

## CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

### 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde

#### Documento Orientador

#### Apresentação

Os debates ocorridos no Conselho Nacional de Saúde, em virtude de diversas agendas de saúde<sup>1</sup> e sobre os resultados da 15ª. Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2015, apontaram a necessidade da realização da 1ª. Conferência Nacional de Vigilância em Saúde (1ª CNVS), com o objetivo central de “Propor diretrizes para a formulação da Política Nacional de Vigilância em Saúde e o fortalecimento dos programas e ações de Vigilância em Saúde”.

O Plenário do CNS, em sua 284ª Reunião Ordinária, realizada nos dias 18 e 19 de agosto de 2016, por meio da Resolução n. 535, aprovou o Regimento da 1ª CNVS, que define as etapas municipal, estadual e nacional e o temário da CNVS, entre outras deliberações. O tema central da conferência, que orientará as discussões será “Vigilância em Saúde: Direito, Conquista e Defesa de um SUS Público de Qualidade”, a ser desenvolvido por um eixo principal e um conjunto de subeixos.

O eixo principal da 1ª CNVS será “Política Nacional de Vigilância em Saúde e o fortalecimento do SUS como direito à Proteção e Promoção da Saúde do povo Brasileiro - fortalecimento dos programas e ações de Vigilância em Saúde”.

Ainda, de acordo com a mesma resolução, o documento orientador da 1ª CNVS será elaborado com base no eixo principal e nos subeixos temáticos, considerando as deliberações da 15ª CNS e do Plano Nacional de Saúde, como a seguir.

#### Eixo Principal

Política Nacional de Vigilância em Saúde e o fortalecimento do SUS como direito à Proteção e Promoção da Saúde do povo Brasileiro - fortalecimento dos programas e ações de Vigilância em Saúde

#### Antecedentes

A Vigilância em Saúde é responsável pela informação para a ação e intervenção que reduzam riscos e promovam a saúde nos territórios, articulando-se às Redes de Atenção à Saúde. Esta função essencial do 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, visando controlar e reduzir riscos<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Políticas de promoção à saúde, AIDS, Saúde do trabalhador e da trabalhadora, tríplice epidemia viral - dengue, chikungunya, zika, dentre outras.

<sup>2</sup> O Brasil é signatário da Agenda 2030 dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável, na qual a saúde é vista enquanto pré-condição, resultado e indicador do desenvolvimento.

**Comentado [Office1]:** O enunciado do parágrafo 1, Capítulo III, da Resolução N. 535/16, do Conselho Nacional de Saúde é o que segue: O eixo principal da 1ª CNVS será Política Nacional de Vigilância em Saúde e o fortalecimento do SUS como direito de Proteção e Prevenção da Saúde do povo Brasileiro. “Fortalecimento dos programas e ações de Vigilância em Saúde”.

Considerando a necessidade de correção do enunciado e a sua adequada compreensão, o mesmo foi aqui modificado para: O eixo principal da 1ª CNVS será “Política Nacional de Vigilância em Saúde e o fortalecimento do SUS como direito de Proteção e Promoção da Saúde do povo Brasileiro - fortalecimento dos programas e ações de Vigilância em Saúde”.

**Comentado [Office2]:** O enunciado do parágrafo 1, Capítulo III, da Resolução N. 535/16, do Conselho Nacional de Saúde é o que segue: O eixo principal da 1ª CNVS será Política Nacional de Vigilância em Saúde e o fortalecimento do SUS como direito de Proteção e Prevenção da Saúde do povo Brasileiro. “Fortalecimento dos programas e ações de Vigilância em Saúde”.

Considerando a necessidade de correção do enunciado e a sua adequada compreensão, o mesmo foi aqui modificado para: O eixo principal da 1ª CNVS será “Política Nacional de Vigilância em Saúde e o fortalecimento do SUS como direito de Proteção e Promoção da Saúde do povo Brasileiro - fortalecimento dos programas e ações de Vigilância em Saúde”.

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 denominadas transições epidemiológica e demográfica. Essas transições caracterizam-se pela prevalência, em ordem decrescente, dos agravos não transmissíveis tais como as doenças crônicas degenerativas, as violências, as doenças associadas ao trabalho e as doenças transmissíveis, num contexto de envelhecimento progressivo da população. Não obstante as mudanças impulsionadas pela urbanização e industrialização, é preciso também destacar que ainda persistem em locais e regiões doenças da pobreza, uma característica predominantemente de países de desenvolvimento tardio.

Os saberes e práticas de promoção da saúde e de prevenção de doenças desenvolvidos ao longo do século XX prestaram importante contribuição para a melhoria da saúde da população brasileira. São profundas as transformações no perfil de saúde experimentadas pela população brasileira entre o quarto final do século XX aos dias de hoje, e em especial a partir do advento do SUS, notadamente no aumento da expectativa de vida, na queda da desnutrição e no declínio da mortalidade infantil.

O desenvolvimento econômico do período pós-1968, resultado do projeto político do governo militar, 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 reestruturações 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)<sup>i</sup>. 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 exigia-se maior controle e segurança sobre o que se consumia no âmbito da saúde com vistas a reduzir riscos a 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 a saúde dos trabalhadores da cidade e do campo, batendo recordes de acidentes de trabalho, baixos níveis de proteção social, e aumento significativo do trabalho informal. Estas são heranças de uma cidadania regulada<sup>ii</sup> e características de uma democracia ainda de baixa intensidade<sup>iii</sup>.

Assim, 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<sup>3</sup>, identificou-se

---

<sup>3</sup> Na concepção de Ianni (1991), a questão social brasileira ganha contornos quando se analisam a problemática nacional, os regimes políticos e os dilemas dos governantes em atender demandas e reivindicações das classes subalternas. Explica-se, ainda, tomando por base as desigualdades econômicas, políticas e culturais que envolvem as classes sociais, mediatizadas por relações de gênero,

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. Esta recomendação foi prontamente operacionalizada com a estruturação do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica<sup>iv</sup> (SNVE), o qual instituiu a notificação compulsória de casos e/ou óbitos de quatorze doenças em todo o território nacional, entrando em vigor no ano de 1976<sup>v</sup>. O SNVE sedimentou a sua estruturação e ação por meio das secretarias de estado da saúde.

Na década de 90, em meio a um processo de reorientação econômica internacional, de revisão das funções do Estado brasileiro, de desordem e estabilização da economia interna, de complexa redemocratização devido à correlação de forças antagônicas, de reorganização das forças políticas e sociais, tem-se a criação do SUS<sup>vi</sup>, que desencadeou novos arranjos institucionais, resultando na organização do Centro Nacional de Epidemiologia (CENEPI), no âmbito da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA)<sup>vii</sup>, na criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)<sup>viii</sup> e posteriormente, em 2003, na criação da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS)<sup>ix</sup>, do Ministério da Saúde.

A efetiva descentralização das ações de vigilância epidemiológica para as secretarias estaduais e municipais de saúde iniciou-se em dezembro de 1999<sup>x</sup>, resultante de intensos debates nas instâncias de pactuação intergestores do SUS.

Fenômeno correspondente ocorreu no âmbito da Vigilância Sanitária, com a publicação da Lei no 9.782, de 26 de janeiro de 1999, que definiu o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e atribuiu competências à União, estados, Distrito Federal e municípios, para que exerçam atividades de regulação, normatização, controle e fiscalização na área de vigilância sanitária. A celebração do Termo de Ajuste e Metas (TAM) celebrado entre a ANVISA e os estados, pactuou metas e, através da Portaria GM/MS no 145, de 31 de janeiro de 2001, regulamentou a transferência de recursos fundo a fundo para a média e alta complexidade da vigilância sanitária para os estados. Em complemento, a Portaria GM/MS no 2.473, de 29 de dezembro de 2003, estimulou a adesão dos municípios para a execução de ações de média e alta complexidade de vigilância sanitária – MAC/VISA, repassando recursos fundo a fundo.

Em 2004, a publicação da Portaria GM/MS no 1.172, aponta esforços de aprimoramento do processo de descentralização das ações de vigilância em saúde, definindo as atividades sob o título vigilância em saúde, a saber: vigilância de doenças transmissíveis, vigilância de doenças e agravos não transmissíveis e de seus fatores de risco, vigilância ambiental em saúde, e análise de situação de saúde.

Em 2007, por meio da Portaria GM/MS no 1.956/07, a gestão federal da saúde do trabalhador, coordenadora então da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do

---

características étnico-raciais e formações regionais. As controvérsias sobre o pacto social, as tomadas de terras, a reforma agrária, as migrações internas, o problema indígena, o movimento negro, a liberdade sindical, o protesto popular, o saque ou a expropriação, a ocupação de habitações, a legalidade ou ilegalidade dos movimentos sociais, as revoltas populares e outros temas da realidade nacional sempre suscitam aspectos mais ou menos da questão social. [...] As lutas sociais polarizam-se em torno do acesso a terra, emprego, salário, condições de trabalho na fábrica e fazenda, garantias trabalhistas, saúde, habitação, educação, direitos políticos e cidadania. (IANNI, 1991, p. 3)

Trabalhador, instituída em 2002, é transferida da Secretaria de Atenção à Saúde para a Secretaria de Vigilância em Saúde. Esta trajetória se consolidou na Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, instituída pela Portaria GM/MS no 1823/12.

Por meio da Portaria GM/MS no 3.252, de 22 de dezembro de 2009, é fortalecido o papel gestor dos estados e municípios e se amplia o escopo das ações de Vigilância em Saúde, compreendendo:

- 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;
- 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 interesses da saúde. Estão incluídos 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;
- 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.
- 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;
- Promoção da saúde: conjunto de intervenções individuais, coletivas e ambientais responsáveis pela atuação sobre os determinantes sociais da saúde;
- 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;

A Portaria GM/MS no 4.279, de 30 de dezembro de 2010, estabelece diretrizes para a organização da Rede da Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do Sistema Único de Saúde, visando superar a fragmentação da atenção e da gestão das Regiões de Saúde e aperfeiçoar o sistema de funcionamento político-institucional do SUS com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência. Ressalta que, embora os avanços do SUS sejam inegáveis e representativos, o modelo de atenção à saúde vigente fundamentado nas ações curativas, centrado no cuidado médico e estruturado com ações e serviços de saúde dimensionados a partir da oferta, mostra-se insuficiente para dar conta dos desafios sanitários atuais, e são insustentáveis para os enfrentamentos futuros, tais como a significativa incidência dos agravos mentais.

O Decreto no 7.508, de 28 de junho de 2011, regulamenta a Lei 8.080 e dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Define a Região de Saúde enquanto espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir

de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados.

Cada Região de Saúde tem a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. O decreto estabelece ainda o Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde (COAP) enquanto acordo de colaboração firmado entre entes federativos para a organização e integração das ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde.

As regiões de saúde devem ser instituídas pelos Estados, em articulação com os Municípios, podendo também ser instituídas Regiões de Saúde Interestaduais, compostas por Municípios limítrofes. Para ser instituída, a Região de Saúde deve conter, no mínimo, ações e serviços de atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar, e vigilância em saúde.

O decreto estabelece ainda o Mapa da Saúde que consiste na descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços ofertados pelo SUS e pela rede privada, considerando-se a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido a partir dos indicadores do sistema. No âmbito da assistência à saúde cria a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES), que compreende todas as ações e serviços de saúde que o SUS oferece ao usuário para o atendimento da integralidade da assistência à saúde, e a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) que compreende a seleção e a padronização de medicamentos indicados para o atendimento de doenças ou de agravos no âmbito do SUS.

O atual arranjo normativo da gestão da saúde, em torno das RAS e do COAP traz um importante espaço para que a vigilância em saúde integre o conjunto essencial das funções do SUS, juntamente com o planejamento e a gestão dos serviços de saúde.

A Portaria GM/MS no 1.387, de 9 de julho de 2013, que revoga a Portaria 3.252/09, não obstante mantenha os conceitos desta, volta-se para a regulamentação das responsabilidades e diretrizes para a execução e o financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

Esta mesma portaria determinou a criação de um Grupo de Trabalho Tripartite com a finalidade de discutir e formular a Política Nacional de Vigilância em Saúde (GT-PNVS), visando o enfrentamento do Estado brasileiro aos desafios postos à vigilância em saúde pelas mudanças relacionadas às transições demográfica e epidemiológica e aos determinantes sociais.

O GT-PNVS, instituído pela Portaria SVS n. 14, de 22 de agosto de 2013, é composto por representantes da SVS, ANVISA, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). Embora previsto na portaria, não houve participação do controle social, academia e outros setores na formulação daquele documento.

### Contexto Atual

A grande crise do capitalismo financeiro internacional, dos anos 2008 – 2009, é de imensa proporção e está diretamente associada com a grande contração mundial da atividade econômica. O sistema financeiro tenta se rearticular sobre um “novo consenso”, no contexto do ultraliberalismo<sup>xi</sup>, cujas características se baseia em mais ortodoxia e mais restrições, sendo os recursos da produção e de políticas sociais drenados para o sistema financeiro, o que gera ainda mais crises especulativas.

No Brasil, a reação à crise econômica do capital internacional segue esta cartilha. Associa-se, entretanto, a uma crise política de proporções gigantescas desencadeada a partir do processo de desestabilização da democracia que culminou no impeachment da Presidenta Dilma. A este quadro associa-se a corrupção, o clientelismo e todas as formas de apropriação privada do que é público.

As forças políticas e econômicas que comandam o país, desde então, ameaçam os pilares essenciais da Constituição Federal de 1988 - reconhecida enquanto “constituição cidadã”, porque, apesar das suas contradições e limitações, estes pilares possibilitaram o principal pacto social desde a redemocratização: crescimento econômico com inclusão social e participação democrática. As Emendas à Constituição Federal, em curso, representam a quebra deste pacto sob forte ameaça à cidadania e à democracia brasileiras, com violação dos direitos humanos e as obrigações do Estado em promover a Seguridade e a Proteção Social. São exatamente esses direitos e deveres que estão sendo retirados, sem nenhum tipo de participação dos setores representativos da sociedade brasileira.

O que ressalta no cenário são o declínio da economia e a retirada dos direitos sociais com acirramento das desigualdades sociais. A política econômica vigente prioriza o sistema financeiro mantendo suas garantias preservadas, mesmo considerando a profunda recessão e as enormes necessidades do povo.

As reformas em curso, da previdência e trabalhista, representarão um custo social sem precedentes. A extensão dos anos a serem trabalhados subordinados a uma lógica de previdência privada combinada com a profunda precarização das condições de trabalho, associadas ao congelamento dos salários pelo absurdo prazo de 20 anos resultarão num enorme impacto à saúde dos trabalhadores, trabalhadoras e de seus familiares, em especial os mais pobres, os mais velhos e os mais vulneráveis.

A precarização das condições de trabalho resulta e resultará ainda mais em elevadíssimo índice de acidente de trabalho em nosso meio, além dos problemas de saúde relacionado ao desgaste físico e mental e das exposições ocupacionais em ambientes de trabalho insalubres. A isso soma-se o fato da trabalhadora e do trabalhador urbanos utilizarem, em média, cerca de 2 horas diárias em precários sistemas de transporte coletivo, resultando em longas jornadas de trabalho.

A estes ataques associa-se um conjunto de centenas de medidas que desconfiguram e em alguns casos eliminam importantes conquistas alcançadas pela sociedade brasileira nos últimos tempos, por meio de políticas públicas inclusivas nos campos da educação, meio ambiente, saúde, seguridade social, direito à terra, acesso ao trabalho decente, renda familiar, segurança alimentar e nutricional, segurança pública, entre tantas outras.

Na vida real das pessoas, a saúde está entre as primeiras queixas da população. As medidas que vem sendo adotadas pelo atual governo resultam na redução ao acesso da população aos serviços públicos de saúde e no estímulo ao mercado dos

planos privados de saúde, associados ao sub financiamento. A Emenda Constitucional (EC) 95 resulta no desmonte do SUS enquanto sistema universal e equânime de saúde, negando um direito constitucional inscrito na Constituição de 88.

As bases e os rumos da economia nacional, centrada na exploração e exportação de “comodities” minerais e agrícolas voltadas a abastecer as necessidades do mercado internacional tem sofrido impactos assustadores com a retração do mercado internacional devido à crise do capital. A forte influência do capital na tomada de decisões do Estado sobre os planos de desenvolvimento do país, mediado por uma série de mecanismos e regras facilitadores dos interesses do capital resultam na injusta e perversa distribuição da riqueza, que embora seja produzida por toda a Nação é acumulada e concentrada nas mãos de muito poucos.

Esta concentração da riqueza gera e mantém 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 vive nas 300 maiores cidades onde mais de um terço vive e habita 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 deste cenário. As nossas cidades são cada vez mais fragmentadas e desiguais. A crescente prevalência de mães jovens, negras, 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 cada vez mais e maiores grupos de pessoas em alto grau de vulnerabilidade que são invisibilizados na sociedade.

A atual crise urbana não tem precedentes. 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 poluição. Associada às queimadas da Floresta Amazônica, a liberação de gases de efeito estufa contribuem ao 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 80 anos. A crise decorre de décadas de mau uso da água e do solo. A redução das florestas pelo uso completamente desordenado do espaço urbano vem causando graves problemas. A falta de água Grande São Paulo é muito mais decorrente da poluição e do desperdício do que do clima. Os eventos climáticos extremos potencializaram a crise, mas eles não são os culpados.

Em nosso país, a ocupação desordenada do solo é a maior responsável pelos danos à vida e à saúde decorrente dos desastres de origem natural. O assentamento em áreas de risco é um fenômeno que vem se agravando progressivamente.

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 30 anos. Inicialmente dengue, agora concomitantemente dengue, zika e chikungunya, estas 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. Estas epidemias recorrentes revelam também a não efetividade dos programas e ações de controle de vetores centrados na dispersão de agrotóxicos no interior e no entorno das residências das famílias brasileiras e na responsabilização dos indivíduos. Mais absurda ainda é a lei recém editada que possibilita a dispersão de agrotóxicos por aviões nas áreas urbanas visando o controle de mosquitos transmissores de doenças.

A opção por um modelo de desenvolvimento baseado em mega empreendimentos é geradora de significativos impactos socioambientais nos territórios por eles influenciados. Estes impactos são sentidos ao longo do tempo, desde a pré-instalação, durante a instalação e no curto, médio e longo prazo de suas operações. Os territórios contíguos aos mega empreendimentos 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 locais.

O crime da empresa Samarco, considerado o maior acidente ambiental da nossa história, tendo como epicentro a ruptura dos tanques de contenção de lixo tóxico da extração mineral no Município de Mariana – MG, 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 casualidade. Ele 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 história do campo é marcada pela permanente disputa pela terra. Os conflitos pelo direito à terra representam uma ameaça permanente à vida das populações tradicionais. São hediondas e inaceitáveis as recentes agressões às liberdades e aos direitos humanos, tais como os massacres de trabalhadores rurais em Colniza, no Mato Grosso e de indígenas da etnia Gamela, no Maranhão.

Hoje, a grande maioria das terras produtivas brasileiras pertence aos donos de grandes propriedades onde ocorrem extensivos e intensivos processos produtivos baseados no monocultivo, principalmente da soja, algodão e milho.

Para assegurar maior rentabilidade, estes 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 mundo. O impacto das combinações da contaminação ambiental e da exposição de trabalhadores rurais e de seus familiares é altíssimo e não adequadamente mensurado. A tentativa de desregulamentação do uso de agrotóxicos é um grave risco sanitário para toda a população brasileira.

A indústria pecuária, também realizada em propriedades privadas de grandes extensões, promove consumo de recursos naturais e danos ambientais em grande



escala. A utilização disseminada de antibióticos e hormônios para o desenvolvimento dos animais contribuem com a insegurança alimentar.

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 indivíduos.

A eliminação da fome alcançou enorme progresso nos anos recentes devido a políticas sociais compensatórias, em especial o Programa Bolsa Família. Entretanto, segue ainda enquanto um grande desafio da sociedade brasileira, com o registro de sete milhões de vítimas.

Cabe à Vigilância em Saúde examinar as condições de vida e saúde das populações para organizar intervenções nos seus respectivos territórios. A ação da Vigilância em Saúde deve incidir sobre diversos planos: 1. Nas políticas e mecanismos regulatórios de todos os setores econômicos, sociais e ambientais que tenham relação com a saúde; 2. Na rede de atenção à saúde, considerando todos os seus dispositivos; 3. Junto à sociedade, integrada aos territórios.

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 da vigilância.

A Vigilância em Saúde necessita conceber um sistema de informação estruturado a partir das dinâmicas de produção, consumo e formas de viver das comunidades nos territórios. Territórios estes não fixos, que possibilitem o exame da saúde para além da lógica dos pontos de atenção da rede de saúde e que se integre aos valores e percepções materiais e imateriais das comunidades.

A Conferência Nacional de Vigilância em Saúde está inspirada nos valores de democracia, justiça e solidariedade, reafirmando o compromisso com a efetiva garantia do direito à saúde e com o desafio da construção de um Sistema Único de Saúde – SUS, universal, público e de qualidade.

As etapas municipal, estadual e nacional da Conferência Nacional de Vigilância em Saúde devem levar em consideração o cenário de determinação social da saúde em seus respectivos territórios, cenário este mediado pela atual conjuntura política por que passa o país.

#### **Perguntas:**

1. Características da determinação da saúde no território correspondente à sua conferência:
  - a. O que promove a saúde?
  - b. O que ameaça a saúde?
  
2. Problemas de grande impacto à saúde registrados no território correspondente a esta etapa da 1ª CNVS:
  - a. Como o impacto se distribuiu entre os diversos grupos da população?

- b. Como a sociedade reage?
- c. Como atua a Vigilância em Saúde com os demais setores?
- d. Como atua a Vigilância em Saúde na Rede de Atenção à Saúde?
- e. Como a Vigilância em Saúde interage com a Sociedade?

## **Subeixo 1**

### **O Lugar da Vigilância em Saúde no SUS**

O acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) requer, por parte dos entes federativos, a transparência, a integralidade e a equidade no acesso às ações e aos serviços de saúde. A integralidade da atenção à saúde se efetiva na estruturação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS.

Para entendermos a integralidade como meio para concretizar o direito à saúde é importante atentar para as três dimensões que a constituem: a organização dos serviços, os conhecimentos e práticas de trabalhadores de saúde e as políticas governamentais com participação da população.

A Rede de Atenção à Saúde - RAS é definida como conjunto de ações e serviços de saúde, articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde, com provisão de atenção contínua, de qualidade, responsável e humanizada, bem como o incremento do acesso, da equidade, da eficácia clínica e sanitária e a eficiência econômica.

A RAS caracteriza-se pela formação de relações horizontais entre os diversos pontos de atenção (unidades básicas de saúde, ambulatórios, centros de apoio psicossocial, hospitais etc.). Nela, a Atenção Primária à Saúde (APS) é estruturada como primeiro nível de atenção, tendo como função atender aos problemas mais comuns de saúde, por meio de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado, e atendendo às necessidades de saúde.

A organização e o funcionamento da RAS requerem a criação de mecanismos formais, entre os entes, de pactuação, de definição de responsabilidades, de objetivos de desempenho, de metas e indicadores de resultados bem como de análise de situação de saúde e planejamento participativo.

Para se alcançar uma atenção integral, faz-se necessária a efetiva inserção das ações de promoção e vigilância em saúde na organização da RAS, com atribuições e responsabilidades definidas, integração dos processos de trabalho, planejamento, programação, monitoramento, avaliação e educação permanente.

A estruturação da RAS se dá por meio da organização de linhas de cuidado, que articulam recursos, serviços e práticas de saúde orientadas para o acesso oportuno, ágil e singular dos usuários às ações de atenção à saúde. A construção das linhas de cuidado deve unificar ações de promoção, prevenção, diagnóstico, terapêuticas e de reabilitação, proporcionando acesso a todos os recursos tecnológicos que o usuário necessita. Nesse conjunto de recursos, estão incluídas as ações de prevenção e controle de riscos, agravos e doenças, bem como, o acesso seguro a produtos e serviços e o controle sanitário ambiental.

Como forma de consolidar a Vigilância em Saúde nas linhas de cuidado é necessário conferir maior enfoque aos agrupamentos de agravos e determinantes de saúde, identificando riscos sanitários e situações de vulnerabilidade, a partir das quais as intervenções serão planejadas e programadas.

**Perguntas:**

- Que práticas da vigilância em saúde são requeridas para assegurar a integralidade do cuidado em saúde na Rede de Atenção à Saúde?
- Quais obstáculos/dificuldades são percebidos para atuação da vigilância em saúde integrada às demais práticas do cuidado em saúde?
- Que estratégias podem ser desenvolvidas no território para efetivar a ação da vigilância em saúde como parte integrante do cuidado em saúde?

**Referências:**

Brasil. Portaria nº 4279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Brasil. Decreto nº7508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8080, 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.

## **Subeixo 2**

### **Responsabilidades do Estado e dos governos com a vigilância em saúde**

#### **Responsabilidade Sanitária**

A responsabilidade sanitária com o desenvolvimento de ações de Vigilância em Saúde é um pressuposto básico para 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 apontamos aqui desafios e caminhos para problematização e reorientação das perspectivas de universalização das ações de Vigilância em Saúde no SUS.

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. A partir 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 garantidas pela adequação de estruturas, recursos humanos e orçamentários. Acompanhados pelos conselhos, presente nos planos de saúde e relacionados ao desenvolvimento regional e orçamento no PPA em todos os níveis e acompanhadas em sistema de governança participativo articulado aos conselhos de saúde a comitês intersetoriais e as instâncias dos poderes legislativos e executivos.

#### **A informação para ação**

A informação de morbimortalidade é uma ação de vigilância com um grau de qualificação e universalização dos sistemas - SIM e SINAN, fontes que contém dados essenciais que representam um patrimônio social e técnico do SUS.

O uso dos dados na perspectiva da análise e intervenção, a investigação da casuística e a contextualização epidemiológica da casuística define uma epidemiologia

situada ao contexto dos territórios com o aprofundamento das investigações dos casos e a correlação com outras fontes de informações.

### **O território como espaço de análise, gestão e intervenção**

A centralidade do território como conceito e ambiente sócio-técnico, como espaço onde acontecem as relações de vida e trabalho, em que as possibilidades de resiliência e riscos se materializam em um processo contínuo de organização.

É no território em que a determinação social do processo saúde e doença, concepção fundamental da Saúde Coletiva e Medicina Social Latino-Americana, se operacionaliza pela organização dos serviços de saúde em redes de vigilância em saúde configurando redes sociotécnicas intersetoriais e participativas a partir dos problemas relacionados a vigilância sanitária, epidemiológica, saúde ambiental e de saúde do trabalhador construindo informações de processos de para intervindo nos condicionantes de saúde que configuram situações de riscos e impactos sociais ambientais e sanitários.

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.

### **Desafios**

Uma agenda ampla decorrente de questões negligenciadas como a vigilância em saúde mental, da vigilância da água, dos agrotóxicos, da saúde do trabalhador e da violência têm sido identificadas como problema constitui-se uma ampla institucionalidade documental com portarias atribuições resoluções e um sistema de vigilância epidemiológica voltado para o registro de casos e indicadores de acompanhamento organizados em si mesmo, configurando um crescente de informações sem as decorrentes ações de prevenção adequadas pelas dimensões dos problemas associados.

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 resultassem em assumir tais questões em sua dimensão de problemas sanitários.

O desafio colocado é o de deflagrar ações integradas de base territorial e integrada voltadas pelos problemas definidos coletivamente em processos participativos e descentralizados.

### **Perguntas**

- De que forma os aspectos epidemiológicos, ambientais, sociais e produtivos contribuem para o planejamento e execução de ações no território?
- Quais Processos de discussão e intervenção, definidos regionalmente de forma participativa, voltados para os territórios de referência dos serviços de saúde?
- Como está estruturada a vigilância em saúde na sua instância federativa/território?
- Quais são os possíveis mecanismos de participação da comunidade, gestão participativa e comitês intersetoriais e formas de governança participativa na vigilância em saúde?

### SUBEIXO 3

#### Saberes, Práticas, processos de trabalhos e tecnologias na vigilância em saúde.

##### Introdução

A constituição Federal em seu **artigo 196** garante: *“a Saúde como” Direitos de Todos e Dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.* E ainda em seu **artigo 200** – *“ Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei: Inciso II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador, e em seu inciso VIII -colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.* Portanto, o direito constitucional a saúde está assegurada como resultado das lutas dos movimentos sociais pela reforma sanitária. O desafio que se coloca é como efetivar e harmonizar as **ações integradas** das políticas de vigilância sanitária, epidemiológica, ambiental e de saúde do trabalhador considerando os avanços já alcançados, que atenda a promoção e proteção da saúde da população levando-se em conta os perfis econômicos, social e ambiental dos territórios, condição essencial a superação da *“excessiva fragmentação observada na institucionalização das ações de ‘vigilância’ (epidemiológica, sanitária e ambiental) “*<sup>xii</sup>Esse texto orientador visa abrir o debate sobre contexto atual e as perspectivas futuras da vigilância em saúde.

Comentado [Office3]: O conteúdo deste parágrafo já está contemplado no Eixo Principal

##### Vigilância em saúde

Parece não haver consenso sobre marco conceitual suficientemente abrangente que dê conta do conjunto dos objetos e práticas da vigilância em saúde. Esse campo de conhecimento e de práticas é atravessado por um complexo conjunto de elementos interdependentes entre si, que vai das informações e registros de manifestações biológicas, físicas e psicológicas do adoecimento, suas expressões clínicas agudas ou crônicas, suas possíveis interações com agentes patogênicos externos e diversos fatores de riscos e sua distribuição na população, bem como de possíveis associações e seus determinantes sociais.

Mas de modo geral e para operacionalização das ações, entende-se o campo de prática da vigilância em saúde como síntese de quatro vertentes evolutivas do conhecimento sobre o processo saúde-doença: a) vertente da vigilância epidemiológica em sua concepção mais ampla da distribuição da morbimortalidade na população; b) a vertente da vigilância sanitária; c) vertente da vigilância ambiental e d) a vertente que se dedica a compreensão da relação entre saúde e trabalho. Essas quatro vertentes têm em comum: a) produzir informações para tomada de decisão oportunas e promover a saúde e o bem-estar da população; b) avaliar as condições de saúde segundo o paradigma do risco epidemiológico e/ou sanitário; c) analisar os condicionantes e os determinantes biológico, ambientais, sociais e econômicos do risco à saúde e do adoecimento humano.



A definição clássica de vigilância como campo de prática destinado a coleção sistemática de dados e informações sobre morbidade e mortalidade, com vista a analisar as tendências, magnitude e transcendência dos agravos na população, não é mais suficiente para dar conta do conjunto de objetos do que vem sendo denominado de “sistema de vigilância em saúde”. Por isso, considera-se necessário redefinir as práticas sanitárias, com a revisão dos *“sujeitos, dos objetos, meios de trabalho e das formas de organização dos processos de trabalho envolvidos.”*<sup>xiii</sup>

Daí a importância de situarmos o debate no contexto da organização do SUS, tratando de buscar respostas para algumas das questões que estão em pauta, entre as quais destacam-se: a) acessibilidade e as ações de vigilância nas redes de atenção; b) vigilância em saúde e modelo de atenção; c) governança regional e integração das vigilâncias em saúde entre seus componentes e os demais níveis de atenção; d) saberes e práticas: educação profissional em vigilância em saúde como instrumento da superação da fragmentação institucional.

#### **Acessibilidade e as ações de vigilância em saúde**

Para a vigilância em saúde o acesso da população aos bens e serviços de saúde é uma condição essencial para o bem-estar e qualidade de vida. Importante, desde logo, esclarecer as dimensões operacionais que norteiam o acesso aos bens e serviços de saúde. Resumidamente o acesso a saúde compreende quatro dimensões interdependentes: disponibilidade, aceitabilidade, capacidade de pagamento e informação. A disponibilidade está diretamente relacionada a capacidade instalada da rede de atenção, se abrange os três níveis de complexidade da atenção – atenção básica, média e alta complexidade – e se sua composição expressa equidade ou desigualdade no acesso à saúde, levando-se em conta o modelo de produção e as condições de vida da população. A aceitabilidade diz respeito a natureza dos serviços que são ofertados e o modo como são percebidos pelos usuários ou pela comunidade. A capacidade de pagamento refere-se às diferentes modalidades de financiamento do sistema de saúde e, por fim, a informação, elemento chave do campo de prática da vigilância, pois é por meio dela que se estabelece o processo de comunicação do sistema de saúde com o usuário no território e é também por onde são gerados os dados da situação de saúde e das condições de acesso para a tomada de decisão.<sup>xiv</sup>

O acesso pode ser incrementado, quantitativa e qualitativamente, pela integração das práticas e processos de trabalho dos componentes da vigilância em saúde entre si e pela integração da vigilância em saúde com os níveis de atenção à saúde no SUS, sendo fundamental a articulação com atenção básica e os demais níveis de atenção. A vigilância em saúde opera de forma descentralizada, matricial e transversal nos diferentes níveis de atenção do SUS, conforme o arcabouço normativo que a embasa, portarias 1172/2004 e a 3252/2009.

#### **Necessidade de buscar avançar na concepção do modelo de atenção à saúde.**

O modelo de atenção à saúde atualmente hegemônico não prioriza a promoção e proteção à saúde, componentes estratégicos da natureza da atuação da vigilância em

saúde. Essa situação se reflete também na fragmentação da vigilância em saúde, que muitas vezes atua de forma compartimentalizada e verticalizada.

*Os modelos hegemônicos atuais – o médico-assistencial, pautado na assistência médica e no hospital, e o modelo sanitarista, baseado em campanhas, programas e em ações de ‘vigilância epidemiológica’ e ‘sanitária’ – não conseguem mais responder à complexidade e diversidade dos problemas de saúde que circunscrevem o cidadão comum, no território onde mora e trabalha, nesse início de século.*

*A busca por modelos alternativos que, sem negar os anteriores, conjuguem as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde a outras formas de cuidado voltadas para qualidade de vida das coletividades, incorporando atores sociais antes excluídos do processo de produção da saúde, é estratégia para superar o ciclo biologicista, antropocêntrico, medicalizante e iatrogênico em que se encontra o sistema de saúde há quase um século.<sup>xv</sup>*

As constatações acima se aplicam a realidade atual do SUS e, portanto, mudanças são necessários no modelo de atenção vigente, daí importância da organização das redes de atenção a partir de uma compreensão dos condicionantes de saúde no território e do papel do controle social para que se alcance a integralidade do cuidado em todos os níveis da atenção.

O documento “**DIRETRIZES NACIONAIS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE – 2006**”, redigido a partir da pergunta “**Como buscamos a integralidade da vigilância com a atenção à saúde?**”, apresenta um conjunto de diretrizes com o objetivo de direcionar o SUS para essa visão de integração com a Atenção Básica, considerada como eixo fundamental para a atuação da Vigilância em Saúde.

*“A Vigilância em Saúde, visando a integralidade do cuidado, deve inserir-se na construção das redes de atenção à saúde, coordenadas pela Atenção Primária à Saúde.*

*A integração entre a Vigilância em Saúde e a Atenção Primária à Saúde é condição obrigatória para a construção da integralidade na atenção e para o alcance dos resultados, com desenvolvimento de um processo de trabalho condizente com a realidade local, que preserve as especificidades dos setores e compartilhe suas tecnologias...”*

Por sua vez o MANUAL DE GESTÃO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE, editado pela SVS/MS em 2009, reforça o aspecto da integração entre os componentes da Vigilância em Saúde, ampliando o seu escopo, na medida em que afirma que “a vigilância em saúde deve estar cotidianamente inserida em todos os níveis de atenção da saúde”.

**A governança regional para o acesso e à integração da vigilância em saúde entre os seus componentes e entre os demais níveis de atenção à saúde.**

A definição do processo de regionalização do SUS foi consolidada com a edição do Decreto 7508/2011, que *“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.”*

O referido Decreto define Região de Saúde como *“espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde.”*

Ações e serviços de vigilância em saúde são inseridos como condição indispensável para a instituição de uma Região de Saúde, ao lado de atenção básica, urgência e emergência, atenção psicossocial e atenção ambulatorial especializada e hospitalar. A produção de informações de base local é uma condição *sine qua non* para a organização das redes de atenção regionalizadas e a vigilância tem um papel relevante nesse processo, pois detém o conhecimento sobre os determinantes e condições de saúde e com isso pode subsidiar as decisões relativas a regionalização, dimensionamento da rede e contribuir com dados epidemiológicos para as linhas de cuidado. A governança regional do sistema de saúde é um dos desafios que se apresenta para o processo de superação da fragmentação da vigilância em saúde e, ao mesmo tempo, é necessário se pensar em mecanismos de governança que promovam maior integração e coordenação do sistema.

#### **A Educação Profissional em Vigilância em Saúde como instrumento da superação da fragmentação institucional**

O texto abaixo chama a consideração da importância fundamental de uma revisão crítica do processo de educação e formação profissional na área da vigilância em saúde para que o processo de integração se efetive, superando a visão fragmentada e departamentalizada hoje dominante.

*A constituição e a consolidação próprias de cada uma das estruturas operacionais da ‘vigilância em saúde’ (epidemiológica, sanitária, saúde do trabalhador e ambiental) têm como legado a fragmentação institucional das ações e dos processos formativos. Quando organizadas em bases de conhecimentos e de práticas aparentemente independentes, as ‘vigilâncias’ desperdiçam um extraordinário potencial analítico e de intervenção sobre os condicionantes da produção social de saúde e doença.*

*Do mesmo modo, é importante adotar como referência para o projeto educativo o conceito de prática de saúde, o que significa privilegiar, num primeiro momento, as dimensões objetivas do processo de trabalho (objetos, meios e atividades), valorizando as relações técnicas e sociais que permeiam tais práticas assim como os aspectos simbólicos e as representações embutidas na interação dos agentes entre si, destes com segmentos da população e de ambos com as organizações e instituições (Paim & Almeida Filho, 2000).*

*Se o propósito for transformar as práticas de saúde mediante a redefinição de políticas e a reorganização dos processos de trabalho, não se pode subestimar a questão pedagógica. Cumpre assim aproveitar as oportunidades de mudança no modo de produção desses agentes, surgidas na conjuntura, buscando constituir novos sujeitos-agentes ético-políticos.*<sup>xvi</sup>

Essa maneira de colocar o problema da formação está em conformidade com os anseios do conjunto da sociedade, pois entende que as mudanças requeridas no modelo de atenção e nas práticas dará maior consistência ao sistema de saúde, assegurando assim o pleno direito a saúde a todos os brasileiros.

### **A importância da integração da vigilância em saúde com os laboratórios de saúde pública**

É importante salientar o papel dos laboratórios de saúde pública na materialização das ações da vigilância em saúde, na medida em que viabilizam padrões técnicos e científicos indispensáveis à comprovação de situações da realidade da saúde pública e à fundamentação de políticas adequadas ao enfrentamento dos problemas constatados nos territórios.

A Portaria 2031/2004, criou o Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública – SISLAB. A existência de uma rede laboratorial para a vigilância em saúde é estratégica e requer uma estrutura hierarquizada de sub-redes com graus de complexidade distintas, pois além de fornecer apoio ao diagnóstico, estes serviços manuseiam agentes patogênicos que exigem controle e segurança.

Os laboratórios têm a função de monitorar, acompanhar e validar o uso de tecnologias de diagnóstico rápido em toda a rede de atenção, assim como fornece suporte para a formação e capacitação de profissionais.

Na composição da rede de atenção os laboratórios de saúde pública são transversais aos três níveis de atenção e podem constituir sítios sentinelas para o monitoramento de alguns agravos de relevância em saúde pública.

É preciso superar a situação de que os laboratórios de saúde pública respondam as demandas laboratoriais de monitoramento clínico do cuidado integral. Sua função é de atuar como suporte estratégico para responder a situações de saúde pública e prover os meios necessários para validação e incorporação de tecnologias inovadoras na área de diagnóstico.

É também necessário aprimorar a rede nacional de laboratórios de referência no sentido de que as demandas sejam atendidas oportunamente. O recente episódio do surto de febre amarela evidenciou a necessidade de fortalecer a capacidade instalada no país, bem como o estabelecimento de protocolos e fluxos que possibilitem com que os entes gestores do SUS obtenham os resultados em tempo oportuno para adequada tomada de decisão.

### **Necessidades contemporâneas da Vigilância em Saúde**

O quadro sanitário do país, caracterizado pelas transições epidemiológica, demográfica e nutricional impõe novos desafios para além do conjunto de prioridades hoje definidas pela vigilância em saúde.

É imperativo que os agravos mentais, reconhecidos hoje enquanto o maior desafio global da saúde no Século XXI, passem a ser objeto central de atenção e ação da vigilância em saúde, vis a vis ao fortalecimento da rede de atenção psicossocial, no contexto da Política Nacional de Saúde Mental.

A transição nutricional é um grande desafio à saúde pública contemporânea. A má nutrição, antes fortemente marcada pela desnutrição, revela-se hoje predominantemente pela epidemia de obesidade infanto-juvenil a qual está associada a diversos fatores de risco e de co-morbididades que necessitam de redobrada atenção e no desencadeamento de ações de vigilância voltadas à prevenção.

O desenvolvimento tecnológico está associado a riscos à saúde. A expansão da nanotecnologia, da química fina e dos organismos geneticamente modificados devem ser objeto prioritário da regulação e da vigilância em saúde.

O atual modelo de controle de vetores transmissores de doenças, que tem como lógica o vetor enquanto problema e baseado em intervenções dependentes do uso de agrotóxicos não tem se mostrado eficaz. É necessário conceber um modelo que atue sobre as causas que geram a proliferação dos vetores, que articule políticas públicas de saneamento e infraestrutura e que possibilite protagonismo à sociedade para identificar intervenções sustentadas.

#### **Perguntas:**

A partir dos problemas identificados no território, que estratégias podem gerar ações integradoras das vigilâncias?

Como assegurar ações intersetoriais, com participação da comunidade, nas ações de vigilância desenvolvidas no território?

Que alternativas sustentáveis são viáveis para superar o modelo químico-dependente de controle de vetores e seus agravos?

Que alternativas sustentáveis são viáveis para superação do atual modelo nutricional inadequado?

#### Subeixo IV

### VIGILÂNCIA EM SAÚDE PARTICIPATIVA E DEMOCRÁTICA PARA ENFRENTAMENTO DAS INIQUIDADES SOCIAIS EM SAÚDE

O debate sobre Vigilância em Saúde favorece discutir formas de como combinar, da maneira mais integrada possível, os meios e as políticas públicas existentes para promover um novo padrão de saúde entendido também como qualidade de vida, bem como soluções para resolver problemas de saúde das pessoas e das coletividades.

Este propósito remete aos participantes da 1ª CNVS a tarefa de pensar propostas menos parciais para os problemas e necessidades de saúde de pessoas e coletividades. Trata-se de uma tarefa desafiadora, considerando que o sistema de vigilância em saúde foi construído majoritariamente por um corpo técnico-científico e político-institucional, que devido ao saber e práticas doutrinárias anteriores descolou-se e inviabilizou a participação popular.

Partindo da compreensão de que:

- a) A saúde da população é resultante da forma que a sociedade se organiza em suas dimensões econômica, social, política, ambiental e cultural;
- b) O atual contexto político-econômico-social-ambiental e sanitário do país indicam a deterioração ou ameaça aos meios de reprodução da vida social<sup>4</sup>;
- c) A Vigilância em Saúde é importante ordenadora das ações de promoção e de proteção da saúde;
- d) A participação da comunidade e a gestão participativa são princípios estruturantes do Sistema Único de Saúde em todos os níveis, ações e serviços de saúde;
- e) Uma política nacional de VS deve estar alinhada com as demais políticas específicas no âmbito do SUS, com destaque as políticas de equidade;

O Conselho Nacional de Saúde propõe que a 1ª CNVS seja assumida pelo controle social como uma oportunidade histórica para analisar – de forma contextualizada, territorializada e participativa - os modos de intervenção em saúde na vida social e nos processos de trabalho do povo brasileiro; sendo o propósito maior desta conferência o debate e a construção democrática de propostas para formulação de uma política nacional de vigilância em saúde.

Este debate propositivo passa pelo desafio de pensar saídas para superar os dilemas da Vigilância em Saúde no âmbito do SUS; mas também de superar os dilemas

---

<sup>4</sup> riscos ambientais: vetores, água (consumo e mananciais hídricos), esgoto, lixo (doméstico, industrial), poluição do ar, do solo e de recursos hídricos, transporte de produtos perigosos, etc. b) riscos ocupacionais: processo de produção, substâncias, intensidade, ritmo e ambientes de trabalho; c) riscos sociais: transporte, alimentos, substâncias psicoativas, violências, grupos vulneráveis, necessidades básicas insatisfeitas, etc.; d) riscos iatrogênicos: medicamentos, infecções hospitalares, sangue e hemoderivados, radiações ionizantes, tecnologias médico-sanitárias, procedimentos e serviços de saúde; e) riscos institucionais: creches, escolas, clubes, hotéis, motéis, portos, aeroportos, fronteiras, estações ferroviárias e rodoviárias, etc.(Paim & Teixeira, 1993).

relacionados à dicotomia entre vigilância em saúde e participação comunitária, ou mesmo a dicotomia entre o conhecimento técnico-científico e políticos-institucionais frente aos saberes e práticas populares. Essas limitações dificultam a construção de soluções para enfrentamento das iniquidades em saúde.

Promover equidade em saúde requer compromisso com o imperativo ético-político de superação das desigualdades e das injustiças sociais, dimensões intrínsecas ao respeito às diferenças e às diversidades de pessoas e grupos sociais, como fundamentam as políticas de equidade<sup>5</sup> no SUS. Em outras palavras, respeito e cumprimento aos direitos humanos, à justiça social e à superação das desigualdades sociais.

As soluções para enfrentamento das iniquidades em saúde devem ser pensadas para além dos muros do setor saúde. Estas vem sendo engendradas na sociedade a partir de experiências de sociais, e envolvem indivíduos, grupos e movimentos sociais<sup>6</sup> que buscam superar o histórico de exclusão e de estigmas sociais. Desde o final da década de 1980 que esses movimentos se inspiraram na radicalização da democracia, propuseram mudanças que passam pela democratização da sociedade, do Estado, dos seus aparelhos, burocracias e práticas, implicando, sobremaneira, na reorganização das práticas de saúde. As experiências de enfrentamento à epidemia da AIDS, da Rede Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora e dos Comitês de Mortalidade Materna representam importantes marcos político-institucionais do que deve vir a ser uma vigilância de base comunitária, democrática e participativa para enfrentamento das iniquidades.

Nessa perspectiva, cabe à 1ª CNVS a tarefa de propor um conjunto articulado de intervenções sociais, econômicas e ambientais visando a *redução de riscos e agravos em saúde*, contribuindo para repensar o modelo de desenvolvimento social e econômico e o modelo de atenção à saúde ainda hegemônicos no país.

Pensar cidades saudáveis – ou mesmo territórios saudáveis e sustentáveis - é uma agenda que deve ser levada em conta quando da construção de uma política nacional de Vigilância em Saúde. Este debate ganhou envergadura por ocasião da realização da 1ª Conferência Nacional de Saúde Ambiental promovida em 2009<sup>7</sup>. Estas agendas ajudam a pensar o papel da VS para além dos muros do SUS. Implicam ainda debater uma nova concepção de gestão governamental, *que inclui a promoção da*

---

<sup>5</sup> Políticas de Equidade do SUS tem relação direta com os conceitos de igualdade e de justiça social. No âmbito do SUS, se evidencia, por exemplo, no atendimento aos indivíduos de acordo com suas necessidades. O princípio da equidade norteia as políticas de saúde, reconhecendo as necessidades de grupos específicos e atuando para reduzir o impacto dos determinantes sociais da saúde aos quais estão submetidos. [www.pensesus.fiocruz.br/equidade](http://www.pensesus.fiocruz.br/equidade)

<sup>6</sup> No Brasil existem políticas e programas de saúde em acordo com a pluralidade da população: trabalhador e trabalhadora, indígenas, mulheres, idosos, negros, do campo das florestas e das águas, LGBT, ciganos, pessoas em situação de rua, idosos, pessoas com deficiência e com patologias, dentre outros.

<sup>7</sup> 1ª CNSA promovida pelo Conselho Nacional de Saúde, Conselho Nacional das Cidades, Conselho Nacional do Meio Ambiente, Brasília/DF, 20\_\_\_\_

*cidadania e o envolvimento criativo de organizações “comunitárias” no planejamento e execução de ações intersetoriais dirigidas à melhoria das condições de vida e saúde, principalmente em áreas territoriais das grandes cidades [e áreas rurais<sup>8</sup>] onde se concentra a população exposta a uma concentração de riscos vinculados à precariedade das condições de vida, incluindo fatores econômicos, ambientais e culturais (Westphal, 1997; Malik, 1997, Keinert, 1997; Ferraz, 1999; RADIS, 2000 Apud PAIM, J. ).*

Reitera-se, portanto, que pensar uma política nacional de Vigilância em Saúde de forma participativa e democrática requer repensar o modelo de atenção à saúde, imbuída de novos sentidos e significados à cidadania e à democracia brasileiras.

#### Perguntas<sup>9</sup>:

- Quais alterações seriam necessárias nos modelos de atenção ou de intervenção em saúde para melhor identificar e superar as iniquidades, considerando as respostas às necessidades sociais em saúde de seu território?
- Em que situações deve-se assegurar a participação ativa da comunidade e do controle social nas ações e serviços da vigilância em saúde?
- Como desenvolver a estratégia da promoção em saúde e como lhe dar um alcance intersetorial efetivo enquanto motor de formulação de políticas públicas capazes de gerar um novo padrão de saúde qualidade de vida?
- Como organizar e integrar as ações de vigilância sanitária ao conjunto das intervenções do sistema de saúde, para proteger a qualidade de vida das pessoas e garantir a qualidade dos produtos, serviços e ambientes, fundamentais para o cuidado à saúde?
- Como garantir que as necessidades sociais definam os parâmetros operacionais do modelo assistencial, que por sua vez orientem as opções do modelo de gestão?
- Como os processos de educação permanente para o controle social podem contemplar a temática da vigilância em saúde e promover a participação popular?

---

<sup>i</sup> 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). Ciênc. saúde coletiva vol.13 no.3 Rio de Janeiro May/June 2008.

<sup>ii</sup> SANTOS, Wanderley Guilherme dos, Cidadania e Justiça: a política social na ordem brasileira, Rio de Janeiro, Ed. Campos, 1979, 138 p.

<sup>iii</sup> SANTOS, Boaventura de Sousa, organizador. Democratizar a democracia: os caminhos da democracia participativa - Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

<sup>8</sup> Inclusão da relatoria da 1ª CNVS.

<sup>9</sup> PAIM, J., 2001.



---

<sup>iv</sup> Lei n. 6259/75

<sup>v</sup> Decreto n. 78.231/76

<sup>vi</sup> Lei Orgânica da Saúde.

<sup>vii</sup> Decreto de Criação da FUNASA

<sup>viii</sup> Lei ...

<sup>ix</sup> Decreto ...

<sup>x</sup> Portaria GM/MS n. 1.399. Regulamentação da NOB 01/96, quanto as competências da União, Estados, Distrito Federal e Municípios na área de epidemiologia e de controle de doenças.

<sup>xi</sup> Fonseca, F. O ultraliberalismo e seus contendedores. Manuscrito.

<https://cbayton.files.wordpress.com/2006/09/teopol15.pdf>. Acessado em 10/05/2017.

<sup>xii</sup> *Dicionário De Educação Profissional Em Saúde – Verbetes – Fiocruz – Escola Politecnica De Saúde Joaquim Venancio – 2009 - Vigilância em Saúde - Maurício Monken e Carlos Batistella*

<sup>xiii</sup> *Dicionário De Educação Profissional Em Saúde – Verbetes – Fiocruz – Escola Politecnica De Saúde Joaquim Venancio – 2009 - Vigilância em Saúde - Maurício Monken e Carlos Batistella*

<sup>xiv</sup> Sanchez RM, Ciconelli RM. Conceitos de acesso à saúde. Revista Panamericana de Salud Publica. 2012;31(3):260–8

<sup>xv</sup> *Dicionário De Educação Profissional Em Saúde – Verbetes – Fiocruz – Escola Politecnica De Saúde Joaquim Venancio – 2009 - Vigilância em Saúde - Maurício Monken e Carlos Batistella*

<sup>xvi</sup> *Dicionário De Educação Profissional Em Saúde – Verbetes – Fiocruz – Escola Politecnica De Saúde Joaquim Venancio – 2009 - Vigilância em Saúde - Maurício Monken e Carlos Batistella*