



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cienciasaudecoletiva@fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva
Brasil

Netto, Guilherme Franco; Wotzasek Rulli Villardi, Juliana; Mesquita Huet Machado, Jorge;
de Souza, Maria do Socorro; Ferreira Brito, Ivo; Acosta Santorum, Juliana; Ocké-Reis,
Carlos Octávio; Dutra Fenner, André Luiz
Vigilância em Saúde brasileira: reflexões e contribuição ao debate da 1a Conferência
Nacional de Vigilância em Saúde
Ciência & Saúde Coletiva, vol. 22, núm. 10, outubro, 2017, pp. 3137-3148
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63053248002>

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

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Vigilância em Saúde brasileira: reflexões e contribuição ao debate da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde

Brazilian Health Surveillance: reflections and contribution to the debate of the First National Conference on Health Surveillance

Guilherme Franco Netto ¹
 Juliana Wotzasek Rulli Villardi ¹
 Jorge Mesquita Huet Machado ¹
 Maria do Socorro de Souza ²
 Ivo Ferreira Brito ³
 Juliana Acosta Santorum ³
 Carlos Octávio Ocké-Reis ⁴
 André Luiz Dutra Fenner ²

Abstract *This is a research on the challenges of Health Surveillance, considering its theories and practices. We performed a comprehensive review of international and national literature and institutional documents. Some of the authors also participated in the formulation of the guideline document prepared by the Formulation and Reporting Committee of the First National Conference on Health Surveillance. The complex Brazilian reality imposes that Health Surveillance be guided in a universal, integrated, participatory and territorial manner, where society and SUS workers play a leading role. It points out the need to design a structured surveillance system based on the dynamics of production, consumption and ways of living of the communities. The National Health Surveillance Policy should harbor in its core the categories and values of health social determination, the State's health regulatory responsibility, integrality, territory, participation of society and right to information.*

Key words *Public Health Surveillance, Unified Health System (SUS), Public health policy*

Resumo *Trata-se de pesquisa sobre os desafios da Vigilância em Saúde, considerando suas teorias e práticas. Procedeu-se ampla revisão da literatura internacional e nacional, e de documentos institucionais; alguns dos autores participaram na formulação do documento orientador elaborado pela Comissão de Formulação e Relatoria da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde. A complexidade da realidade brasileira impõe que a Vigilância em Saúde se oriente de forma universal, integrada, participativa e territorial, tendo como protagonistas a sociedade e os trabalhadores do SUS. Discute a necessidade de conceber um sistema de vigilância estruturado a partir das dinâmicas de produção, consumo e formas de viver das comunidades. A Política Nacional de Vigilância em Saúde deve incorporar, em seu núcleo central, as categorias e os valores da determinação social da saúde, da responsabilidade do Estado na regulação sanitária, da integralidade, do território, da participação da sociedade e do direito à informação.*

Palavras-chave *Vigilância em Saúde Pública, Sistema Único de Saúde, Políticas públicas de saúde*

¹ Vice-Presidência de Ambiente, Atenção e Promoção da Saúde, Fiocruz. Av. Brasil 4365, Manguinhos. Rio de Janeiro RJ Brasil. guilherme.netto@fiocruz.br

² Gerência Regional de Brasília, Fiocruz. Brasília DF Brasil.

³ Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, Ministério da Saúde. Brasília DF Brasil.

⁴ Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Brasília DF Brasil.

Motivação e Objetivo

O objetivo deste artigo é identificar os desafios contemporâneos da Vigilância em Saúde a partir de seus fundamentos conceituais, práticas, trajetórias, resultados, lacunas e perspectivas. Sua elaboração foi motivada pela decisão do Conselho Nacional de Saúde (CNS) de realizar a 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde (CNVS)¹, com o objetivo central de “propor diretrizes para a formulação da Política Nacional de Vigilância em Saúde e o fortalecimento de ações de promoção e proteção da saúde”.

Para tanto, procedeu-se a ampla revisão da literatura internacional e nacional e foram analisados documentos institucionais, com ênfase nas proposições relativas à construção da Política Nacional de Vigilância em Saúde apresentadas (a) no documento base do Grupo de Trabalho para a Política Nacional de Vigilância em Saúde (GT-PNVS), instituído pela Secretaria de Vigilância em Saúde do ministério da Saúde do Brasil (SVS/MS); (b) no Ciclo de Debates em Vigilância Sanitária realizado em 2015 pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa)²; (c) na constituição do Programa de Vigilância em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Esses aportes representam aproximações ao tema, objetivos, eixos e subeixos da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde (CNVS).

Foram também examinados o Relatório Final da 15ª Conferência Nacional de Saúde e relatórios dos Simpósios realizados pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) sobre Vigilância Sanitária (SIMBRAVISA), Saúde e Ambiente (SIBSA) e Saúde do Trabalhador (SIMBRAST).

A participação de alguns dos autores nos debates realizados pela Comissão de Formulação e Relatoria para a elaboração do Documento Orientador da 1ª CNVS³, aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde, também fundamentou este trabalho. Nele, são apresentadas inicialmente as origens da Vigilância em Saúde para, em sequência, se apresentar sua trajetória no Brasil e discutir seus principais desafios.

Origens e acepções da Vigilância em Saúde

A Vigilância em Saúde é considerada uma das funções essenciais da saúde pública^{4,5}. De acordo com a literatura, três tipos de informação foram incluídos nos registros das epidemias desde as primeiras civilizações: *desfechos de saúde*, *fatores de risco* e *intervenções*. Hipócrates⁶, ao entender que as doenças eram causadas pela natureza de

um determinado lugar, concluiu que a coleta de dados para a saúde deveria considerar o território, o ambiente natural e as pessoas. Por ele, foram introduzidos os conceitos de *doenças agudas* e *doenças crônicas e epidemias e endemias*.

Na idade média, surge o conceito de *quarentena* como meio de controlar a disseminação da praga (peste), quando os viajantes originários de áreas afetadas por determinadas doenças eram detidos por quarenta dias. O conceito de *coleta sistemática de dados de mortalidade* foi introduzido por John Graunt⁷ (1620-1674). Com isso, foi possível entender que a quantificação dos padrões de doença e estudos acerca dos dados numéricos de uma população poderiam ser utilizados para estudar a causa das enfermidades, introduzindo-se o conceito de *distribuição temporal e espacial de mortalidade*.

Na era pré-industrial é introduzida a legislação sobre a Vigilância em Saúde Pública, adotando-se o conceito de *notificação compulsória de doenças infecciosas*. Nesse mesmo período, a Vigilância em Saúde Pública foi entendida como necessária para a política de desenvolvimento das nações⁸. Argumentou-se sobre a necessidade de uma forma ampliada de Vigilância em Saúde Pública que lidasse com saúde escolar, prevenção de agravos, saúde materno-infantil, água para consumo humano e tratamento de esgoto. Com a Revolução Francesa (1788-1799), a saúde da população passou a ser responsabilidade do Estado, iniciando-se o conceito de *bem-estar social*, que mais tarde, na década de 40 do século XX, ganharia corpo com o Plano Beveridge⁹. No ensaio sobre o nascimento da medicina social, Foucault¹⁰ traça uma tipologia que nos remete a três dispositivos clássicos da Vigilância em Saúde: i) as intervenções voltadas para o controle de doenças no espaço urbano, incluindo os deslocamentos e a mobilidade populacional; ii) intervenções voltadas para os ambientes de trabalho e bairros operários; e iii) as intervenções voltadas para a contabilidade e a distribuição da morbidade e mortalidade na população em geral.

Nas sociedades industriais modernas, a Vigilância em Saúde Pública passou a ser utilizada para desenvolver a legislação e promover mudanças sociais. Iniciou-se, assim, a prática de coleta e análise de estatísticas vitais, reportando seus resultados para as autoridades e ao público em geral, e fazendo emergir o conceito de *sistema de vigilância em Saúde Pública*. Ainda no século XIX foi introduzido o censo decenal, a padronização da nomenclatura de doenças e causas de morte, e a coleta de dados de saúde por idade,

sexo, ocupação, nível socioeconômico e localidade¹¹. A partir das investigações desenvolvidas por John Snow¹² sobre a epidemia de cólera e a relação entre óbitos e o consumo humano de água contaminada emerge o conceito de *causalidade*. Os modelos conceituais e operacionais desenvolvidos para fazer frente ao exponencial crescimento das doenças crônico-degenerativas caracterizadas no segundo quarto do século XX contribuem na elaboração dos conceitos de *história natural das doenças*¹³ e de *prevenção primária, secundária e terciária*¹⁴.

O grande marco da vigilância veio a ocorrer em 1968, quando a 21ª Assembleia Mundial da Saúde adotou o conceito de *vigilância populacional*, definida como *a coleta sistemática e o uso de informação epidemiológica para o planejamento, implementação e avaliação do controle de doenças*. A Assembleia definiu os três principais aspectos da vigilância: a coleta sistemática de dados pertinentes; a consolidação e a avaliação ordenada desses dados; e a rápida disseminação dos resultados àqueles que necessitam de conhecê-los para tomada de decisão. Definiu-se, assim, que *vigilância é informação para ação*.

A partir do último quarto do século XX, a Vigilância em Saúde foi se tornando parte integrante da responsabilidade sanitária dos sistemas nacionais de saúde. Progressivamente, a escala sem precedentes do movimento entre países de pessoas, bens e mercadorias, amplificada pelo fenômeno da globalização, resultou na constituição de plataformas globais de vigilância.

Atualmente o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) é o instrumento chave mundial de proteção contra a propagação de doenças, pois estabelece procedimentos para proteção contra a disseminação internacional de doenças. Sua primeira versão foi instituída em 1951, com revisão em 1969 e algumas alterações em 1973 e 1981. Com a sua aprovação pela Assembleia Mundial de Saúde (AMS) de 2005, e sua entrada em vigor no ano de 2007, o novo RSI introduziu modificações nos processos mundiais de monitoramento, vigilância e resposta às emergências de saúde pública de importância internacional (ESPII).

Essas modificações implicaram a necessidade de aperfeiçoamento dos processos e estruturas dos organismos nacionais de saúde pública de todos os países signatários desse regulamento, por meio do desenvolvimento de capacidades básicas para detectar, avaliar, notificar, comunicar e responder a emergências.

Vigilância em Saúde no Brasil

No Brasil, as primeiras medidas de vigilância remontam ao período colonial. Ações sistemáticas de vigilância, prevenção e controle das doenças foram organizadas apenas no século XX, por meio de programas verticalizados, com a formulação, a coordenação e a execução de ações realizadas diretamente pelo Governo Federal. Esses programas estabeleceram-se como serviços nacionais para o controle das doenças mais prevalentes da época. Sua estrutura dava-se sob a forma de campanhas¹⁵.

País predominantemente rural até meados da década de 60 do século passado, o Brasil viveu intensa urbanização, sobretudo a partir do novo ciclo de industrialização dos anos 70, fazendo emergir as transições epidemiológica e demográfica resultando no envelhecimento progressivo da população.

Os saberes e práticas de promoção e de proteção da saúde, e de prevenção de doenças desenvolvidos ao longo do século XX, conforme pontuamos na sequência, prestaram importante contribuição para a melhoria da saúde da população brasileira, notadamente observada pelo aumento da expectativa de vida, queda da desnutrição e pelo declínio da mortalidade infantil, tendo culminado no advento do Sistema Único de Saúde (SUS), com a Constituição de 1988.

O desenvolvimento econômico do período após 1968, conhecido como o “milagre econômico”, com ampliação da produção industrial e das exportações, impôs novas demandas ao Estado, como regulamentações para adaptação da produção brasileira às exigências internacionais de qualidade de produtos. Além disso, questões sociais então emergentes requereram reestruturas nas políticas de saúde, impulsionando a reforma do setor saúde e dos respectivos serviços. As reformas abarcaram a Vigilância Sanitária, como parte de um projeto mais amplo que pretendia consolidar uma “sociedade industrial moderna e um modelo de economia competitiva”, nos marcos do II Plano Nacional de Desenvolvimento (PND)¹⁶. Esse novo modelo exigia, portanto, mecanismos mais eficientes de regulação na área da saúde, sobretudo porque novos padrões de consumo de bens e serviços de saúde se diversificaram e se massificaram. Para tanto, fazia-se necessário maior controle e segurança sobre o que se produzia e consumia, com vistas a reduzir riscos à saúde da população.

Os modelos de desenvolvimento adotados em escala nacional desde então impõem à grande

massa de trabalhadores, trabalhadoras e demais grupos sociais um modo de viver marcado por ciclos de intensa e exaustiva exploração de sua força de trabalho, baixa renda familiar e precário acesso às políticas públicas e aos serviços de infraestrutura urbana. Esse cenário elevou o Brasil a um dos países em desenvolvimento mais perversos no que se refere à saúde de trabalhadores urbanos e rurais, batendo recordes de acidentes de trabalho, baixos níveis de proteção social, e aumento significativo do trabalho informal. Essas são heranças de uma cidadania regulada¹⁷ e características de uma democracia ainda de baixa intensidade¹⁸.

Para fazer face à complexidade de um país que se urbanizou de forma acelerada e intensa prescindindo de reformas estruturantes que equacionassem antigas e novas questões sociais geradoras de profundas desigualdades, identificou-se a necessidade de superar o modelo centrado em programas verticais de vigilância, prevenção e controle de doenças, coordenados e executados exclusivamente pelo Governo Federal até então.

A V Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1975, propôs a criação de um sistema de Vigilância Epidemiológica no País. Essa recomendação foi operacionalizada com a estruturação do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica¹⁹ (SNVE), o qual instituiu a notificação compulsória de casos e/ou óbitos de quatorze doenças em todo o território nacional, que entrou em vigor no ano de 1976²⁰. O SNVE representou o primeiro passo de descentralização das ações de Vigilância em Saúde às secretarias de estado da saúde.

Próximo aos anos 1980, a análise acadêmica formula crítica sobre as limitações e as inadequações do modelo de atenção à saúde médico assistencial privatista e do modelo preventivista, incapazes de questionar e atuar sobre a origem das condições geradoras da precária condição de saúde do povo brasileiro²¹.

O pensamento da saúde coletiva resultou de um processo articulado às lutas da sociedade e dos profissionais de saúde pela democracia e por melhores condições de vida. As conexões entre estes três movimentos, intelectuais, sociedade e profissionais de saúde, se materializam no Movimento da Reforma Sanitária Brasileira²², coletivo essencial de formulação das teses aprovadas na VIII Conferência Nacional de Saúde²³, realizada em 1986, que possibilitou a definição de um conceito ampliado de saúde, inscrito na Constituição Federal de 1988 e materializado no SUS²⁴. Portanto, a Constituição de 1988 define a responsabilidade do Estado brasileiro quanto a Vigilância em Saúde.

Em meados dos anos de 1980 discutia-se a necessidade de descentralização e de maior articulação dos serviços de Vigilância Sanitária das três esferas de Governo, explicitada em 1986 no Relatório da Conferência Nacional de Saúde do Consumidor²⁵. Nesse mesmo ano, é realizada a 1ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador²⁶, que adotou o entendimento de que a saúde dos trabalhadores extrapola os limites da saúde ocupacional, é a resultante de um conjunto de fatores de ordem política, social e econômica. Tornou-se indispensável que uma conferência propiciasse o diagnóstico da situação da classe trabalhadora, apontasse seus determinantes e apresentasse soluções concretas e coerentes com o propósito de transformar essa realidade. A Vigilância em Saúde foi objeto de outras conferências realizadas nos anos de 1994, 2005 e 2016.

As reflexões e o debate acadêmico sobre a vigilância nos modelos de atenção à saúde, na busca de modelos de intervenção mais abrangentes, requerem, de um lado, uma reflexão sobre os fundamentos teóricos e epistemológicos que sustentam as novas propostas de ação e, de outro, uma análise escrupulosa da situação concreta, no sentido de contextualizar cada intervenção concebida para que possa produzir os efeitos desejados sobre a realidade²⁷.

Esta busca exige a implementação de mudanças no processo de trabalho em saúde, tanto no que se refere a seus propósitos ou finalidades, quanto nos seus elementos estruturais, isto é, no objeto de trabalho, nos meios de trabalho, no perfil dos sujeitos e, principalmente, nas relações estabelecidas entre eles e a população usuária dos serviços. Do ponto de vista das finalidades ou propósitos da atenção à saúde, trata-se de superar o modelo centrado na atenção à “demanda espontânea”, de atendimento a doentes, para incluir ações de prevenção de riscos e agravos e de promoção da saúde para além dos muros das unidades, isto é, nos territórios onde vive e trabalha a população da área de abrangência dos serviços...^{28,29}.

A criação do SUS desencadeou novos arranjos institucionais, resultando na organização do Centro Nacional de Epidemiologia (CENEPI), no âmbito da Fundação Nacional de Saúde (Funasa), na criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e, posteriormente, em 2003, na criação da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), do Ministério da Saúde, quando se intensifica o processo normativo de descentralização das ações de vigilância³⁰. A estruturação e o fortalecimento do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde foi resultado de um acordo de emprés-

timo entre a Funasa e o Banco Mundial (Vigisus I, Vigisus II)³¹.

No mesmo ano em que o RSI foi aprovado, em 2005, foi instituído o Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde (CIEVS), com a finalidade de fomentar a captação de notificações, prospecção, manejo e análise de dados e informações estratégicas relevantes à prática da Vigilância em Saúde, bem como congregar mecanismos de comunicação avançados³², por meio de uma rede nacional de alerta e resposta às emergências em saúde pública, que, em meados de 2010, contava com centros em todas as 27 unidades da Federação e respectivas capitais.

Por meio da Portaria GM/MS nº 3.252/09, é fortalecido o papel gestor de estados e municípios e se amplia o escopo das ações de Vigilância em Saúde, compreendendo³³: i) *Vigilância epidemiológica*: conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças e agravos; ii) *Vigilância sanitária*: conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde. Está incluído nestas ações o controle de bens de consumo, direta ou indiretamente relacionados com a saúde - bem como todas as etapas e processos, que vão da produção ao consumo - e o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde; iii) *Vigilância em Saúde do Trabalhador*: visa a promoção da saúde e redução da morbi-mortalidade da população trabalhadora, por meio da integração de ações que intervenham nos agravos e seus determinantes decorrentes dos modelos de desenvolvimento e processos produtivos; iv) *Vigilância em Saúde Ambiental*: conjunto de ações que propiciam o conhecimento e a detecção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de identificar as medidas de prevenção e controle dos fatores de risco ambientais relacionados às doenças ou a outros agravos; v) *Promoção da saúde*: conjunto de intervenções individuais, coletivas e ambientais responsáveis pela atuação sobre os determinantes sociais da saúde; e vi) *Análise da situação de saúde*: propicia ações de monitoramento contínuo no país, por meio de estudos e análises que identifiquem e expliquem problemas de saúde e o comportamento dos principais indicadores de

saúde, contribuindo para um planejamento mais abrangente na área.

No processo de aprimoramento da organização e da gestão do SUS, são instituídas as Regiões de Saúde³⁴, que devem conter, no mínimo, ações e serviços de atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar, e Vigilância em Saúde.

Em 2010, com o objetivo de propor a elaboração de diretrizes para a construção da Política Nacional de Saúde Ambiental, foi realizada a 1ª Conferência Nacional de Saúde Ambiental (CNSA)³⁵, que promoveu o debate sobre as relações entre produção e consumo e seus impactos na saúde e no meio ambiente.

Marco da Política Nacional de Vigilância em Saúde (GT-PNVS) foi a Portaria GM/MS nº 1.378, de 2013, que *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*. A Portaria criou o Grupo de Trabalho Tripartite com a finalidade de discutir e elaborar a Política Nacional de Vigilância em Saúde. Com isso, buscou-se dar suporte ao Estado brasileiro para o enfrentamento dos desafios postos à Vigilância em Saúde, decorrentes das mudanças relacionadas às transições demográfica e epidemiológica e aos determinantes sociais³⁶.

Desafios da Vigilância em Saúde no Brasil

A crise econômica do capital internacional está diretamente associada à contração mundial da atividade econômica e à subtração das políticas públicas sociais inclusivas³⁷. No Brasil, a isso se soma uma crise política e ética de proporções gigantescas associada à corrupção, ao clientelismo e a todas as formas de apropriação privada do que é público (patrimonialismo)³⁸.

Neste cenário, os pilares essenciais da Constituição Federal estão sob ameaça. A Emenda Constitucional nº 95, de 2016, que institui o Novo Regime Fiscal, e outras propostas de emendas constitucionais que se encontram em curso, acrescidas de um volume gigantesco de projetos de lei, representam forte ameaça à cidadania e à democracia brasileiras, com violação dos direitos humanos e da obrigação do Estado de promover a Seguridade e a Proteção Social.

As reformas em curso no Legislativo Federal, da previdência e trabalhista, caso aprovadas, representarão um custo social sem precedentes. A

extensão dos anos a serem trabalhados, em uma lógica de previdência privada, combinada com a profunda precarização das condições de trabalho e rebaixamento de salários, associados ao congelamento dos gastos públicos pelo absurdo prazo de vinte anos resultarão em um enorme impacto negativo para a saúde dos trabalhadores, trabalhadoras e de seus familiares, em especial dos mais pobres, mais idosos e em situação de maior vulnerabilidade e iniquidade social.

Trata-se de um enorme retrocesso diante de conquistas obtidas por meio de políticas públicas inclusivas nos campos da educação, meio ambiente, seguridade social (saúde, assistência e previdência social), direito à terra, acesso ao trabalho decente, renda familiar, segurança alimentar e nutricional, segurança pública, moradia popular, entre tantas outras que, embora parciais em sua natureza e alcance, propiciaram melhoria dos meios de vida³⁹ da maioria das famílias brasileiras. Atualmente na Câmara dos Deputados, há um grande número de projetos de lei que ameaçam um duro golpe ao direito universal à saúde, fenômeno que vem sendo apontado como a “desconstitucionalização do SUS”.

As bases e os rumos da economia nacional, centrada na exploração e exportação de *commodities* minerais e agrícolas voltadas a abastecer as necessidades do mercado internacional tem sofrido impactos com a retração deste devido à crise do capital. A forte influência do capital na tomada de decisões do Estado sobre os planos de desenvolvimento do País resulta numa perversa distribuição da riqueza, acumulada e concentrada nas mãos de muito poucos.

Esta concentração da riqueza gera um país extremamente injusto. Somos o país continental de maior concentração urbana do mundo, próximo a 85% da população. Mais da metade dos brasileiros e brasileiras concentra-se nas trezentas maiores cidades, onde mais de um terço vivem e habitam em condições sub-humanas, com limitado acesso aos equipamentos públicos coletivos e à infraestrutura. A violência, em todas as suas formas, é um dramático resultado desse cenário. As nossas cidades são cada vez mais fragmentadas e desiguais. A crescente prevalência de mães jovens, solteiras e trabalhadoras de baixa renda expressa o grau de ruptura e fragilidade do tecido social. O limitado alcance do Estado na proteção dos cidadãos tem gerado grupos de pessoas em alto grau de vulnerabilidade que são invisibilizados na sociedade.

A poluição gerada pelos processos de produção e consumo desenfreados resulta em enorme impacto no meio ambiente e na vida das pessoas.

No Brasil, de acordo com a Organização Mundial da Saúde, estima-se que 18% dos problemas de saúde está relacionado com a poluição⁴⁰. Associada às queimadas da Floresta Amazônica, a liberação de gases de efeito estufa contribuem para o problema das mudanças climáticas, que resultam em mais riscos à saúde, especialmente das populações vulneráveis, decorrente do aumento da temperatura do planeta.

A crise da água, duramente vivenciada pelas populações do semiárido, expande-se progressivamente para os grandes centros urbanos. A região metropolitana de São Paulo viveu, recentemente, a pior escassez de água dos últimos oitenta anos. A crise decorre de décadas de mau uso da água e do solo. A redução das florestas, pelo uso desordenado do espaço urbano, vem causando graves problemas. A falta de água na Grande São Paulo é muito mais decorrente da poluição e do desperdício do que do clima.

A baixa oferta e o limitado acesso de grande parcela da população brasileira ao saneamento básico é um desrespeito aos direitos humanos e traz grave impacto sanitário. É responsável por ciclos de grandes epidemias de doenças transmitidas por mosquitos ao longo dos últimos trinta anos. Inicialmente dengue, agora concomitantemente dengue, *zika* e *chikungunya*. Essas doenças incidem sobre a saúde de milhões de pessoas. As complicações neurológicas de crianças cujas mães contraíram *zika* durante a gravidez – especialmente a epidemia de microcefalia registrada na Região Nordeste – revelam a face dramática de um Estado com limitada capacidade de proteger seus cidadãos. Essas epidemias recorrentes revelam também a baixa efetividade dos programas e ações de controle de vetores centrados na dispersão de agrotóxicos no interior e no entorno das residências das famílias brasileiras (que consome até 85% dos recursos destinados a essas ações)^{41,42}, e na responsabilização dos indivíduos⁴³.

A opção por um modelo de desenvolvimento baseado em megaempreendimentos é geradora de significativos impactos socioambientais nos territórios por eles influenciados⁴⁴. Tais impactos são sentidos desde a pré-instalação, durante a instalação e no curto, médio e longo prazo de suas operações. Os territórios contíguos aos megaempreendimentos são cenários de importantes conflitos socioambientais, resultado dos desarranjos e rupturas nos planos materiais e imateriais da forma de viver dos grupos populacionais e ecossistemas locais⁴⁵.

O crime da empresa Samarco, considerado o maior acidente ambiental da nossa história, ten-

do como epicentro a ruptura dos tanques de contenção de lixo tóxico da extração mineral no Município de Mariana – MG, ocorrida em dezembro de 2015, e que se expandiu por cerca de 800 quilômetros ao longo do Rio Doce, até alcançar o Oceano Atlântico, afetando a vida de milhões de pessoas e poluindo o meio ambiente, não é uma mera casualidade⁴⁶. Expressa, como tantos outros exemplos, a forma irresponsável e insustentável de como o capital, com a conivência do Estado, se apropria violentamente dos recursos naturais, dos meios de produção e do trabalho alheio para alimentar o ciclo de concentração da riqueza.

No Brasil, país continental que jamais realizou a reforma agrária, a luta pelo direito à terra é uma ameaça à vida das populações tradicionais. A maioria das terras produtivas brasileiras são grandes propriedades onde ocorrem processos produtivos baseados no monocultivo, principalmente de soja, algodão e milho. Para assegurar maior rentabilidade, esses processos produtivos utilizam sementes geneticamente modificadas para que as plantações tenham maior probabilidade de resistir às intempéries; estas modificações genéticas são moduladas de forma que as plantas sejam resistentes aos agrotóxicos que atuam no controle de pragas, como é o caso do glifosato. O Brasil está entre os três países de maior produção de alimentos transgênicos e é o maior mercado de agrotóxicos do mundo⁴⁷. O impacto das combinações dessa contaminação ambiental e exposição humana é altíssimo e não adequadamente mensurado. A tentativa de desregulamentação do uso de agrotóxicos é um grave risco sanitário para toda a população brasileira. Pesa ainda sobre a população que vive e trabalha no campo a violência gerada pela disputa pela terra, pela água e por condições dignas de trabalho, conflitos que ao longo do anos vem expulsando homens e mulheres de seus territórios ou para irem para os centros urbanos, ou por assassinato.

O surgimento da indústria alimentar e o consumo excessivo de produtos processados, mediados pela publicidade e ideologia consumista, resultam numa transição nutricional caracterizada por uma dieta extremamente calórica, rica em açúcares e gorduras, e insatisfatória quanto ao aporte nutricional. O surgimento e/ou agravamento de patologias como desnutrição, dislipidemias, obesidade e outras doenças crônicas não transmissíveis estão intimamente ligadas a tais mudanças na alimentação das coletividades e dos indivíduos⁴⁸.

A saúde dos brasileiros é resultado deste complexo e dinâmico cenário de dimensões econô-

mica, política, ambiental e cultural, e sua interação com as características biológicas individuais e coletivas de nossa população. A Vigilância em Saúde deve ser capaz de examinar o contexto das condições de vida e saúde das populações para organizar intervenções de promoção e proteção à saúde e de prevenção de agravos, intervenções que incidam sobre as causas, os riscos e agravos⁴⁹. A ação da Vigilância em Saúde deve realizar-se em diversos planos: 1. coordenação nacional, capaz de incidir nas políticas e mecanismos regulatórios de todos os setores econômicos, sociais e ambientais que tenham relação com a saúde; 2. rede de atenção à saúde, considerando-se todos os seus dispositivos e pontos de atenção; 3. sociedade, integrada aos territórios.

Notas sobre desafios para as ações de Vigilância em Saúde

a. Governança

A natureza da Vigilância em Saúde requer uma ação sistêmica decorrente da responsabilidade sanitária de todos entes federados e inerente à missão de garantia dos direitos à saúde da população como ação de Estado.

Nesse sentido, o reforço das ações de Vigilância em Saúde dialoga com a responsabilidade sanitária dos entes federativos, em busca dessa permanente construção de caminhos para orientação das perspectivas de universalização das ações de Vigilância em Saúde no SUS. Dentre os desafios apresentados, a Vigilância em Saúde necessita fortalecer a sua capacidade antecipatória e preventiva de influenciar na ação regulatória do Estado.

O processo de planejamento e acompanhamento do SUS apresenta em sua estruturação espaços institucionais e participativos que devem ser ocupados por processos de organização e implementação de ações de Vigilância em Saúde. Esse é um objetivo a ser perseguido e explicitado nos planos de saúde e processos de desenvolvimento regionais, no sentido da sustentabilidade ambiental, social e especialmente a busca da sustentabilidade sanitária.

O desafio permanente da implementação de territórios saudáveis depende da radicalização da integração das ações de Vigilância em Saúde ao superar a sua concepção como somatório das vigilâncias epidemiológica, sanitária, saúde ambiental e saúde do trabalhador, com a instituição de uma ação integrada entre si, interna entre as instâncias de Vigilância em Saúde com a rede de assistência, moldada com a participação social e pelos problemas definidos no território de sua

abrangência de ação. Parte da organização de uma prática de informação para ação definidora de processos de intervenções interativos com ações intersetoriais acompanhadas por mecanismos de gestão e governança integrados.

Essas características da natureza da ação em Vigilância em Saúde devem ser garantidas pela adequação de estruturas, recursos humanos e orçamentários. Elementos estes que devem ser acompanhados pelos conselhos de saúde, devem estar presentes nos planos anuais de saúde e no orçamento nos Planos Pluri Anuais em todas as esferas de poder. É fundamental um sistema de governança com participação da sociedade, articulado às instâncias de controle social e gestão participativa e às instâncias dos poderes legislativos e executivos.

b. Informação para ação

O registro de dados de interesse sanitário e de casos de morbimortalidade, integrantes da base de dados da Vigilância em Saúde, hoje com variados graus de utilidade, seja pela sua qualidade e/ou cobertura, representam um patrimônio social e técnico do SUS. A necessária e adequada investigação dos casos, ameaças e problemas correlacionados com outras fontes de informação, incluindo necessariamente percepção, práticas e saberes da sociedade possibilita definir um cenário sanitário contextualizado à dinâmica dos respectivos territórios. A integração destas informações é o elemento fundante da organização de uma intervenção em favor da promoção e da proteção à saúde e da prevenção de agravos. A informação da Vigilância em Saúde é um bem público que necessita ser livremente disponibilizado e ser de fácil acesso a toda a sociedade.

c. O território como espaço de análise, gestão e intervenção

É no território onde acontecem as relações de vida e trabalho, que a determinação social do processo saúde e doença, concepção fundamental da Saúde Coletiva e Medicina Social Latino-Americana, se operacionaliza por meio da organização dos serviços de saúde em redes de Vigilância em Saúde. Essas redes se configuram em ambientes participativos e intersetoriais que possibilitam um ciclo contínuo de compreensão das possibilidades de riscos e de resiliência de problemas relacionados à Vigilância Sanitária, Epidemiológica, Saúde Ambiental e de Saúde do Trabalhador. O resultado deste processo se configura em elaborar um mapa de intervenção sobre os condicionantes, os riscos e os impactos à saúde.

Ao considerar aspectos de natureza econômica, social, ambiental, cultural, política e suas mediações a Vigilância em Saúde amplia e empodera a sua capacidade de identificar onde e como devem ser feitas as intervenções de maior impacto no território.

O conceito de território oferece uma possibilidade da observação das dinâmicas das situações de risco e das atividades humanas nele materializados, com uma historicidade e mobilidade intercambiada com cenários mais amplos e trajetórias da população e seus modos de reprodução, dadas por fluxos e configurações demográficas espacializadas relacionadas aos modos de desenvolvimento regionais.

Os casos e as situações de risco, objetos concretos da vigilância, operam uma interconexão de territórios estabelecendo redes de Vigilância Sanitária articuladoras das diferentes abordagens da Vigilância em Saúde. Tendo além da expressão local uma configuração articulada com outros territórios, transpondo assim fronteiras de um determinado local, oferecendo e absorvendo informações da dinâmica de determinação, condicionamentos e nexos causais dos casos e situações de risco em foco.

O território na Vigilância em Saúde responde a interações inter-espaciais configuradas por problemas sanitários que conectam espacialmente distintos territórios, por fluxos de cadeias produtivas e distributivas de produtos de interesse sanitário e pela vigilância de situações de risco similares. Configurando redes de Vigilância Sanitária interconectadas e articuladoras das diferentes abordagens da Vigilância em Saúde.

d. Questões a serem enfrentadas

O atual sistema de registro de agravos do SUS resulta numa visibilidade ainda não definida. Algumas questões sanitárias emergentes com magnitudes diversas carecem de uma abordagem sistêmica e integrada de Vigilância em Saúde. Destacamos aqui, como exemplo, questões relativas à Vigilância em Saúde mental, da vigilância da água para consumo humano, dos agrotóxicos, da saúde do trabalhador e da violência. Identificadas como problemas de saúde pública, em sua trajetória institucional são sustentados por um corpo documental, um conjunto de normas e resoluções e um sistema de informação voltado para o registro de casos e indicadores de acompanhamento voltados em si mesmo, configurando um crescente de informações sem o necessário desencadeamento de ações de prevenção correspondente à dimensão do problema.

As políticas intra e intersetoriais não são deflagradas de forma adequada e as questões sanitárias decorrentes no âmbito do setor saúde ficam restritas a um acolhimento parcial dos casos e ao registro sem uma análise e intervenção que resultem em assumir tais questões em sua dimensão de problemas sanitários. O desafio colocado é o de deflagrar ações integradas de base territorial, voltadas pelos problemas definidos coletivamente em processos participativos e descentralizados.

e. Monitoramento e avaliação

A trajetória do desenvolvimento da Vigilância em Saúde no SUS tem suscitado apontar caminhos para uma avaliação sistemática de seu desempenho⁵⁰. Aponta-se a necessidade de se constituir um sistema de monitoramento qualificado como uma intervenção capaz de efetivamente favorecer o desempenho da vigilância da saúde⁵¹. O processo avaliativo da vigilância nos territórios deve construir pontes teórico-práticas entre as abordagens e a metodologia e tecnologias utilizadas, avaliando sua coerência e efetividade em relação aos princípios do SUS e das políticas e agendas promotoras da saúde valorizando o empoderamento da população local e a ampliação de autonomia da comunidade⁵².

Perspectivas

A Vigilância em Saúde é responsável pela informação para a ação e a intervenção que reduzam riscos e promovam a saúde nos territórios, integrada às Redes de Atenção à Saúde. Esta função essencial do Sistema Único de Saúde (SUS) tem sido chamada a orientar sua ação considerando os complexos fenômenos econômicos, ambientais, sociais e biológicos que determinam o nível e a qualidade da saúde das brasileiras e dos brasileiros, em todas as idades. Assim, é imperativo que a Vigilância em Saúde se reconheça na agenda da determinação social da saúde trazendo

para si a construção de conhecimentos e práticas transdisciplinares e transsetoriais.

Nesta direção, no alcance da agenda central das Nações Unidas para estabelecer, implementar e monitorar os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável para o período de 2015/2030⁵³, caberá à saúde *Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades* a partir da definição de um conjunto de metas que tornem factível o alcance do objetivo. Essas metas, em negociação, expressarão ações sobre os problemas de saúde que mais impactam sobre a qualidade de vida e a carga de doenças de nossa população, atuando concomitantemente sobre os pilares econômicos, ambientais e sociais, expressados em seus 17 objetivos. A Vigilância em Saúde tem a oportunidade de assumir para si um papel protagonista na agenda 2030 dos Objetivos e Metas do Desenvolvimento Sustentável, colocando-a no centro de prioridades de sua política, sistemas, programas e ações.

A concepção do modelo de gestão do SUS, ao privilegiar o planejamento em saúde baseado nos territórios das regiões de saúde, possibilita a organização da vigilância a partir dos processos e práticas de produção e consumo e das dinâmicas sociais, ambientais e culturais da sociedade a eles adscritos. A Vigilância em Saúde deve assumir para si, ao lado do planejamento, da gestão e da atenção à saúde, a autoria e o protagonismo da política nacional de saúde e seus respectivos planos. A Figura 1 apresenta um conjunto de vetores e elementos articuladores da Vigilância em Saúde.

Sustentamos, portanto, que, com base no direito constitucional à cidadania e à saúde por meio de políticas públicas a favor da qualidade de vida, e, de acordo com os Princípios e Diretrizes do SUS, a Política Nacional de Vigilância em Saúde considere no núcleo central de suas diretrizes as categorias e valores da determinação social da saúde, da responsabilidade do Estado na regulação sanitária, da integralidade da rede de atenção, a intersectorialidade, o território, a participação da sociedade e o direito à informação.

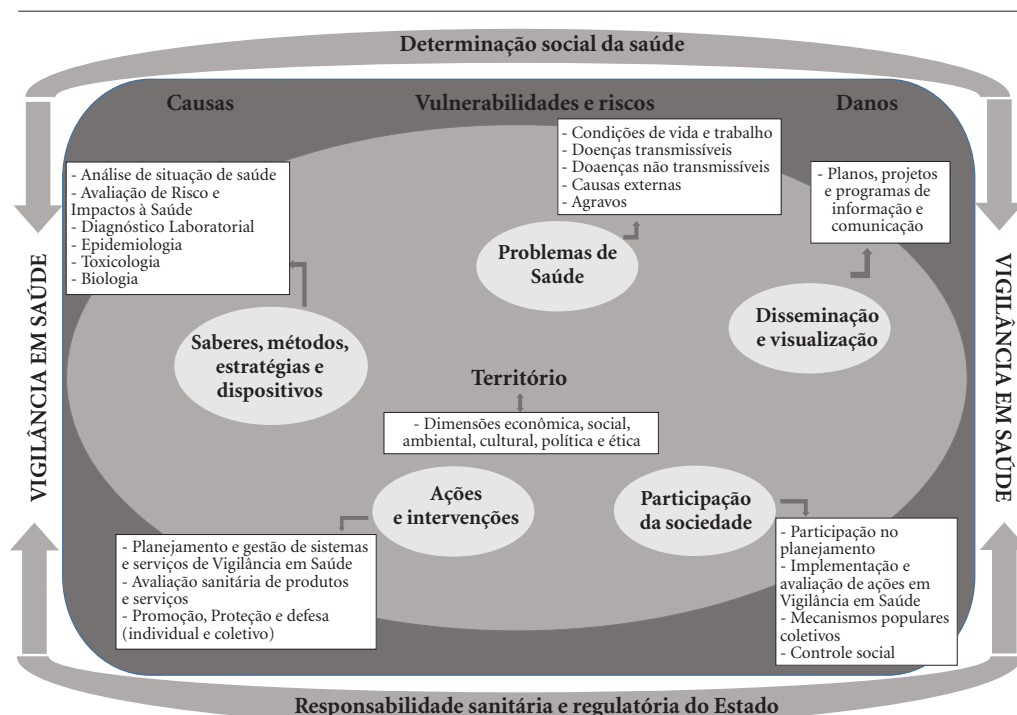


Figura 1. Conjunto de vetores e elementos articuladores da Vigilância em Saúde.

Fonte: os autores.

Colaboradores

G Franco Netto coordenou a construção do artigo, definiu sua concepção, realizou revisão bibliográfica, elaborou os primeiros rascunhos e solicitou aportes aos demais autores. JWR Villardi participou da definição da concepção, linha e estrutura do artigo; e revisou os rascunhos e o texto final. JMH Machado participou da elaboração dos textos dos itens “Notas sobre desafios da VS e Desafios”. MS Sousa, IF Brito e JA Santorum participaram da elaboração de todo o texto. CO Ocké-Reis participou da elaboração dos textos relacionados ao contexto econômico. ALD Fenner participou da revisão do rascunho.

Agradecimentos

À Virginia Almeida (Vice-Presidência de Ambiente, Atenção e Promoção da Saúde – Fiocruz) pela revisão do documento, em seu conteúdo e forma; e à Alcinda Maria Machado Godoi (Senado Federal) pela revisão ortográfica da versão em português e resumo em inglês.

Referências

1. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 535, de 19 de agosto de 2016. *Diário Oficial da União* 2016; 11 nov.
2. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). *Ciclo de debates em vigilância sanitária*. [acessado 2017 jun 15]. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/ciclo-de-debates>
3. Conselho Nacional de Saúde (CNS). *Documento Orientador da 1ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: CNS; 2017. No prelo.
4. WHO/PAHO. *Essential Public Health Functions*. [acessado 2013 out 13]. Disponível em: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=3175&Itemid=3617
5. Choi BCK. The Past, Present, and Future of Public Health Surveillance. *Scientifica* 2012; 2012:1-26.
6. Rebollo R. O legado hipocrático e sua fortuna no período greco-romano: de Cós a Galeno. *Scientiae Studia* 2006; 4(1):45-81.
7. Rothman KJ. Lessons from John Graunt. *Lancet* 1996; 347(8993):37-39.
8. Sigeris H. Johann Peter Frank: Un Pionero de la Medicina Social. *Salud Colect* 2006; 2(3):269-279.
9. Brown JC. The Beveridge Report and the postwar reforms. In: Brown JC. *Victims or Villains? Social Security Benefits in Unemployment*. London: Policy Studies Institute; 1990.
10. Foucault M. O Nascimento da Medicina Social. In: Foucault M. *A Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Editora Graal; 1982.
11. Winkelstein W. Lemuel Shattuck: Architect of American Public Health. *Epidemiology* 2008; 19:634.
12. Smith GH. Snow on Cholera. *Yale J Biol Med* 1936; 9:196-197.
13. Leavell H, Clark EG. *Medicina Preventiva*. São Paulo: McGraw-Hill; 1976.
14. Roberts DW. The Commission on Chronic Illness. *Public Health Rep* 1954; 69:295-299.
15. Silva Júnior JB. *Epidemiologia em serviço: uma avaliação de desempenho do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde* [tese]. São Paulo: Universidade Estadual de Campinas; 2004.
16. Costa EA, Fernandes TM, Pimenta TS. A vigilância sanitária nas políticas de saúde no Brasil e a construção da identidade de seus trabalhadores (1976-1999). *Cien Saude Colet* 2008; 13(3):995-1004.
17. Santos WG. *Cidadania e justiça: a política social na ordem brasileira*. Rio de Janeiro: Ed. Campus; 1987.
18. Santos BS. *Democratizar a democracia: os caminhos da democracia participativa*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2009.
19. Brasil. Lei nº 6259, de 30 de outubro de 1975. Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1975; 31 out.
20. Brasil. Decreto nº 78.231, de 12 de agosto de 1976. Regulamenta a Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975, que dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1976; 13 ago
21. Arouca S. *O dilema preventivista: contribuição para compreensão e crítica da medicina preventiva* [tese]. São Paulo: Unicamp; 1975.
22. Escorel S. *Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1999.
23. Conferência Nacional de Saúde. Brasília. *Relatório final*. 1986. [acessado 2017 fev 24]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_8.pdf
24. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 20 set.
25. Conferência Nacional de Saúde do Consumidor, 1, 1986, Brasília. *Relatório Final*. *Revista Saúde em Debate* 1987; 19:20-24.
26. Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, 1., 1986, Brasília. *Relatório final*. 1986. [acessado 2017 fev 24]. Disponível em: <http://www.cntssc.org.br/sistema/ck/files/conferencia/cnts1.pdf>
27. Paim JS. *Modelos assistenciais: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção da saúde. Notas para discussão nos Seminários Temáticos Permanentes*. Brasília: Anvisa, ISCUFBA; 2001.
28. Teixeira CF. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. *Cad Saude Publica* 2002; 18(Supl.):S153-162.
29. Netto GF, Carneiro FF, Aragão LGT, Bonini EM, Drummond IA, Tavares MS, Villardi JWR, Alonzo H. Saúde e ambiente: reflexões para um novo ciclo do SUS. In: Castro A, Malo M, organizadores. *SUS: ressignificando a promoção da saúde*. São Paulo: Hucitec, OPAS; 2006. p. 152-170.
30. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 1.399, de 15 de dezembro de 1999. Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, estados, municípios e Distrito Federal, na área de epidemiologia e controle de doenças e define a sistemática de financiamento. *Diário Oficial da União* 1999; 15 dez.
31. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Projeto Vigisus II – Modernização do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde*. Brasília: MS; 2003.
32. Brasil. Portaria nº 30, de 7 de julho de 2005. Institui o Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde, define suas atribuições, composição e coordenação. *Diário Oficial da União* 2005; 8 jul.
33. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Diretrizes Nacionais da Vigilância em Saúde*. Brasília; 2010. [acessado 2017 jun 15]. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvsm/publicacoes/pacto_saude_volume13.pdf
34. Brasil. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2011; 29 jun.
35. Conferência Nacional de Saúde Ambiental, 1., 2009, Brasília. *Relatório final*. 2010. [acessado 2017 maio 24]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/CNSA_Relatorio_Final.pdf

36. Brasil. Política Nacional de Vigilância em Saúde. Documento Base GT-PNVS (Portaria SVS nº 14, de 22/08/2013). Brasília, 2014. [acessado 2017 jun 15]. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/ccd/homepage/gpa/pnvs_2014_versao_final_2014.pdf
37. Fonseca F. *O ultraliberalismo e seus contendores*. Manuscrito. [acessado 2017 maio 10]. Disponível em: <https://cbrayton.files.wordpress.com/2006/09/teopol15.pdf>
38. Portela Júnior A. Florestan Fernandes e o conceito de patrimonialismo na compreensão do Brasil. *Plural* 2012; 19(2):9-27.
39. Marx K. *El capital. Crítica de la Economía Política*. Vol. I. Fondo de Cultura, México, 1975. p.120-129. apud Paim, JS. Modelos assistenciais: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção da saúde. Manuscrito, 2001.
40. World Health Organization (WHO). *Preventing disease through healthy environments: a global assessment of the burden of disease from environmental risks*. France, 2016. [acessado 2017 jun 15]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204585/1/9789241565196_eng.pdf
41. Figueiró AC, Sóter AP, Braga C, Hartz ZMA, Samico I. Análise da lógica de intervenção do Programa Nacional de Controle da Dengue. *Rev Bras Saúde Materno Infant* 2010; 10(Supl.):s93-106.
42. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Programa Nacional de Controle da Dengue*. [acessado 2017 jun 15]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/svs/dengue>
43. Araújo IS. As mídias, as instituições de saúde e a população: convergências e divergências na comunicação sobre a prevenção da dengue. *Organicon* 2012; 9(16-17):50-66.
44. Porto MF, Pacheco T, Leroy JP. *Injustiça Ambiental e Saúde no Brasil: o Mapa de Conflitos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2013.
45. Rigotto RM. *Desenvolvimento, Ambiente e Saúde: implicações da (des)localização industrial*. Editora Fiocruz: Rio de Janeiro; 2008.
46. Freitas CM, Silva MA, Menezes FC. O desastre na barragem de mineração da Samarco – fratura exposta dos limites do Brasil na redução de risco de desastres. *Cienc. Cult.* 2016; 68(3):25-30.
47. Carneiro FF, Rigotto RM, Augusto LGS, Friedrich K, Búrigo AC, organizadores. *Dossiê Abrasco: um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde*. Rio de Janeiro, São Paulo: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Expressão Popular; 2015.
48. Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Profissional. *V Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional*. Relatório Final. Brasília; 2015.
49. Teixeira CF Paim JS, Vilasbóas AL. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. *Informe Epidemiológico do SUS* 1998; 7(2):7-28.
50. Silva Júnior JB. *Epidemiologia em serviço: uma avaliação de desempenho do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde* [tese]. São Paulo: Universidade Estadual de Campinas; 2004.
51. Hartz Z. Do Monitoramento do Desempenho ao Desempenho do Monitoramento: Novas Oportunidades para Avaliação na Gestão da Vigilância em Saúde. *Cien Saude Colet* 2013; 18(5):1201-1216.
52. Gallo E, Setti AFF. Abordagens ecossistêmica e comunicativa na implantação de Agendas territorializadas de desenvolvimento sustentável e promoção da saúde. *Cien Saude Colet* 2012; 17(6):1433-1446.
53. Organização das Nações Unidas (ONU). *Transformando Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável*. 2015. [acessado 2017 jun 15]. Disponível em: <https://sustainabledevelopment.un.org>

Artigo apresentado em 15/06/2017

Aprovado em 26/06/2017

Versão final apresentada em 17/07/2017