy, Federal sphere

Resumo O artigo é um ensaio com o objetivo de resgatar a evolução da vigilância em saúde como ação, modelo e sistema na história e trazer subsídios para o debate acerca da constituição da Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS). São resgatados elementos conceituais sobre o conceito de vigilância em saúde e sua evolução no Brasil ao longo dos anos, e é definida uma trajetória da construção do modelo de atenção, principalmente após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Pontua-se a possibilidade de utilização, como eixo norteador, do referencial das políticas públicas baseadas em evidência, e do uso de métodos conhecidos pela análise de situação de saúde, como as análises espaciais e de séries temporais. Ao final, são elencados as questões para a efetiva criação da PNVS e os desafios colocados, principalmente, para o executivo federal na condução deste processo.

Palavras-chave Saúde pública, Vigilância em saúde, Política pública baseada em evidência, Esfera federal

¹ Fundação Oswaldo Cruz. Av. Brasil 4365, Manguinhos, 21041-360 Rio de Janeiro RJ Brasil. raphael.guimaraes@fiocruz.br

² Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Escola de Saúde. Natal RN Brasil.

³ Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro RJ Brasil.

⁴ Fundação Oswaldo Cruz. Instituto Nacional de Infectologia. Rio de Janeiro RJ Brasil.

Introdução

A criação do SUS, impulsionada a partir da promulgação da Carta Magna, em 1988, e estabelecida com a publicação das Leis Orgânicas de Saúde, em 1990, foi uma conquista importante para os direitos sociais no Brasil. Entretanto, descortinou a complexidade da situação epidemiológica do país, caracterizada pela tripla carga de doenças na população: permanência de doenças agudas; aumento do peso relativo das condições crônicas; e das causas externas¹. Seriam necessárias ações que não se limitassem à prevenção de saúde e controle de danos, mas que tomassem como objeto a dinamicidade do processo saúde-doença. Nesse contexto, o modelo de atenção baseado na Vigilância em Saúde (VS) propõe-se a trabalhar a lógica de um conjunto articulado e integrado de ações, que compreendem a situação de saúde da população em cada território transcendendo os espaços institucionalizados do sistema de serviços de saúde². Naquele momento, de reorientação das políticas de saúde, buscou-se uma interlocução maior entre os controle de ‘causas’, ‘riscos’ e ‘danos’ por meio da redefinição do objeto, dos meios de trabalho, das atividades e das relações técnicas e sociais”³.

Na literatura latino-americana, a vigilância à saúde se inspira no modelo cubano, partindo de um diagnóstico da situação de saúde de uma população⁴. O diagnóstico do nível local, construído preferencialmente de forma participativa por meio da educação popular, torna conhecidos os principais problemas de saúde e orienta as ações transformadoras da realidade⁵. O sistema de vigilância deve ser dotado de estruturas de informação para subsidiar a tomada de decisões, o planejamento e a avaliação permanente das intervenções realizadas sobre os problemas locais de saúde⁶.

Desta forma, a Vigilância em Saúde enquanto modelo de atenção caracteriza-se pela intervenção sobre problemas de saúde, ênfase naqueles que requerem atenção e acompanhamento contínuos, operacionalização do conceito de risco, articulação entre as ações de promoção, prevenção e assistenciais, com atuação intersetorial e sobre um território. Portanto, a vigilância em saúde valoriza a regionalização e a hierarquização dos serviços, tentando dar conta do princípio da integralidade⁷. Mais recentemente, no bojo da evolução das práticas assistências para políticas, a vigilância em saúde tem sido repensada como uma política, o que em parte ressignifica a posição do nível federal na tomada de decisão estratégica desta prática⁸.

Considerando o contexto acima traçado, este texto tem como objetivos resgatar a evolução da vigilância em saúde como ação, modelo e sistema na história e trazer subsídios para o debate acerca da constituição da Política Nacional de Vigilância em Saúde.

Uma breve história sobre vigilância em saúde

Historicamente, fazer vigilância esteve associado à ideia de vigiar lugares e pessoas expostas a algum grau de contaminação ou pestilência⁹. A prática, mais antiga, adotada para vigiar foi o isolamento de pessoas doentes para impedir a disseminação da doença. Algumas experiências nos séculos XVIII e XIX, na Europa, constituíram os elementos centrais das atuais práticas da ‘vigilância em saúde’: a polícia médica ou medicina de estado, na Alemanha; a medicina urbana, na França; e a medicina social, na Inglaterra¹⁰. Somam-se a estas, experiências de Florence Nightingale na vigilância dos ambientes de campanha na Guerra da Criméia¹¹, do médico Húngaro Ignaz Semmelweis com a vigilância da febre puerperal, que levou à morte grande número de mulheres internadas no Primeiro Serviço da Maternidade do Hospital de Viena (1844 a 1848)¹² e o estudo de John Snow sobre os modos de transmissão da cólera em Londres¹³, como importantes investigações empíricas, que contribuíram, sobremaneira, para a fundamentação e institucionalização das ações de vigilância ao redor do mundo.

As primeiras medidas de saúde pública, no Brasil, ocorreram no final do século XIX. Desse ponto da história, até os dias atuais, algumas ações foram emblemáticas para a criação das práticas de vigilância em saúde, conforme pontua o Quadro 1. Cabe destacar que, neste percurso histórico, a vigilância em saúde não era um termo cunhado desde o seu início.

Uma história sobre modelos assistenciais e de atenção em saúde no Brasil

A palavra ‘modelo’ possui significados diversos, empregados em contextos e por pessoas ou grupos diferenciados. É usada tanto pelo senso comum quanto pela ciência. Em ambos pode significar padrão, algo a ser seguido, normatizado, observado com rigor. Pode representar pessoas exemplares, em alguma medida ou circunstância (ídolo, ícone, figura pública), e, ainda, aferir às formas ou fórmulas modulação ou adaptação da

Quadro 1. Momentos históricos da vigilância em saúde no Brasil.

Ano	Evento
1889	Promulgada a primeira Regulamentação dos Serviços de Saúde dos Portos, com o objetivo, de prevenir a chegada de epidemias e possibilitar o intercâmbio seguro de mercadorias. Instituída a quarentena dos navios.
1904	Revolta da Vacina, rebelião popular cujo estopim foi a vacinação obrigatória.
Década de 40	Programas foram organizados sob a forma de serviços nacionais, encarregados de controlar doenças prevalentes, como a febre amarela, a malária, a tuberculose e a peste bubônica.
1968	Criação de um sistema de notificação regular para o monitoramento da situação epidemiológica de um conjunto de doenças pelo Centro de Investigações Epidemiológicas (CIE) da Fundação de Serviços de Saúde Pública (FSESP)
1975	Criação do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica.
1976	Criação, no âmbito do Ministério da Saúde, da Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária.
Década de 80	Intensificação do processo de mudanças na constituinte. Criação do SUDS.
Década de 90	Reorganizada a área de epidemiologia e controle de doenças, com a extinção do Centro Nacional de Epidemiologia (CENEPI) e a criação da Secretaria de Vigilância em Saúde.
1999	Definido o sistema nacional de vigilância sanitária e implantada a área técnica de vigilância em saúde ambiental.
2002	Organizada de forma descentralizada e regionalizada a vigilância em saúde do trabalhador.
2004	Publicação da Portaria GM/MS nº 1.172 e aprimoramento do processo de descentralização das ações de vigilância em saúde.
2007	Publicação da Portaria GM/MS nº 1.956/07, que transfere a gestão da saúde do trabalhador da Secretaria de Atenção à Saúde para a Secretaria de Vigilância em Saúde.
2009	Publicação da Portaria GM/MS nº 3.252/09, aprova diretrizes para execução e financiamento das ações de vigilância em saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios e define vigilância em saúde como análise permanente da situação de saúde da população.
2013	Publicação da Portaria GM/MS nº 1.378, que amplia o escopo das ações de vigilância em saúde, potencializando o processo de descentralização, junto a estados e municípios, de acordo com o Pacto pela Saúde.

Fonte: Waldman⁹; Bertolli Filho¹⁴; Sciliar¹⁵.

realidade observada, são exemplos as formulações estatísticas e as formas criadas por meio de material elástico para modelar¹⁵.

No campo científico, o termo modelo é muitas vezes aplicado como sinônimo de paradigma. Esse último, aceito como representação simplificada da realidade, na qual estão descritos componentes e características principais que o distingue e o particulariza. Para alguns autores, modelo é sempre parcial, esquemático e convencional, dado que não explicita (ou ignora), parte do conteúdo do objeto sobre o qual se vincula ou se debruça. Pode ser representado por plano (urbano, de saúde, outros), desenho (relações

geométricas ou pictóricas), fórmula matemática (teorema ou gráfico) ou conjunto articulado de conceitos, teorias e métodos (forma organizativa simplificada de um sistema econômico, de saúde, administrativo, educacional, outros)³⁴.

Na saúde, modelo de atenção ou assistencial pode ser entendido como uma lógica que orienta ações e intervenções nas dimensões técnica e gerencial do sistema de saúde, uma razão de ser que reúne fundamentos, características e racionalidades¹⁶.

No Brasil, ao longo da constituição do campo da saúde pública, vários modelos de atenção foram conformados para dar respostas às neces-

sidades e aos problemas de saúde da população, consoantes aos modelos de desenvolvimento econômico, social e político vigentes em cada período^{16,17}. Esses modelos receberam influência de movimentos de saúde ocorridos em nível internacional e nacional (medicina preventiva, medicina comunitária, atenção primária à saúde, promoção da saúde, outros), cujos legados foram incorporados, em especial, ao SUS.

Na década de 1980 a expressão “modelos assistenciais” referia-se às diferentes formas de organização dos serviços de saúde e sua correspondência em unidades de saúde com graus distintos de complexidade tecnológica¹⁸. Não havia nenhuma referência a padrão ou tipo específico de organização da rede de serviços de saúde.

Concomitantemente, no Brasil, dois modelos hegemonicos (principais) se consolidaram – modelo médico e modelo sanitário^{14,15}. Essas concepções estão relacionadas ao processo de trabalho que envolve objetos, meios e atividades. Sendo assim, os modelos de atenção refletem combinações tecnológicas dispostas nos meios de trabalho, apresentando um determinado modo de dispor os meios técnico-científicos existentes para intervir sobre riscos, causas e danos à saúde. O primeiro, voltado para a atenção individual, entende a saúde, a doença e o cuidado como mercadorias. Enfatiza a dimensão biológica e a prática médica para cuidar da pessoa, recorre à medicalização dos problemas de saúde e privilegia a medicina curativa, com estímulo ao consumo médico. Já o segundo volta-se para as dimensões das necessidades coletivas, centrado no saber médico sob a influência da medicina norte-americana. Incide sobre doenças específicas, em geral transmissíveis (endemias), sob a forma de campanhas e programas especiais (saúde da criança e da mulher, vacinação, controle de tuberculose, entre outros), recorrendo às vigilâncias epidemiológica e sanitária como estruturas operacionais complementares.

De forma contra-hegemônica surgem propostas alternativas, gestadas no bojo do movimento de reforma sanitária (anos 80-90), com ênfase no processo de descentralização e no protagonismo dos municípios na condução da política em âmbito local, em substituição ou incorporação aos dois modelos principais, com o propósito de mudar as práticas de saúde, o processo de trabalho e reorganizar a atenção e o cuidado¹⁹. Os modelos de atenção alternativos ocupam lugar importante no cenário das políticas de saúde no Brasil. De forma semelhante aos modelos hegemônicos, têm características próprias,

racionalidades e formas organizativas específicas. São apropriados em vários contextos nos âmbitos municipal, estadual e federal; inclusive, sob a forma de combinação entre eles. Destaca-se aqui a vigilância em saúde como proposta de modelo que agrega um paradigma e uma estrutura peculiares²⁰.

Vigilância da saúde – modelo, paradigma e estrutura

O debate em torno do termo e significado de vigilância no América Latina e Brasil gira em torno de três vertentes distintas, que se expressam utilizando variações terminológicas como Vigilância da Saúde, Vigilância à Saúde e Vigilância em Saúde. O que as aproxima como eixo comum é a abertura para a epidemiologia, que contribui para a análise dos problemas de saúde que transcende a mera sistematização de indicadores gerais, e a questão do planejamento para a organização de sistemas e serviços, contribuindo para a implantação de novas práticas e novos modelos assistenciais.

Nos anos 1980-90, o termo vigilância da saúde consolida-se então como proposta de modelo de atenção alternativo aos hegemonicos médico -assistencialista e sanitário-campanhista. Propõe reestruturar as práticas sanitárias pela incorporação da interdisciplinaridade, articulando saberes da epidemiologia, do planejamento, da comunicação e educação, da política e gestão, da geografia e da organização dos serviços²¹.

Inicialmente teve concepções distintas: 1) análise da situação de saúde, limitada ao diagnóstico epidemiológico e sanitário, sem incorporar ações voltadas ao enfrentamento dos problemas; 2) integração institucional entre as áreas de ‘vigilância epidemiológica’ e ‘vigilância sanitária’, englobando recentemente as áreas de vigilância em saúde ambiental e em saúde do trabalhador, se constituindo como forma organizativa institucional, e 3) redefinição das práticas sanitárias, organizando os processos de trabalho em saúde sob a forma de operações para enfrentar problemas que requerem atenção e acompanhamento contínuos²². Essa última perdura até os dias atuais e se incorpora, em maior ou menor intensidade, nos arranjos organizacionais do SUS com a denominação de vigilância em saúde.

Os pilares de sustentação do processo de trabalho da vigilância da saúde são: os problemas de saúde (doenças, doentes, necessidades e determinantes sociais da saúde – riscos, causas e danos), o território – espaço de relações (poderes) e da

produção/reprodução social; a intersetorialidade possibilitade de interação e integração de diferentes setores responsáveis pela produção de saúde; práticas sanitárias, junção do trabalho prescrito com o não prescrito, ambos voltados para a melhoria da saúde da população. Essa forma de pensar e agir em saúde implica processo contínuo de coleta, análise e sistematização de dados (demográficos, socioeconômicos, políticos, culturais, epidemiológicos e sanitários) para produzir informação para ação. Dados e informações são produzidos por diferentes profissionais do SUS dos três entes federados (união, estados e municípios) e, pelo princípio da regionalização, por regiões de saúde, para compreender a situação de saúde e condições de vida de populações em territórios delimitados²³.

É importante destacar que o reconhecimento do território, por meio da territorialização de informações, compõe, portanto, o conjunto de ferramentas básicas da vigilância da saúde e dá suporte ao planejamento estratégico-situacional, cuja natureza é participativa, realizado de forma contínua e ascendente a partir de um território definido. Essa base territorial contém uma série de informações referentes à população, à organização social e política, à cultura e à economia local. Requer, portanto, combinação de diferentes tecnologias (duras, como os equipamentos biomédicos; e flexíveis, como as tecnologias sociais), selecionadas para atender alguns requisitos – adequação, eficácia e oportunidade, de modo a reestruturar as práticas de saúde e a organizar a rede de serviços. Para possibilitar redefinir o processo de trabalho, propõe-se o planejamento e a programação de ações, desenvolvidos com a equipe de saúde e a população do território²⁴.

Uma vez que o modelo de vigilância da saúde traz em si aspectos de organização de serviços, estabelecimento de redes, lida com uma diversidade de perfis e trabalha pela gestão do sistema de saúde, transita entre as dimensões técnica e política. Seu escopo engloba recursos metodológicos para o monitoramento de condições de vida e saúde por meio da epidemiologia; a reorientação dos serviços de saúde na superação das desigualdades de cobertura, acesso e qualidade do serviço, por meio da Estratégia Saúde da Família e em consonância com propostas da promoção da saúde²⁵.

No cenário atual, a implementação do modelo da vigilância da saúde é processo complexo que articula o “enfoque populacional” (promoção) com o “enfoque de risco” (proteção) e o “enfoque clínico” (assistência), constituindo-se

em conjunto articulado de tecnologias voltadas para o pensar e agir em saúde. É 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)²⁶.

Destaca-se que o Brasil, por sua dimensão continental, possui grandes diferenças demográficas, econômicas e sociais entre suas regiões (norte, nordeste, sul, sudeste e centro oeste), gerando desigualdade e iniquidades sociais, inclusive de acesso aos serviços de saúde, resultando em perfis de morbidade e mortalidade singulares²⁶. Isso pode ser resultado da característica peculiar das transições demográfica e epidemiológica, que não apresentam os mesmos padrões do modelo experimentado pela maioria dos países industrializados, havendo diferenças importantes nas taxas de fecundidade e mortalidade entre as regiões, bem como uma superposição entre as etapas, em que predominam tanto doenças transmissíveis, quanto não transmissíveis²⁷.

A discussão de modelo de atenção no Sistema Único de Saúde deve contemplar as diferenças mencionadas, e não cabe defender modelos baseados estritamente na clínica e na cura de doentes. Ao contrário, deve pautar-se na diversidade de contextos socioculturais, que privilegie não só a cura de doenças, mas a possibilidade de melhorar a qualidade de vida da população, em qualquer etapa do processo saúde/doença no qual a pessoa ou o grupo se encontre. Essa é a natureza da vigilância em saúde. Portanto, deve articular os vários níveis de prevenção e de organização da atenção à saúde, enfatizando o desenvolvimento de um amplo espectro de ações que abarcam desde a formulação e a implementação de políticas intersetoriais e ações sociais para a melhoria de condições de vida e saúde às ações de vigilância sanitária, ambiental, epidemiológica, nutricional e do trabalhador, que têm como objetos causas, riscos e danos individuais e coletivos, e que hoje, dado o conflito de paradigmas, agem com processos de trabalho absolutamente distintos entre si²⁸.

A transição da vigilância em saúde entre o modelo de atenção e a política pública

A definição original de vigilância corresponde, essencialmente, à detecção, análise e disseminação de informação sobre doenças relevantes, que deveriam ser objeto de monitoramento contínuo. Ou seja, definida como observação contí-

nua da distribuição e da tendência de incidência de doenças mediante a coleta sistemática, a consolidação e a avaliação de informes de morbidade e mortalidade, assim como de outros dados relevantes, e a regular disseminação da informação a todos que necessitam conhecê-la. Assim, os elementos essenciais da atividade de vigilância, que a caracteriza e a diferencia de outras práticas de saúde pública são: (1) caráter de atividade contínua, permanente e sistemática, diferente de estudos e levantamentos realizados de forma ocasional; (2) foco dirigido a determinados resultados específicos procurando estabelecer os objetivos e as metas a serem alcançados; (3) utilização de dados diretamente relacionados com a prática da saúde pública, particularmente de morbidade e mortalidade; e (4) sentido utilitário e pragmático da atividade que, em última análise, visa estabelecer o controle de doenças e não apenas ampliar o conhecimento sobre elas²⁹.

Mais recentemente, com a emergência das doenças e agravos não transmissíveis, a rotina das atividades de vigilância foi modificada, voltando-se para o monitoramento de estilos de vida, fatores de risco, e suas prevalências, tais como obesidade, tabagismo, violência, uso de drogas, e outros, para propiciar ações de saúde. Desse modo, passa-se a utilizar o conceito de vigilância em saúde pública, com definição ampliada de coleta contínua e sistemática, análise, interpretação e disseminação de dados relativos a eventos da saúde, com o objetivo de reduzir a mortalidade e a morbidade e melhorar as condições de saúde.

Cabe destacar que a Portaria 3.252/2009 passa a descrever a composição da vigilância em saúde como sendo: vigilância epidemiológica; promoção da saúde; vigilância da situação de saúde; vigilância em saúde ambiental; vigilância da saúde do trabalhador e vigilância sanitária³⁰. Ainda, a Portaria 1.378/2013 esmiúça estas atribuições nas seguintes linhas: vigilância da situação de saúde da população, com a produção de análises que subsidiem o planejamento, estabelecimento de prioridades e estratégias, monitoramento e avaliação das ações de saúde pública; detecção oportunamente e adoção de medidas adequadas para a resposta às emergências de saúde pública; vigilância, prevenção e controle das doenças transmissíveis; vigilância das doenças crônicas não transmissíveis, dos acidentes e violências; vigilância de populações expostas a riscos ambientais em saúde; vigilância da saúde do trabalhador; vigilância sanitária dos riscos decorrentes da produção e do uso de produtos, serviços e tecnologias de interesse à saúde; e outras ações de

vigilância que, de maneira rotineira e sistemática, podem ser desenvolvidas em serviços de saúde públicos e privados nos vários níveis de atenção, laboratórios, ambientes de estudo e trabalho e na própria comunidade³¹.

A portaria 1378, ao revogar a portaria 3.252/2009, redefine os componentes da vigilância em saúde, regulamentando as responsabilidades de cada esfera de governo, e define novas diretrizes para a execução e o financiamento das ações relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde³¹. Em especial, algumas disposições merecem destaque, pois definem os próximos passos a serem adotados para a vigilância em saúde no Brasil. A portaria estabelece, por exemplo, uma disciplina normativa do Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde, que tem como objetivo induzir o aperfeiçoamento das ações de vigilância em saúde no âmbito estadual, distrital e municipal e é regulamentado por ato específico do Ministro de Estado da Saúde. Há, ainda, uma revisão dos valores relativos do Piso Fixo da Vigilância em Saúde (PFVS) destinados à Secretaria Estadual de Saúde e a cada um dos Municípios da unidade federada. Finalmente, o texto assegura a instituição de um Grupo de Trabalho Tripartite para discussão e elaboração da Política Nacional de Vigilância em Saúde. Isto garante, além de mudanças substanciais do local que a vigilância ocupa, um caminho de governabilidade que traduz a capacidade Institucional do Executivo Federal em operacionalizar a vigilância em saúde.

Iniciou-se aí o processo de construção da Política Nacional de Vigilância em Saúde. Em sua origem, a proposta era a de articular e integrar todas as áreas da vigilância (epidemiológica, sanitária, ambiental e de saúde do trabalhador, assim como a promoção e a análise de situação de saúde) em torno de um Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. Neste sentido, desde a publicação da portaria 1.378/2013 e, posteriormente, com a instituição de um Grupo de Trabalho composto por representantes do CONASS, CONASEMS, SVS e ANVISA, a esfera federal tem procurado coordenar esforços para a criação de uma proposta de documento base para a criação da Política Nacional de Vigilância em Saúde. A minuta deste documento, apresentada em 2014 em Reunião de Dirigentes no Ministério da Saúde, recebeu contribuições que foram avaliadas pelo Grupo de Trabalho e, em seguida, a versão do documento foi validada, para seguir às próximas etapas, que são a apresentação do documento para estimular a discussão com a sociedade

(gestores, especialistas, profissionais e usuários) via Conferência Nacional de Vigilância em Saúde e, em seguida passar por aprovação na Comissão Intergestora Tripartite e no Conselho Nacional de Saúde³².

Este documento tem como objetivo definir os fundamentos básicos da organização e das práticas da vigilância em saúde no Sistema Único de Saúde, com a finalidade de promover e proteger a saúde da população. Para isso, trata de organizar os princípios, as diretrizes e as responsabilidades da PNVS, procurando com isso organizar o trabalho da vigilância em saúde, a partir dos seus processos de trabalho (hoje distintos, como mencionado, pelas diferentes formas de operacionalizar a vigilância em saúde), e sua inserção na rede de atenção à saúde.

A PNVS adota alguns princípios, ou seja, bases ou fundamentos capazes de direcionar valores na esfera individual e coletiva. Alguns dos princípios são comuns aos norteadores do próprio Sistema Único de Saúde. Em particular, destacam-se a utilização da epidemiologia e do mapeamento de risco sanitário e ambiental para o conhecimento do território e o estabelecimento de prioridades nos processos de planejamento, na alocação de recursos e na orientação programática; e a articulação das ações de vigilância em saúde com as demais ações e serviços desenvolvidos e ofertados no Sistema Único de Saúde (SUS) para garantir a integralidade da atenção à saúde da população³³.

Já com relação às diretrizes, ou seja, as linhas que fundamentam as ações e explicitam as finalidades da Política, destacam-se a abrangência das ações voltadas à saúde pública, com intervenções individuais ou coletivas, prestadas por serviços de vigilância sanitária, epidemiológica, em saúde ambiental e em saúde do trabalhador, em todos os pontos de atenção (esta se destaca pelo fato de contemporizar, trazendo como complemento ao artigo 198 da Constituição Federal, a vigilância em saúde ambiental e em saúde do trabalhador); a inserção das ações de vigilância em saúde em toda a Rede de Atenção à Saúde e em especial na Atenção Primária, como coordenadora do cuidado; e a integração das práticas e processos de trabalho das vigilâncias epidemiológica, sanitária, em saúde ambiental e do trabalhador e dos laboratórios de saúde pública, preservando suas especificidades, compartilhando saberes e tecnologias, promovendo o trabalho multiprofissional e interdisciplinar (ou seja, reconhecer a diversidade dos processos de trabalho internos à vigilância em saúde, porém buscando integrá-los)³⁴.

Cabe destacar que, mais recentemente, em maio de 2016, o Ministério da Saúde, através da portaria 1017/2016 convoca a 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde (CNVS), como uma tentativa de avaliar e discutir a Política Nacional de Vigilância em Saúde, tendo como tema: “Vigilância em Saúde: Direito, Conquistas e Defesa de um SUS público e de qualidade”. Espera-se que a CNVS ocorra no primeiro semestre de 2017, após etapas preparatórias que serão iniciadas no segundo semestre de 2016.

Desafios para a Política Pública de Vigilância em Saúde

Do ponto de vista de políticas públicas em saúde, reduzir as disparidades sociais tem ampla repercussão para a população, pois os benefícios se estendem além dos grupos socialmente vulneráveis²⁶. São grandes os desafios metodológicos para o acompanhamento dessas políticas. Um aspecto relevante diz respeito às próprias medidas para avaliar e monitorar as diferenças sociais e seu impacto sobre a ocorrência das doenças.

Embora reunidas sob a égide da secretaria de vigilância em saúde, ainda hoje perdura a compartmentalização entre as distintas vigilâncias, apesar de terem por base princípios e processos de trabalho semelhantes. O distanciamento conceitual e operacional dificulta a atuação integrada dessas estruturas para o enfrentamento dos problemas de saúde, combinando saberes e tecnologias diversas para intervir sobre a realidade. Ademais, não propicia a integração com as outras redes do SUS (atenção e promoção da saúde) e não considera o território como lugar da produção social da saúde, onde diferentes ações (promoção, proteção e reabilitação) respondem às necessidades e aos problemas locais^{22,35}.

As ações de vigilância em saúde consideram, na análise da situação de saúde e das condições de vida, a base territorial para propor ações sobre os problemas e as necessidades identificadas. O território reúne um conjunto articulado e indissociável de objetos e ações que lhes afere dinâmica e movimento constantes. Portanto, se caracteriza como processo em permanente construção/reconstrução. A interação entre esses elementos constitutivos é mediada por relações de poder, que incidem sobre a vida cotidiana e o trabalho, indicando, para a tarefa da vigilância as possibilidades e as dificuldades de intervenção.

Há, ainda, um consenso sobre o fato de que a PNVS norteará as ações, e sua implementação requererá mudanças nas práticas já adotadas histo-

ricamente. Isto implica numa mudança da cultura organizacional, primeiramente do Ministério da Saúde, que apesar do avanço das discussões, mantém um hiato entre Secretaria de Atenção à Saúde e Secretaria de Vigilância em Saúde; e em seguida uma mudança nas secretarias estaduais e municipais^{26,28}.

As prioridades das políticas de saúde no Brasil baseiam-se no perfil de morbidade e mortalidade dos diversos estados e municípios do país, apresentando ampla variação de região para região. De posse das estimativas de casos incidentes, pode-se oferecer informações epidemiológicas que são fundamentais para o planejamento de ações de promoção à saúde, detecção e diagnóstico precoces em todos os níveis. Neste sentido, reconhecer as desigualdades regionais provocadas por diferenças no desenvolvimento é fundamental para descentralizar as ações de forma que elas se tornem mais efetivas.

O espaço construído e a distribuição da população nele não possuem um papel neutro na formação dos estratos sociais. As diferenças entre os lugares, no limite, são o resultado do arranjo espacial dos modos de desenvolvimento, ou seja, são determinadas pelas necessidades sociais, econômicas e políticas. Parece razoável, portanto, a execução de estudos que utilizem o georreferenciamento como ferramenta para que possam ser observadas diferenças na distribuição espacial das taxas de doença. Ou seja, a introdução do espaço como unidade de análise no estudo demonstra a não aleatoriedade da distribuição das taxas no território, trazendo à tona uma discussão sobre o contexto socioeconômico e político diverso dos estados brasileiros, e como sua mudança se dá num contínuo temporal³⁶.

Esta discussão, bem como os recursos necessários para que as análises que a originam sejam realizadas, parece ser diretamente dependente da capacidade da esfera federal em estabelecer a viabilidade deste tipo de inteligência estratégica. Isto significa manter certa capilaridade para estados e municípios no que diz respeito ao acesso à tecnologia necessária, bem como a devida capacitação dos técnicos nas três esferas para ter certa homogeneidade nas formas de manter fluxo de informações e comunicação para a análise de situação de saúde integrada. Em função disso, as políticas públicas devem ser direcionadas de forma equitativa, de forma a atender as camadas com maiores demandas ao serviço, garantindo a acessibilidade, mesmo para aqueles que se valem da capacidade de mobilidade entre níveis fede-

rativos (municípios e, por vezes, estados) para resolver seus problemas de saúde³⁷.

Há, pois, uma notável oportunidade de tornar as políticas mais eficientes, considerando a aplicação da prática baseada em evidências³⁸. Esta parece ser a via possível para o estabelecimento de uma política pública de vigilância em saúde. Isto significa incluir elementos relevantes, tanto do ponto de vista quantitativo (epidemiológicas, por exemplo), quanto do qualitativo (narrativas, por exemplo), para que se possa tomar as decisões nas esferas de poder. A política pública baseada em evidência considera a análise do processo (para a compreensão das abordagens para aumentar a probabilidade da adoção de políticas), do conteúdo (para identificar elementos específicos da política que possam ser suscetíveis para serem eficazes), e dos resultados (para documentar o potencial impacto da política).

Em todas estas situações é importante lembrar de aspectos relevantes para a melhor acurácia destas evidências. Deve-se fornecer dados com maior precisão numérica, tornando a informação mais específica, portanto, com uma evidência melhor qualificada. Neste caso, é vital considerar a qualidade dos dados e por isso é importante um esforço adicional na correção de vieses, como o subregistro de óbitos. Além disso, a avaliação das políticas deve considerar efeitos de período, como ciclos eleitorais (onde as políticas se tornam de governo e não de Estado) e a implementação de ações específicas. Considera-se, pois, importante localizar os principais eventos marcadores das políticas, e a partir deles observar o impacto das ações.

Ainda, de uma forma geral, o processo de tomada de decisões e de elaboração de políticas pode se dar num contexto confuso, em sistemas sociais complexos, que se revestem não só de tecnologia (ou da falta dela), mas em normas culturais que podem restringir o acesso aos serviços de saúde, seja ele de ordem geográfica ou institucional³⁹.

Finalmente, é preciso compreender a importância da ação conjunta de diversas disciplinas, para que a decisão tomada seja adequada ao território onde será implementada. É preciso considerar a multiplicidade de fatores envolvidos no sucesso de uma política, e para que estes fatores possam ser elencados e conectados de forma correta, é preciso que a equipe envolvida na tomada de decisão possua múltiplos olhares, com expertise na área da saúde, e também qualificadas em demografia, estatísticas oficiais e políticas públicas.

Colaboradores

RM Guimarães, KC Meira, EPA Paz, VGP Dutra e CEA Campos contribuíram nas fases de planejamento, revisão de literatura, discussão e revisão final do artigo.

Referências

1. Brito F. *A transição demográfica no Brasil: as possibilidades e o desafio para a economia e a sociedade*. Belo Horizonte: UFMG; 2007.
2. Bertolozzi MR, Fracolli LA. Vigilância à saúde: alerta continuado em saúde coletiva. *O Mundo da Saúde* 2004; 28(1):14-20.
3. Arreaza ALV, Moraes JC. Vigilância da saúde: fundamentos, interfaces e tendências. *Cien Saude Colet* 2010; 15(Supl. 4):2215-2228.
4. Sabroza PC. Vigilância em Saúde. [acessado 2016 jan 10]. Disponível em: <http://www.ead.fiocruz.br/courses/autogestao/ags/apresentacao/autogestao/contexto/tema1/tema1>
5. Lefèvre F, Lefèvre AMC, Teixeira JJV, organizadores. *O discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem metodológica na pesquisa qualitativa*. Caxias do Sul: Educs; 2000.
6. Paim JS. Epidemiologia e planejamento: a recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS. *Cien Saude Colet* 2003; 8(2):557-567.
7. Freitas CM. A vigilância à saúde para a promoção da saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 141-172.
8. Fracolli LA, Faria LS, Pereira JG, Melchior R, Bertolozzi MR. Vigilância à Saúde: deve se constituir como política pública? *Saúde Soc.* 2008; 17(2):184-192.
9. Waldman EA. Os 110 anos de Vigilância em Saúde no Brasil. *Epidemiol. Serv. Saúde* 2012; 21(3):365-366.
10. Rosen G. *Uma história da Saúde Pública*. 2ª ed. São Paulo: Editora UNESP; 1994.
11. Costa R, Padilha MI, Amante LN, Costa E, Bock LF. O legado de Florence Nightingale: uma viagem no tempo. *Texto & Contexto – Enfermagem* 2009; 18(4):661-669.
12. Nuland SB. *A peste dos médicos: germes, febre pós-parto e a estranha história de Ignác Semmelweis*. São Paulo: Companhia das Letras; 2005.
13. Snow J. *Sobre a Maneira de Transmissão do Cólera*. Rio de Janeiro: Hucitec; 2007.
14. Bertolli Filho C. *História da Saúde Pública no Brasil*. 11ª ed. São Paulo: Ática; 2008.
15. Sciliar M. História do conceito de saúde. *Physis* 2007; 17(1):29-41
16. Teixeira CF. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. *Saúde Debate* 2003; 27(65):257-277.
17. Paim JS. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: Giovannella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, CEBES; 2013. p. 547-573.
18. Paim JS. Vigilância da saúde: tendências de reorientação de modelos assistenciais para a promoção da saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões e tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 165-182.
19. Teixeira CF, Solla JP. *Modelo de atenção à saúde*. Salvador: EDUFBA; 2006.
20. Hilari C. Vigilância comunitária: para quê? *J&G Rev Epidemiol Comunitária* 2002; 13(21):1-2.

21. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. *Manual de Gestão da Vigilância em Saúde*. Brasília; 2009. [acessado 2016 abr 10]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_gestao_vigilancia_saude.pdf
22. Castellanos PL. On the concept of health and disease. Description and explanation of the health situation. *Epidemiol Bull* 1990; 10:1-8.
23. Paim JS. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: Rouquayol MZ, organizador. *Epidemiologia & Saúde*. Rio de Janeiro: MEDSI; 2002. p. 245-257.
24. Monken M, Barcellos C. Vigilância da Saúde e Território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. *Cad Saude Publica* 2005; 21(3):898-906.
25. Oliveira CCM, Casanova AO. A Vigilância da saúde no espaço de práticas da atenção básica. *Cien Saude Colet* 2009; 14(3):929-936.
26. Brito F. Transição demográfica e desigualdades sociais no Brasil. *Revista Brasileira de Estudos Populacionais* 2008; 25(1):5-26.
27. Campolina AG, Adamo F, Santos JFL, Lebrão ML. A transição de saúde e as mudanças na expectativa de vida saudável da população idosa: possíveis impactos da prevenção de doenças. *Cad Saude Publica* 2013; 29(6):1217-1229.
28. Mendes TKA, Oliveira SP, Delamarque EV, Seta MH. Reestruturação da gestão das vigilâncias em saúde em alagoas: a precarização da formação e do trabalho. *Trab. educ. saúde* 2016; 14(2):421-443.
29. Junges JR, Barbiani R. Interfaces entre território, ambiente e saúde na atenção primária: uma leitura bioética. *Rev. Bioét.* 2013; 21(2):207-217.
30. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 3.252, de 22 de dezembro de 2009. Aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde. *Diário Oficial da União* 2009; 23 dez.
31. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 1.378, de 9 de julho de 2013. Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. *Diário Oficial da União* 2009; 10 jul.
32. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. *Instrutivo para a programação das ações do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde*. Brasília: MS; 2012. [acessado 2016 abr 10]. Disponível em: <http://www.saude.pi.gov.br/pactuacao2013/pavs2013/Instrutivo-SNVS-2013.pdf>
33. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Diretrizes Nacionais da Vigilância em Saúde*. Brasília: MS; 2010.
34. Oliveira CM, Cruz MM. Sistema de Vigilância em Saúde no Brasil: avanços e desafios. *Saúde em Debate* 2015; 39(104):255-267.
35. Araújo JD. Polarização epidemiológica no Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* 2012; 21(4):533-538.
36. Antunes JLF, Cardoso MRA. Uso da análise de séries temporais em estudos epidemiológicos. *Epidemiol. Serv. Saúde* 2015; 24(3):565-576.
37. Pierannunzi C, Xu F, Wallace RC, Garvin W, Greenlund KJ, Bartoli W, Ford D, Eke P, Town GM. A Methodological Approach to Small Area Estimation for the Behavioral Risk Factor Surveillance System. *Prev Chronic Dis* 2016; 13:E91.
38. Sim F, Mackie P. What evidence of evidence-based public policy? *Public Health* 2011; 125(1):1-2.
39. Pinto Junior VL, Cerbino Neto J, Penna GO. The evolution of the federal funding policies for the public health surveillance component of Brazil's Unified Health System (SUS). *Cien Saude Colet* 2014; 19(12):4841-4849.

Artigo apresentado em 31/07/2016

Aprovado em 12/09/2016

Versão final apresentada em 04/12/2016