

Ministério da Educação – MEC
Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES
Diretoria de Educação a Distância – DED
Universidade Aberta do Brasil – UAB
Programa Nacional de Formação em Administração Pública – PNAP
Especialização em Gestão em Saúde

GESTÃO DA VIGILÂNCIA À SAÚDE

Marismary Horsth De Seta
Lenice Gnocchi da Costa Reis
Elizabeth Vianna Delamarque



© 2010. Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC. Todos os direitos reservados.

A responsabilidade pelo conteúdo e imagens desta obra é do(s) respectivo(s) autor(es). O conteúdo desta obra foi licenciado temporária e gratuitamente para utilização no âmbito do Sistema Universidade Aberta do Brasil, através da UFSC. O leitor se compromete a utilizar o conteúdo desta obra para aprendizado pessoal, sendo que a reprodução e distribuição ficarão limitadas ao âmbito interno dos cursos. A citação desta obra em trabalhos acadêmicos e/ou profissionais poderá ser feita com indicação da fonte. A cópia desta obra sem autorização expressa ou com intuito de lucro constitui crime contra a propriedade intelectual, com sanções previstas no Código Penal, artigo 184, Parágrafos 1º ao 3º, sem prejuízo das sanções cíveis cabíveis à espécie.

D278g

De Seta, Marismary Horsth

Gestão da vigilância à saúde / Marismary Horsth De Seta, Lenice Gnocchi da Costa Reis, Elizabete Vianna Delamarque. – Florianópolis : Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília] : CAPES : UAB, 2010.

150p.

Inclui bibliografia

Especialização em Gestão em Saúde

ISBN: 978-85-7988-051-3

1. Vigilância epidemiológica. 2. Saúde pública – Administração. 3. Saúde e trabalho. 4. Promoção da saúde. 5. Vigilância sanitária. 6. Vigilância ambiental. 7. Educação a distância. I. Reis, Lenice Gnocchi da Costa. II. Delamarque, Elizabete Vianna. III. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Brasil). IV. Universidade Aberta do Brasil. V. Título.

CDU: 616-036.22

Catálogo na publicação por: Onélia Silva Guimarães CRB-14/071

PRESIDENTE DA REPÚBLICA

Luiz Inácio Lula da Silva

MINISTRO DA EDUCAÇÃO

Fernando Haddad

PRESIDENTE DA CAPES

Jorge Almeida Guimarães

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

REITOR

Alvaro Toubes Prata

VICE-REITOR

Carlos Alberto Justo da Silva

CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO

DIRETOR

Ricardo José de Araújo Oliveira

VICE-DIRETOR

Alexandre Marino Costa

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA ADMINISTRAÇÃO

CHEFE DO DEPARTAMENTO

Gilberto de Oliveira Moritz

SUBCHEFE DO DEPARTAMENTO

Rogério da Silva Nunes

SECRETARIA DE EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA

SECRETÁRIO DE EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA

Carlos Eduardo Bielschowsky

DIRETORIA DE EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA

DIRETOR DE EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA

Celso José da Costa

COORDENAÇÃO GERAL DE ARTICULAÇÃO ACADÊMICA

Nara Maria Pimentel

COORDENAÇÃO GERAL DE SUPERVISÃO E FOMENTO

Grace Tavares Vieira

COORDENAÇÃO GERAL DE INFRAESTRUTURA DE POLOS

Francisco das Chagas Miranda Silva

COORDENAÇÃO GERAL DE POLÍTICAS DE INFORMAÇÃO

Adi Balbinot Junior

COMISSÃO DE AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO – PNAP

Alexandre Marino Costa
Claudinê Jordão de Carvalho
Eliane Moreira Sá de Souza
Marcos Tanure Sanabio
Maria Aparecida da Silva
Marina Isabel de Almeida
Oreste Preti
Tatiane Michelin
Teresa Cristina Janes Carneiro

METODOLOGIA PARA EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA

Universidade Federal de Mato Grosso

COORDENAÇÃO TÉCNICA – DED

Soraya Matos de Vasconcelos
Tatiane Michelin
Tatiane Pacanaro Trinca

AUTORAS DO CONTEÚDO

Marismary Horsth De Seta
Lenice Gnocchi da Costa Reis
Elizabeth Vianna Delamarque

EQUIPE DE DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS DIDÁTICOS CAD/UFSC

Coordenador do Projeto
Alexandre Marino Costa

Coordenação de Produção de Recursos Didáticos
Denise Aparecida Bunn

Supervisão de Produção de Recursos Didáticos
Érika Alessandra Salmeron Silva

Designer Instrucional
Andreza Regina Lopes da Silva
Denise Aparecida Bunn

Auxiliar Administrativo
Stephany Kaori Yoshida

Capa
Alexandre Noronha

Projeto Gráfico e Editoração
Annye Cristiny Tessaro

Revisão Textual
Patricia Regina da Costa

PREFÁCIO

Os dois principais desafios da atualidade na área educacional do País são a qualificação dos professores que atuam nas escolas de educação básica e a qualificação do quadro funcional atuante na gestão do Estado brasileiro, nas várias instâncias administrativas. O Ministério da Educação (MEC) está enfrentando o primeiro desafio com o Plano Nacional de Formação de Professores, que tem como objetivo qualificar mais de 300.000 professores em exercício nas escolas de ensino fundamental e médio, sendo metade desse esforço realizado pelo Sistema Universidade Aberta do Brasil (UAB). Em relação ao segundo desafio, o MEC, por meio da UAB/CAPES, lança o Programa Nacional de Formação em Administração Pública (PNAP). Esse programa engloba um curso de bacharelado e três especializações (Gestão Pública, Gestão Pública Municipal e Gestão em Saúde) e visa colaborar com o esforço de qualificação dos gestores públicos brasileiros, com especial atenção no atendimento ao interior do País, através dos Polos da UAB.

O PNAP é um programa com características especiais. Em primeiro lugar, tal programa surgiu do esforço e da reflexão de uma rede composta pela Escola Nacional de Administração Pública (ENAP), pelo Ministério do Planejamento, pelo Ministério da Saúde, pelo Conselho Federal de Administração, pela Secretaria de Educação a Distância (SEED) e por mais de 20 instituições públicas de ensino superior (IPES), vinculadas à UAB, que colaboraram na elaboração do Projeto Político Pedagógico dos cursos. Em segundo lugar, este projeto será aplicado por todas as IPES e pretende manter um padrão de qualidade em todo o País, mas abrindo margem para

que cada Instituição, que ofertará os cursos, possa incluir assuntos em atendimento às diversidades econômicas e culturais de sua região.

Outro elemento importante é a construção coletiva do material didático. A UAB colocará à disposição das IPES um material didático mínimo de referência para todas as disciplinas obrigatórias e para algumas optativas. Esse material está sendo elaborado por profissionais experientes da área da Administração Pública de mais de 30 diferentes instituições, com apoio de equipe multidisciplinar. Por último, a produção coletiva antecipada dos materiais didáticos libera o corpo docente das IPES para uma dedicação maior ao processo de gestão acadêmica dos cursos; uniformiza um elevado patamar de qualidade para o material didático; e garante o desenvolvimento ininterrupto dos cursos, sem paralisações que sempre comprometem o entusiasmo dos alunos.

Por tudo isso, estamos seguros de que mais um importante passo em direção à democratização do ensino superior público e de qualidade está sendo dado, desta vez contribuindo também para a melhoria da gestão pública brasileira, compromisso deste governo.

Celso José da Costa
Diretor de Educação a Distância
Coordenador Nacional da UAB
CAPES-MEC

SUMÁRIO

Apresentação.....	9
-------------------	---

Unidade 1 – As vigilâncias do campo da saúde

Introdução.....	13
Os diferentes significados de “vigilância da/na/à/em saúde”.....	15
Uma síntese.....	21
O desigual desenvolvimento dos componentes da “vigilância da/na/à/em saúde”...	23
As definições das vigilância(S) em saúde e os seus conteúdos comuns.....	27
O conceito de risco e sua operacionalização pelas vigilâncias.....	32
A relação com a promoção da saúde: saúde como direito e intersectorialidade...	41
O processo de trabalho das vigilâncias do campo da saúde.....	51
As atividades e as finalidades do processo de trabalho.....	52
Os objetos e os sujeitos do trabalho.....	55
Os meios de trabalho.....	56
O processo investigativo.....	57

Unidade 2 – Estruturação e gestão dos sistemas nacionais das vigilâncias

Introdução.....	65
A estruturação das vigilâncias no plano nacional.....	66
Coerência com o que ocorre no plano internacional.....	66
Coerência com a organização federativa e com o SUS.....	68
Por que estruturação dos sistemas das vigilâncias e não das redes?.....	70

O Sistema Nacional de Vigilância em Saúde.....	74
O Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE).....	75
Subsistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental (SINVSA).....	78
O Financiamento do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde.....	90
Planejamento, monitoramento e avaliação.....	93
O Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS).....	94
A estruturação do SNVS e a descentralização da política.....	95
Planejamento, monitoramento e avaliação.....	104
Uma síntese: a vigilância sanitária no SUS.....	106

Unidade 3 – Cuidado em saúde e qualidade de vida: desafios para as vigilâncias

Introdução.....	115
Das contribuições, só para ficar nas vigilâncias.....	117
Dos desafios e perspectivas.....	120
Os potenciais conflitos decorrentes do que fazem e com o que lidam.....	120
Transformar as práticas das vigilâncias: articulação e controle social.....	123
A tomada de decisão com base na informação.....	125
Monitoramento e vigilância ativa para melhoria de produtos e serviços.....	127
A pesquisa e a produção de conhecimento.....	129
O financiamento em busca da equidade.....	130
A implantação de rede de laboratório para qualificar as ações.....	131
Estruturação e qualificação das equipes.....	133
Compartilhar responsabilidades para produzir mudança.....	134

Considerações finais	137
-----------------------------------	-----

Referências	139
--------------------------	-----

Minicurriculo	150
----------------------------	-----

APRESENTAÇÃO

Olá, caro estudante. Seja bem-vindo!

A partir de agora você irá iniciar a disciplina *Gestão da Vigilância à Saúde* no curso de Especialização em Gestão em Saúde, na modalidade a distância.

No contexto do curso essa disciplina objetiva enfrentar lacunas. De um lado, é frequente que a discussão sobre gestão da saúde seja centrada no componente da assistência e nos serviços assistenciais. Entretanto, ao gestor de um sistema local ou regional de saúde cabe responder também pelas ações de caráter coletivo, preventivas, de proteção e de promoção da saúde e, dentre essas, aquelas denominadas como “vigilâncias”. De outro, uma lacuna que é do próprio campo. Há alguns anos, parecia impensável que os coordenadores de vigilância atuassem como gestores. Sem o repasse regular e automático de recursos federais para estados e municípios e com a gestão de recursos humanos centralizada, como planejar o futuro e o que gerenciar?

Nesta disciplina se apresentam, reunidas sob a denominação “vigilâncias do campo da saúde”, quatro práticas que, integrando a saúde como responsabilidade setorial ou compartilhada com outros setores, contribuem para dar concretude ao componente setorial da Promoção da Saúde.

Na disciplina dividida em três unidades, são também abordados os principais conceitos e os aspectos comuns às

vigilâncias, mas também suas especificidades e os aspectos institucionais, bem como os desafios para sua gestão descentralizada. Para muitos desses desafios as respostas ainda estão sendo construídas.

Bons estudos!

*Professoras Marismary Horsth De Seta,
Lenice Gnocchi da Costa Reis e Elizabete Vianna Delamarque*

UNIDADE 1

AS VIGILÂNCIAS DO CAMPO DA SAÚDE

OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE APRENDIZAGEM

Ao finalizar esta Unidade, você deverá ser capaz de:

- ▶ Definir e discriminar (distinguir) as vigilâncias do campo da saúde;
- ▶ Compreender a historicidade das vigilâncias do campo da saúde, correlacionando recentes políticas de saúde e fatos sanitários com a organização das vigilâncias;
- ▶ Identificar a relação entre as vigilâncias e a Promoção da Saúde;
- ▶ Caracterizar a organização das vigilâncias, no nível nacional, e compreender a necessidade de ação cooperativa; e
- ▶ Dominar os conceitos comuns a todas as vigilâncias (risco, intersetorialidade e território) e as formas de operacionalização desses conceitos.

INTRODUÇÃO

Caro estudante,

Nesta Unidade abordaremos as vigilâncias epidemiológica, sanitária, em saúde do trabalhador e ambiental, a partir do ponto de vista das suas definições legais – já que, pelo menos, três delas figuram na Constituição Federal de 1988 como competências do Sistema Único de Saúde (SUS) – veremos o que elas têm em comum – inclusive o risco como conceito fundamental a ser operacionalizado – o que as diferenciam e a caracterização e os componentes dos seus processos de trabalho. Essas vigilâncias serão tratadas assim, plurais, ao mesmo tempo em que apontaremos as tendências para sua organização no SUS. A ênfase não será nas suas estruturas, mas no conteúdo das práticas de algumas ações necessárias – também porque elas são um direito da cidadania – e da natureza do trabalho a realizar. Para facilitar seus estudos, recomendamos que suas reflexões e conclusões sejam registradas, pois elas poderão orientá-lo na realização das atividades, nos contatos com o tutor e nos debates com seus colegas nos fóruns.

Enfim, reiteramos o desejo de que você tenha força de vontade, disciplina e organização para aproveitar ao máximo esta oportunidade. Em caso de dúvidas, não hesite em perguntar.

Boa leitura!

Fique atento(a):

Em 22 de dezembro de 2009, o Ministério da Saúde (MS) publicou a Portaria GM 3.252 que define os componentes da vigilância em saúde como sendo:

- I – vigilância epidemiológica;
- II – promoção da saúde;
- III – vigilância da situação de saúde;
- IV – vigilância em saúde ambiental;
- V – vigilância da saúde do trabalhador;
- VI – vigilância sanitária.

O conteúdo dessa Portaria informa a organização da próxima Unidade de Aprendizagem (UA), que trata dos sistemas nacionais das vigilâncias. Mas, é preciso atentar que não se pode tomar a Política de Promoção da Saúde do Ministério da Saúde como sendo o Enfoque da Promoção da Saúde. A Promoção da Saúde, como enfoque, é efetivada por vários setores governamentais, além da Saúde. Por exemplo, o Ministério se preocupa com mortes e acidentes graves de trânsito e propõe a Lei Seca, mas a repressão ao ato de dirigir tendo ingerido bebida alcoólica não cabe à Saúde. Outro exemplo poderia ser a análise da situação da saúde, uma das aplicações da Epidemiologia, ser reduzida à “vigilância da situação de saúde”, termo que parece ter sido criado com essa Portaria.

Qual das vigilâncias você mais conhece? Por que neste texto usamos o termo “vigilâncias do campo da saúde” ou “vigilância(S) em saúde”, assim, no plural? Não poderia ser só no singular?

Para denominarmos o conjunto de práticas discutidas nesta disciplina não serão utilizadas as expressões “vigilância em saúde”, “vigilância da saúde” ou mesmo “vigilância à saúde”, embora esse seja o título da nossa disciplina. Vamos tratá-las no plural. Essa



opção, que adotamos para alcançar maior clareza, baseia-se no reconhecimento da existência de diferentes significados para “vigilância da/na/à/em saúde” e da ocorrência de desenvolvimento desigual de cada uma das vigilâncias do campo da saúde, que serão abordadas a seguir

OS DIFERENTES SIGNIFICADOS DE VIGILÂNCIA DA/NA/À/EM SAÚDE

Esses diferentes significados podem se apresentar de maneira diversa na realidade concreta do SUS, em suas práticas e em seu arcabouço institucional. Neste último, inclusive, dependendo da esfera de governo de que estamos falando, a diversidade pode ser ainda maior...

Há uma polêmica sobre o significado de “vigilância da/na/à/em saúde”, que se evidencia na leitura de vários autores. Albuquerque, Carvalho e Lima (2002) afirmam que os termos “vigilância à saúde”, “vigilância em saúde” e “vigilância da saúde” vêm sendo amplamente citados na literatura no país sem que haja uma definição “instituída” dos seus objetos ou uma conceituação que seja remetida à prática. Nesse mesmo sentido, Teixeira e Pinto (1993, p. 6) já chamavam a atenção de que o termo “vigilância à saúde” representa um “imenso guarda-chuva” que busca articular “práticas dispersas e heterogêneas em saúde coletiva”, desde as assistenciais até as dirigidas para a prevenção.

Com a ampliação da vigilância epidemiológica abarcando, além das doenças transmissíveis, as não transmissíveis e os fatores de risco, o termo “vigilância em saúde” ou “vigilância em saúde pública” tem enfatizado o trabalho com os sistemas de informação. Mas, para Mendes (1993), a vigilância à saúde não se resume em ação de produção de informação; é principalmente intervenção sobre os fatores que determinam e condicionam problemas de

Vigilância em saúde pública é o nome proposto para a vigilância epidemiológica no final dos anos de 1980. Sobre isso, Waldman (1998a) afirma que essa mudança de denominação não implicou nova abordagem ou grandes modificações conceituais ou operacionais da vigilância no Brasil, porque a mudança se dera em anos anteriores.

**Saiba mais****vigilância em saúde pública**

Quer saber mais sobre vigilância em saúde pública? Leia os seguintes textos “Projeto de análise de informação para tuberculose”, de Natal e Elias (2000); “Usos da vigilância e da monitorização em saúde pública”, de Waldman (1998a). Esses textos estão disponíveis em <www.scielo.br>.

enfrentamento contínuo, que incorpora, também, ações de caráter individual.

Teixeira, Paim e Vilasboas (1998) reconhecem especificidades nas vigilâncias epidemiológica e sanitária que justificam a existência de cada uma delas do ponto de vista técnico-operacional e afirmam que a epidemiológica obedece a “uma racionalidade técnico-sanitária fundada na clínica e na epidemiologia”, enquanto que a vigilância sanitária obedece a “uma racionalidade político-jurídica, fundada nas normas que regulamentam a produção, distribuição e consumo de bens e serviços”. Apesar dos autores não considerarem a diversidade de portes, problemas, realidades e de riscos à saúde que os Municípios apresentam, Teixeira, Paim e Vilasboas (1998) defendem que, no âmbito municipal, não se justifica a institucionalização em separado dessas duas vigilâncias. Vale ressaltar que as definições de vigilância sanitária e de vigilância epidemiológica serão abordadas na seção **As definições das vigilância(S) em saúde e os seus conteúdos comuns** desta Unidade de aprendizagem.

Em sua opinião, uma Metrópole e um pequeno Município podem ter o mesmo modelo organizacional e funcional para as vigilâncias do campo da saúde?

Teixeira, Paim e Vilasboas (1998) sistematizam em três vertentes o que chamam de “vigilância da saúde”, descritas a seguir.

- ▶ **Vigilância da saúde equivalente à “análise de situações de saúde”**: caracterizada pela ampliação dos objetos da vigilância epidemiológica tradicional (doenças transmissíveis), essa vigilância contribui para um planejamento de saúde mais abrangente. A ampliação dos objetos abarca as investigações;



montagem de bases de dados sobre outros agravos (mortalidade infantil e materna, doenças crônicas, acidentes e violência etc.); e aspectos relativos à organização e produção dos serviços de saúde.

Alguns autores situam a análise de situação de saúde como uma das quatro áreas de aplicação da epidemiologia nos serviços de saúde, sendo as demais a identificação de perfis e fatores de risco, a avaliação epidemiológica de serviços de saúde e a chamada “vigilância em saúde pública” (WALDMAN, 1998b). Barcellos et al. (2002, p. 130), entretanto, afirmam que “a análise de situações de saúde corresponde a uma vertente da vigilância da saúde que prioriza a análise da saúde de grupos populacionais definidos em função de suas condições de vida”, condições que abrangem também as condições de saúde e de acesso aos serviços de saúde.

- ▶ **Vigilância da saúde como proposta de integração institucional entre a vigilância epidemiológica e a vigilância sanitária:** concretizou-se mediante reformas administrativas, com a criação de Departamentos de Vigilância da Saúde ou órgãos similares, inicialmente nas secretarias estaduais de saúde, na primeira metade da década de 1990.
- ▶ **Vigilância da saúde como uma proposta de redefinição das práticas sanitárias:** é um novo modelo assistencial dotado de algumas características básicas: intervenção sobre problemas de saúde; ênfase em problemas que requerem atenção e acompanhamento contínuos; articulação entre ações preventivas e de

promoção; atuação intersetorial e sobre o território; intervenção sob a forma de operações. Em resumo, nesta concepção a vigilância representa a possibilidade, ainda não concretizada, de organizar processos de trabalho em saúde em um território delimitado para enfrentar problemas por meio de operações montadas em diferentes períodos do processo saúde-doença. Além disso, essa vertente aponta a necessidade de mudança do processo de trabalho com a incorporação de outros sujeitos, gerentes de serviços, técnicos e representantes de grupos organizados da população.

A existência dessas três diferentes vertentes, como resultado de diversas formulações e de experiências práticas também diversas, faz com que, ao falarmos em “vigilância da saúde”, seja necessário perguntarmos: “Mas, de que vertente da vigilância da/na/à/em saúde você está falando?” Ou então “de que conjunto de ações você está falando?”

No senso comum, o termo “vigilância da saúde” é algumas vezes substituído mecanicamente por “vigilância em saúde”, como se fossem sinônimos. Mesmo com essa relativa confusão, é importante realçar que, nesse sentido corrente, os dois termos carregam uma conotação positiva de possibilidade de ação mais articulada das vigilâncias.

Você considera que mudanças no nome do serviço ou no organograma podem resultar em renovação de práticas e tornar as ações menos fragmentadas? Por quê?

Outro ingrediente dessa polêmica é a diversidade das formas de divisão de atribuições entre as vigilâncias nos estados e nos municípios. Vejamos três pontos.

1. Na esfera federal de governo existe uma separação mais ou menos clara de atribuições e, mais clara ainda, de instituições em relação à vigilância sanitária – Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) – e à vigilância epidemiológica e ambiental em saúde que, desde 2007, passou a incorporar também a saúde do trabalhador – Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS). A gestão e a coordenação das ações relativas à Saúde do Trabalhador, na esfera federal, passaram para o âmbito da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), por meio da Portaria MS/GM n. 1.956, de 14 de agosto de 2007 (BRASIL, 2007b). Com a mudança, o que era uma área técnica de Saúde do Trabalhador saiu do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde.

Além das atribuições da coordenação dos sistemas nacionais e de alguns programas, a esfera federal tem algumas responsabilidades privativas, no caso das vigilâncias, como o **registro de produtos ou de medicamentos***. Cabe à Anvisa, em caráter jurídico-administrativo e técnico-científico, avaliar o cumprimento de critérios relacionados à eficácia, à segurança e à qualidade dos medicamentos. Outros exemplos de atribuições privativas da esfera federal são: o controle sanitário em portos, aeroportos e recintos alfandegados, no caso da vigilância sanitária; a elaboração de normas sobre: ações de prevenção e controle de fatores relacionados ao meio ambiente com repercussão na saúde humana; os limites de exposição humana a riscos químicos e físicos com repercussão na saúde humana, no caso da vigilância ambiental em saúde.

***Registro de medicamento** – é a inscrição obrigatória do produto, no órgão ou entidade competente, previamente à sua introdução no mercado, comercialização e uso. Fonte: Adaptado de Anvisa [s.d.].

2. Se, como dissemos no item anterior, há uma separação de atribuições entre a Anvisa e a SVS, isso parece ser diferente nos estados e, mais ainda, nos Municípios. Em grande parte deles, notadamente nos pequenos municípios, não existe separação de

funções e de equipes para o trabalho nas vigilâncias, independentemente do nome do serviço. Muitos têm uma só equipe ou mesmo apenas um profissional, que costuma ser responsável por todas as ações referentes às vigilâncias. Nesses Municípios, geralmente não são realizadas todas as ações das vigilâncias que poderiam caber a essa esfera de governo. Para isso concorrem: o predomínio de Municípios pequenos e muito pequenos, que sofrem com a escassez de profissionais disponíveis nas localidades; o início relativamente tardio do processo de descentralização das ações – em relação às ações assistenciais e ao cuidado – e a própria natureza do trabalho a realizar.

Até o final dos anos de 1990, muitos Municípios não tinham Secretaria de Saúde individualizada na estrutura da gestão municipal. Até recentemente, quando existia um serviço de vigilância organizado no município, ele era designado majoritariamente como de “vigilância sanitária”. Atualmente, com muita frequência, esse mesmo serviço tem sido denominado como “vigilância em saúde” ou “da vigilância da saúde”. Essa estruturação dos serviços das esferas de governo subnacionais à semelhança da esfera federal já fora apontada por Medeiros (1986 apud ABRUCIO, 1998), quando ele afirmou que a organização da esfera estadual mimetiza a da federal para facilitar o recebimento dos recursos financeiros e da cooperação técnica.

3. Outro fator é que as práticas e os respectivos subsistemas têm sido designados pelos mesmos nomes atribuídos aos serviços ou lugares institucionais organizados na esfera federal. Assim, as vigilâncias epidemiológica e ambiental crescentemente são designadas como “vigilância em saúde”, tomando por base a designação adotada para a Secretaria do Ministério da Saúde. De modo semelhante, já havia correspondência entre a prática

chamada de vigilância sanitária e o serviço da esfera federal, fosse ele a antiga Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária ou a atual Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

Os Estados brasileiros são diferentes uns dos outros, mas os Municípios são ainda muito mais heterogêneos entre si. E não é apenas em relação ao tamanho. O porte populacional é somente um aspecto da heterogeneidade municipal; a ele se acrescentam os aspectos que decorrem das acentuadas desigualdades regionais, de tal maneira que dois municípios de mesmo porte situados em diferentes regiões podem apresentar características, estruturas, capacidades e infraestrutura diversas.

Como se organizam as vigilâncias em seu Município? Procure saber quantos profissionais estão envolvidos com as atividades dessas áreas. Anote o resultado de sua reflexão para, se for o caso, compartilhar com seu tutor.

UMA SÍNTESE

Para tratar da distribuição das atribuições e da organização das vigilâncias, no nível deste curso, é necessário remeter as discussões para o conteúdo das práticas, das ações necessárias e da natureza do trabalho a realizar. Mesmo considerando que dada estrutura contribui para certo desempenho, devemos tentar ser menos prescritivos sobre que formato de estrutura organizacional é desejável, e menos afirmativos sobre o potencial de transformação das práticas em função da adoção de uma estrutura organizacional ou de sua denominação. Recorremos, assim, ao estágio atual das

abordagens administrativas que recomendam que não haja uma única melhor maneira de se organizar e que “tudo depende...”

Neste texto, o uso do termo “vigilâncias do campo da saúde”, ou “vigilância(S) em saúde” respalda-se no reconhecimento de que todas as vigilâncias se valem de métodos e de aportes de diversas disciplinas científicas, e não de um único método. As vigilâncias também usam conceitos comuns, no entanto, fazem deles um uso diferenciado. Assim, reforça-se a necessidade de diálogo e de construção de pontes entre as vigilâncias, se o que se quer é a melhoria da qualidade de vida e saúde da população.

O DESIGUAL DESENVOLVIMENTO DOS COMPONENTES DA “VIGILÂNCIA DA/NA/À/EM SAÚDE”

As vigilâncias do campo da saúde, no Brasil, não se constituíram de forma linear no sistema de saúde, pois seu desenvolvimento foi desigual no tempo e em cada contexto.

Você sabia que as bases para a construção das vigilâncias do campo da saúde encontram-se no artigo 200 da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 2000) e na Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990)? E que dos oito incisos do artigo 200, apenas dois não se encontram compreendidos no escopo de atuação das vigilâncias do campo da saúde? Vamos a eles!

A Constituição Federal (BRASIL, 2000) define que, sem prejuízo dos “serviços assistenciais”, deve ser conferida prioridade às atividades preventivas (inciso II, art. 198, CF de 1988), em cujo escopo estão incluídas as vigilâncias. O artigo 200 estabelece as competências para o Sistema Único de Saúde, tal como transcrito a seguir:

I – controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção

de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

II – executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

III – ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;

IV – participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;

V – incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;

VI – fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;

VII – participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

VIII – colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho (BRASIL, 2000, art. 200).

Com a leitura desse artigo você percebeu uma gradação de responsabilidades entre ações a serem diretamente executadas e outras para as quais o SUS deve participar e/ou colaborar? Em que isso implica no desenvolvimento do SUS?

Essa gradação significa o reconhecimento, em último caso, de corresponsabilidade pelo setor saúde em atribuições que, na estrutura do Estado brasileiro, encontram-se sob a responsabilidade de outros órgãos governamentais.

Assim, legalmente ao setor saúde cabia a execução das vigilâncias sanitária e epidemiológica, mas apenas para participar ou colaborar em ações de responsabilidade mais direta de outros setores governamentais (saneamento

básico, controle das substâncias tóxicas e radioativas, meio ambiente, ambiente de trabalho). Tal gradação provavelmente contribuiu para o desenvolvimento desigual das vigilâncias, tanto no aspecto institucional quanto conceitual no âmbito da saúde.

Nesse ponto, um exemplo focado em um componente mais recentemente introduzido das vigilâncias do campo da saúde, o referente ao ambiente.

O tema ambiente entrou na agenda política e científica global na década de 1990, tendo como marco a Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento Humano, mais conhecida como Rio-92, que gerou a **Agenda 21***.

No plano internacional, no final dos anos de 1990, nos países industrializados, consolidaram-se as propostas de “vigilância ambiental em saúde pública” (THACKER et al., 1996) e de “vigilância em saúde pública” (LEVY, 1996). Essas propostas, segundo Freitas e Freitas (2005), continham pelos menos três elementos que deveriam estar integrados, esses elementos são:

- ▶ a vigilância de efeitos sobre a saúde, como agravos e doenças, tarefa tradicionalmente realizada pela vigilância epidemiológica;
- ▶ a vigilância de perigos, como agentes químicos, físicos e biológicos que possam ocasionar doenças e agravos, tarefa tradicionalmente realizada pela vigilância sanitária; e
- ▶ a vigilância de exposições, pelo monitoramento da exposição de indivíduos ou grupos populacionais a um agente ambiental ou seus efeitos clinicamente ainda não aparentes (subclínicos ou pré-clínicos), desafio para a estruturação da vigilância ambiental.

***Agenda 21** – contém um roteiro de ações com previsão de metas, recursos e responsabilidades definidas para alcançar o desenvolvimento sustentável no Século XXI. Na Cúpula Mundial sobre Desenvolvimento Sustentável (“Rio + 10”), realizada em Johannesburgo, África do Sul, em 2002, constataram-se poucos avanços ou mesmo retrocessos em relação à Agenda 21. Fonte: adaptado de Freitas (2005).

No final dos anos de 1990, sob a influência dessas propostas de vigilância ambiental em saúde e de vigilância em saúde pública, com financiamento do Banco Mundial, iniciou-se no Brasil, com o projeto VIGISUS de estruturação do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde a institucionalização do tema ambiente no setor saúde em caráter sistêmico.

*Cenepi – criado em 1990, na Fundação Nacional de Saúde (Funasa), objetivava dirigir as ações de epidemiologia no âmbito do Ministério da Saúde e articular a atuação das secretarias estaduais nesse campo. Em 2003, o Cenepi foi extinto, dando lugar à Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde. Fonte: Brasil (2003).

No âmbito do Ministério da Saúde, a Vigilância Ambiental em Saúde foi incorporada ao extinto Centro Nacional de Epidemiologia (**Cenepi***) que, em maio de 2000, tornou-se responsável pela gestão do Sistema Nacional de Vigilância Ambiental em Saúde (SINVAS). A partir de 2005, esse Sistema passou a ter a sigla SINVSA (Sistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental).

AS DEFINIÇÕES DAS VIGILÂNCIA(S) EM SAÚDE E OS SEUS CONTEÚDOS COMUNS

As definições legais das vigilâncias do campo da saúde são encontradas em dispositivos normativos de naturezas diversas. Um aspecto comum a todas as definições das “vigilâncias” é que elas compreendem um conjunto de ações ou de atividades e que todas realizam investigações.

Na Lei n. 8.080 (BRASIL, 1990) encontramos as definições de vigilância sanitária, epidemiológica e, em relação à vigilância em saúde do trabalhador, é a própria área de saúde do trabalhador que é definida, abrangendo ações assistenciais, de vigilância epidemiológica e sanitária, desenvolvimento de estudos e revisão normativa. Vamos às definições da Lei n. 8.080/90.



Saiba mais

Para conhecer a lista de laboratórios de saúde pública que realizam análises de interesses das vigilâncias siga o *link* <http://www.anvisa.gov.br/toxicologia/estrutura/lab_saude.htm> e leia o artigo de Santos, Pereira e Silva (2008) “Gestão da qualidade nos Laboratórios Centrais de Saúde Pública e o modelo de controle de qualidade analítica da malária”, disponível também em: <www.scielo.br>.

Entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo: I – o controle de bens de consumo que direta ou indiretamente se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas

Sobre a enumeração contida na definição da área de saúde do trabalhador consulte os incisos de I a VII do parágrafo 3º, art. 6º, da Lei n. 8.080/90.

e processos, da produção ao consumo; e II – o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde (BRASIL, 1990, art. 6º, § 1º).

Entende-se por vigilância epidemiológica um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos (BRASIL, 1990, art. 6º, § 2º).

Entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho [...] (BRASIL, 1990, art. 6º, § 3º).

A Vigilância em Saúde do Trabalhador (Visat) é definida na Portaria MS/GM 3.120/98 como:

[...] uma atuação contínua e sistemática, ao longo do tempo, no sentido de detectar, conhecer, pesquisar e analisar os fatores determinantes e condicionantes dos agravos à saúde relacionados aos processos e ambientes de trabalho, em seus aspectos tecnológico, social, organizacional e epidemiológico, com a finalidade de planejar, executar e avaliar intervenções sobre esses aspectos, de forma a eliminá-los e controlá-los. (BRASIL, 1998a)

A Vigilância em Saúde Ambiental, de constituição recente, é definida em documentos do Ministério da Saúde como

[...] um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento e a detecção de mudança 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 à saúde (BRASIL, 2001; BRASIL, 2005c).


Veja agora aspectos comuns nas definições das vigilâncias que destacamos:

- ▶ *Assim como a saúde, devem ser pensadas mais amplamente dentro do contexto de desenvolvimento social, nas formas de organização do Estado e da sociedade para dar sustentabilidade aos modelos de desenvolvimento adotados, levando em consideração a complexidade do processo saúde-doença e a busca da melhoria das condições de vida das pessoas.*
- ▶ *São conjuntos de ações ou de atividades e lidam com riscos ou fatores determinantes e condicionantes de doenças e agravos.*
- ▶ *Na sua operacionalização, as quatro vigilâncias se referem a territórios delimitados.*
- ▶ *Assim como a saúde, em termos de política pública as vigilâncias têm um caráter intersetorial.*

*Para três delas – as vigilâncias sanitária, ambiental e em saúde do trabalhador – além do conceito de risco, comum às quatro vigilâncias, a **intersetorialidade** representa um dos pilares indispensáveis à efetividade de suas ações.*

O fato de terem aspectos comuns não significa que as quatro vigilâncias trabalhem da mesma forma:

- ▶ Nas definições anteriores há diferenças importantes quanto à forma de atuação, ou melhor, à possibilidade explícita de intervenção sobre a realidade ou de produção e utilização do conhecimento sobre essa realidade para instrumentalizar a intervenção.



Nesta mesma Unidade de Aprendizagem, mais adiante abordaremos a questão da intersetorialidade.

***Poder de polícia administrativa** – é uma atividade exclusiva da Administração Pública, que representa uma capacidade e também o dever de restringir ou condicionar as liberdades ou a propriedade individual, ajustando-as aos interesses da coletividade. Seu princípio básico é a supremacia do interesse público sobre o individual e sua atuação se expressa em regulamentar, fiscalizar e, quando cabível, punir. Fonte: elaborado pelas autoras.

- ▶ Na definição de vigilância sanitária está claro que o conjunto de ações deve ser **capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários**, podendo restringir direitos individuais para o bem da coletividade e defesa do interesse público. Essa capacidade de intervenção precisa ser potente, não é? E essa potência é decorrente do fato da vigilância sanitária ter **poder de polícia administrativa***.

Na vigilância sanitária, que detém poder de polícia administrativa no campo da saúde, esse poder incide sobre estabelecimentos (pessoas jurídicas), e não sobre as pessoas físicas. Pode ser exercido de forma preventiva, por exemplo, mediante a emissão de normas e de atividades de inspeção/fiscalização sanitária. Nas atividades de inspeção é necessário, se for alto o risco à saúde, interditar total ou parcialmente o estabelecimento, inutilizar o produto e, até aplicar multas, que se reverterem em lucros para os cofres públicos.

3. Na definição de vigilância epidemiológica, são privilegiados o conhecimento e a detecção de mudanças nos fatores determinantes ou condicionantes da saúde individual e coletiva. Nesse sentido, Teixeira, Paim e Vilasboas (1998, p. 12) sustentam que a tradução operacional da vigilância epidemiológica

[...] pretende ser uma ampla rede de unidades geradoras de dados que permitam a adoção de decisões e a execução de ações de investigação e controle.

A capacidade das vigilâncias é condicionada pelo conceito de risco com o qual cada uma trabalha; pela capacidade do serviço e seu grau de institucionalidade; pela sua articulação com as demais ações e instâncias do sistema de saúde, mas também fora dele. Nas

atividades sob responsabilidade de outros setores governamentais, ou seja, naquelas em que o poder de polícia administrativa está colocado em outros órgãos, particularmente nas questões relacionadas ao meio ambiente e à saúde do trabalhador, é fundamental a articulação com outros parceiros de outros setores, ou com a vigilância sanitária (articulação intrassetorial).

Por fim, deve ser observada a natureza diferenciada das vigilâncias em relação a outras atividades do campo da saúde, principalmente as voltadas para a assistência à saúde das pessoas. Sobre isso, De Seta (2007) afirma sobre a vigilância sanitária – e depois estende para a vigilância epidemiológica – que ela é um bem público dotado de alta **externalidade***. Isso significa que: seu consumo por parte do cidadão não gera custos adicionais e que todos podem dela se beneficiar; não deve ser exercida por particulares; e pela sua atuação ou omissão, existem efeitos – prejuízos ou benefícios – para outros que não os diretamente envolvidos.

Se todas as vigilâncias têm em comum o caráter de bem público, duas coisas diferenciam a sanitária das demais: seu poder de polícia administrativa no campo da saúde e o efeito econômico direto que sua regulação no campo da saúde acarreta.

Embora não atue todo o tempo exclusivamente com base no poder de polícia, é esse poder que assegura a efetiva capacidade de intervenção da vigilância sobre os problemas sanitários e possibilita uma atuação mais ampla sobre os interesses privados em benefício do interesse público. Para isso, seus modos de atuação compreendem atividades autorizativas (registro de produtos, licenciamento de estabelecimentos, autorização de funcionamento), normativas, de educação em saúde e de comunicação com a sociedade. Dos dois primeiros modos de atuação decorre seu caráter regulatório, de regulação social (e econômica) no campo da saúde (DE SETA, 2007).

***Externalidade** – conceito que tem origem na teoria econômica e representa uma das falhas de mercado, que torna necessária a regulação e pode ser positiva ou negativa, ocorre quando uma pessoa física ou jurídica sofre as consequências dessas falhas, sem ter participado da decisão que as causaram. Fonte: elaborado pelas autoras.

Você já viveu ou presenciou situações em que a vigilância sanitária exerceu esse seu poder de Estado, de polícia administrativa no campo da saúde? Ou situações em que ele deveria ter sido exercido e não foi (omissão)? Ou foi usado com exagero, indevidamente (abuso de poder)? Na condição de administrador, se possível, analise essas situações e registre suas reflexões.

O CONCEITO DE RISCO E SUA OPERACIONALIZAÇÃO PELAS VIGILÂNCIAS

Como você verá a seguir, poderíamos falar aqui no plural, o(s) conceito(s) de risco, na medida em que ele provém de diferentes campos do conhecimento, então, podemos dizer que ele é “polissêmico” e é disso que vamos tratar na próxima seção.

Risco, segundo Guilam e Castiel (2006, p. 16), “é uma palavra com diferentes sentidos que nem sempre convivem em harmonia [...]”. Palavra oriunda do espanhol *risco* – grande penhasco –, possivelmente se relacionava aos perigos ligados às grandes navegações; assim, indicava tanto a ideia de perigo como a de possibilidade de ocorrência de algum evento. Se, no passado, relacionava-se aos jogos de azar para indicar as chances de ganhar e perder, durante a Segunda Guerra Mundial passou a indicar a estimativa de danos devido ao manuseio de materiais perigosos.

Na atualidade, o conceito de risco traduz tanto a probabilidade de ocorrência de um evento danoso quanto se constitui em um termo não técnico, que inclui diversas medidas de probabilidade de desfechos desfavoráveis (GUILAM; CASTIEL, 2006).

Para Guilam e Castiel (2006), a ideia de probabilidade pode ser lida de modo intuitivo (incerteza que não se pode medir) ou de modo racional (incerteza capaz de ser medida de forma probabilística). Assim, surgindo junto com a sociedade contemporânea, o conceito de risco, considerado um elemento central de cálculo racional na cultura moderna e base para a tomada de decisão, reflete o desejo de regular o futuro de forma “racional” (CZERESNIA, 2001).

A saúde coletiva vem empregando o enfoque de risco de forma crescente após a década de 1970: inicialmente na prática epidemiológica, visando estudar os fatores que condicionam a ocorrência e a evolução de doenças crônicas; atualmente, de forma mais ampla, relacionado a todo o tipo de problema, agudo ou crônico, no estudo dos chamados fatores de risco, de tal forma que seu uso indiscriminado tem sido chamado de “epidemia de riscos” (LIEBER; ROMANO, 1997).

Por que falar em risco?

- ▶ Porque ele pode ser considerado um conceito fundamental das vigilância(S) em saúde, e, importante porque é a possibilidade de que “algo” aconteça e de que esse “algo” interfira “negativamente” no processo saúde-doença, gerando agravos ou danos à saúde, que devem ser minimizados. A operacionalização do risco é que faz das vigilância(S) em saúde um importante componente da saúde coletiva. Risco é um conceito que se refere à possibilidade/probabilidade de ocorrência de eventos que tenham consequências negativas à saúde de um indivíduo ou grupo populacional ou ao ambiente.

São exemplos de situações de risco à saúde: trabalhadores expostos a determinadas condições de trabalho; grupo de pacientes submetidos a procedimentos hospitalares específicos ou que usem um tipo de medicamento/alimento; população residente em um município com uma indústria poluidora; grupo populacional exposto a determinados fatores de risco para doenças transmissíveis, como a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (Aids).

- ▶ Porque ele pode ser considerado um conceito unificador, pois é a ação/intervenção para melhorar a qualidade de vida da população que faz com que as diversas “vigilâncias” – do processo de produção-trabalho (vigilância em saúde do trabalhador), do processo de produção-consumo (vigilância sanitária) e da exposição a situações de risco (vigilância ambiental/epidemiológica) – situem-se no campo da promoção e da proteção da saúde. O objetivo de minimizar o risco, agindo sobre os condicionantes/determinantes de um agravo/dano é algo comum às vigilâncias do campo da saúde.
- ▶ Porque ele é um conceito polêmico, com definições e interpretações que algumas vezes ocorrem de maneira conflitante. Um exemplo claro é a imensa polêmica em torno dos chamados organismos geneticamente modificados (OGM), em que as instituições se expressam de forma diferente, seja na avaliação da segurança dos transgênicos, seja na proposta de ação direcionada a eles. A posição de algumas organizações não governamentais tem sido fortemente contrária aos transgênicos, em oposição à de representantes da agroindústria.

- ▶ Porque ele é um conceito polissêmico, oriundo de vários campos do saber, que permite diferentes abordagens e diferentes campos de prática, na dependência das disciplinas que o estudam. No dizer de Guilam e Castiel (2006), trata-se de um conceito “indisciplinado”, ou seja, não se subordina, não é regido predominantemente por uma disciplina. Esses autores postulam ainda que:
 - ▶ Na **Epidemiologia**, o conceito de risco encontra aplicação na determinação dos fatores e situações de risco à saúde, sendo de especial importância na prática da vigilância epidemiológica e na epidemiologia clínica. São típicos [indicadores de risco](#) utilizados no campo da saúde pública: incidência ou risco absoluto; risco relativo e risco atribuível.
 - ▶ Nas **Engenharias**, a análise de risco auxilia na tomada de decisão especialmente sobre as tecnologias, sendo importante nas vigilâncias ambiental e sanitária e na vigilância da saúde do trabalhador. Sua aplicação nesta área do conhecimento está diretamente ligada à avaliação de risco ambiental, ocupacional e à avaliação de tecnologias em saúde.
 - ▶ Nas **Ciências Econômicas**, a abordagem quantitativa do risco objetiva definir custos e possíveis perdas, tendo em vista a probabilidade de ocorrência do agravo/dano, especialmente utilizado nas seguradoras para o cálculo dos valores de seguros de veículos, de vida, de planos de saúde etc.
 - ▶ Nas **Ciências Sociais**, em uma abordagem qualitativa, esse conceito busca, mediante análise das representações sociais e da percepção de risco, estabelecer as influências culturais ligadas ao risco (GUILAM; CASTIEL, 2006). Possibilita identificar como



Saiba mais Indicadores de risco

Para saber mais sobre os indicadores de risco, as chamadas medidas do risco, utilizados no campo da saúde pública, leia parte do Capítulo “Risco e Saúde”, de Maria Cristina Guilam e Luis David Castiel no livro “Gestão e Vigilância: modos atuais do pensar e do fazer”, ou busque em livro-texto de Epidemiologia.

as pessoas identificam o risco e como lidam com ele e dá ajuda valiosa nos processos de comunicação e de educação para a saúde.

Disponível em: <http://www4.ensp.fiocruz.br/visa/publicacoes/_arquivos/GatoDorme.zip>



Assista ao vídeo *“Enquanto o gato dorme”*, que retrata uma situação ocorrida em uma oficina mecânica, disponível no CD e na biblioteca do curso, no AVEA. Reflita sobre as questões a seguir e, depois, participe da discussão no fórum, respondendo às seguintes questões:



Saiba mais

“Enquanto o gato dorme”

O vídeo *Enquanto o gato dorme* é um produto desenvolvido pelo Centro Colaborador em Vigilância Sanitária em parceria com o Departamento de Comunicação e Saúde/Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde/Fiocruz, Rio de Janeiro, 2003; direção de Breno Kuppermann; roteiro de Joaquim Assis; duração: 17 minutos.

a) Quais os pontos comuns entre a situação retratada no vídeo e os temas discutidos nesta Unidade de Aprendizagem?

b) Identifique as diferentes posturas e percepções da situação apresentada pelos personagens.

c) Como você avalia a atitude do gerente da oficina e o gozo do direito à informação por parte do cliente? Por quê?

Enfoque de risco

Na abordagem quantitativa do risco, torna-se necessário diferenciar duas importantes palavras que envolvem o risco: a **possibilidade** e a **probabilidade** da ocorrência de algum agravo ou dano.

O risco, pensado como **possibilidade** de ocorrência de agravo ou dano, pode ser considerado inerente à própria vida. Viver é estar, de certa maneira, submetido a variados riscos. A probabilidade é uma medida; é a relação existente entre o número de agravos/danos que poderiam acontecer em uma dada

situação e sua real ocorrência. É, portanto, a **probabilidade** que pode ser avaliada e gerenciada, já que ela admite gradação.

Igualmente importante é definir e caracterizar os chamados **fatores de risco***. Eles não são necessariamente as causas do dano: eles são de natureza probabilística e não de natureza determinística. Sua presença pode provocar um efeito ou um evento danoso com maior frequência. Já a causa, quando presente, provoca o efeito e quando é retirada, esse efeito não aparece (GUILAM; CASTIEL, 2006).

No que diz respeito às vigilâncias do campo da saúde, cabe ainda ressaltar uma questão sobre o enfoque de risco e como ele se relaciona ao processo regulatório das vigilâncias do campo da saúde.

*Fatores de risco – designa as características ou circunstâncias cuja presença se associa ao aumento da probabilidade de que o dano venha a ocorrer independentemente do fator de risco ser ou não uma das causas do dano (LIEBER; ROMANO, 1997), seja este dano relacionado à saúde de uma pessoa, de um grupo de pessoas ou ao ambiente. Fonte: adaptado de Lieber e Romano (1997).

Existe uma variedade de termos para designar fatores de risco e tipos de risco, sendo possível encontrar as seguintes nomenclaturas: situação de risco, condições de risco, fontes de risco, risco ocupacional, risco ambiental, risco sanitário e risco epidemiológico (BARCELLOS; QUITÉRIO, 2006; BRASIL, 2005a;c; LUCCHESI, 2001). Outro aspecto é a relação entre o enfoque de risco e o processo regulatório das vigilâncias do campo da saúde, chamado de “regulação dos riscos”, que todas as vigilâncias fazem. Essa regulação se consubstancia na elaboração de normas técnicas e recomendações de medidas preventivas e difere da regulação econômica, que só a vigilância sanitária faz.

Em outras palavras, o risco mais ou menos elevado se relaciona com a existência ou a ausência de um conjunto de medidas preventivas para reduzi-lo. Isso é a chamada “regulação do risco”, que as vigilância(S) em saúde fazem. Porém, não fazem sozinhas já que outras áreas do Estado também regulam/regulamentam

fatores de risco. Por exemplo, na esfera federal: Ministério da Agricultura; Ministério do Meio Ambiente, por meio do Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (Ibama); Ministério da Indústria e Comércio, por meio do Instituto Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial (Inmetro); Ministério do Trabalho e Emprego; e Ministério da Ciência e Tecnologia, por meio da Comissão Nacional de Energia Nuclear (CNEN). (LUCCHESI, 2001)

A avaliação do risco na dimensão estritamente técnica – identificar e quantificar o risco – não é suficiente. O resultado dessa avaliação, que nem sempre pode ser feita, deve ser integrado a aspectos sociais, econômicos e políticos na hora da decisão e da ação. A comunicação do risco é fundamental, mas também não devemos esquecer quem cria o risco e quem dele se beneficia (LIEBER; ROMANO, 1997).

O cálculo matemático puro e o uso apenas dos efeitos biológicos, físicos ou químicos não levam em conta a complexidade dos problemas que afetam a saúde (FREITAS, 2008). E considerar a noção de complexidade faz com que não possamos reduzir a análise dos riscos aos componentes isolados do problema, que precisa ser compreendido em todas as suas dimensões, para não aumentar as incertezas, dificultando as estratégias de prevenção e controle dos riscos. É necessário compreender os problemas de saúde em seus múltiplos aspectos, em suas variadas naturezas e em suas relações sociais, culturais e econômicas, pois as interações entre elas resultarão em diferentes níveis de riscos e danos, seja à população, a grupos específicos (trabalhadores, consumidores) ou ao ambiente.

Em síntese, a regulação do risco pode ser vista em dois sentidos:

- ▶ no mais restrito, como sinônimo de regulamentação, ato de elaborar regulamentos, normas; e/ou
- ▶ no mais amplo, segundo Lucchese (2001), englobando os estudos de análise de risco, as regulamentações por eles geradas e as políticas de gerenciamento de risco empreendidas pelo estado.

A norma técnica das vigilância(S) em saúde é também uma construção social que expressa as “medidas preventivas”, considerando-se o risco e as características intrínsecas das tecnologias (condições de trabalho, processo de produção, tipo de alimento/medicamento, equipamento etc.). Essa norma relaciona-se à magnitude do agravo ou do dano e ao desenvolvimento científico-tecnológico existente no momento de sua elaboração, sendo, portanto, mutável.

Por falar em caráter mutável da norma técnica, um exemplo da vigilância epidemiológica, para a qual é muito importante a **definição de caso***, que está sempre vinculada aos objetivos do sistema de vigilância e aos conhecimentos que se têm sobre a doença. A definição de caso, por tudo isso, é mutável

***Definição de caso** – representa um conjunto de critérios de confirmação da doença (aspectos clínicos, resultados laboratoriais e critérios epidemiológicos). Se essa definição é sensível e precisa, ela favorece a qualidade do sistema de informação e permite a comparação dos dados entre regiões e em uma mesma região ao longo do tempo. Fonte: elaborado pelas autoras.

Vamos ver o exemplo da gripe suína? Consulte os seguintes documentos do Ministério da Saúde, disponíveis na internet e na biblioteca do curso:

- ▶ *Informe do dia 27/04/09, às 13h30min, “Emergência de saúde pública de importância internacional (ESPII): Ocorrências de casos humanos na América do Norte”, disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/sites/100/163/00007034.pdf>>.*

- ▶ “Protocolo de procedimentos para o manejo de casos e contatos de Influenza A (H1N1)”, versão IV, atualizado em 05/06/2009, disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/influenza_protocolo_versao405062009.pdf>.

Você observou como mudou a definição de caso de gripe pelo vírus A H1N1 (“gripe suína”)? Quais as implicações dessa mudança para a vigilância epidemiológica e a sanitária?

Nas vigilância(S) em saúde, o enfoque de risco apresenta uma característica bem marcante: o risco à saúde não “respeita” território geográfico, divisas ou fronteiras, por exemplo:

- ▶ O lixo tóxico de uma indústria situada em Minas Gerais contaminou o Rio Paraíba do Sul e teve efeito nos Municípios que se situavam às suas margens, inclusive naqueles sob jurisdição do Rio de Janeiro.
- ▶ O contraste radiológico Celobar®, produzido no Estado do Rio de Janeiro, foi responsável por várias mortes no Estado de Goiás, uma vez que foi esse estado o que mais comprou e utilizou os lotes falsificados.

Há, portanto, uma interdependência social entre os Estados e entre Municípios na mesma Unidade Federativa. Ou seja, o “controle” que as vigilâncias dessas Unidades fazem ou deixam de fazer pode ter repercussões nas demais localidades. E, como vimos anteriormente, essa possibilidade de repercussão para terceiros é a externalidade.


Além disso, conhecer as condições e os problemas de saúde da população exige observar a desigual distribuição do risco e do adoecer, contextualizando-os por meio de indicadores demográficos, socioeconômicos, ambientais ou de outra ordem.

A RELAÇÃO COM A PROMOÇÃO DA SAÚDE: SAÚDE COMO DIREITO E INTERSETORIALIDADE

É fácil notar as diferenças entre os componentes das vigilância(S) em saúde e, também no campo da saúde, da prestação de serviços assistenciais. Também fácil é compreender que as ações que todos os componentes das vigilância(S) em saúde realizam com o intuito de minimizar os riscos as caracterizam como proteção da saúde e prevenção. Estaremos protegendo a saúde da população de agravos e danos quando a ação estiver sendo realizada **antes** que eles ocorram, embora não possamos dizer que tais ações acabarão com os riscos, uma vez que, como já vimos, há sempre a possibilidade de sua ocorrência, por isso, há sempre uma **incerteza**... Mas pensar as vigilâncias na relação com a promoção da saúde merece um pouco mais de reflexão...

Com base em seus conhecimentos teóricos e práticos acerca das vigilâncias do campo da saúde e da promoção da saúde, você identifica alguns pontos de convergência entre elas? Quais, por exemplo?

A promoção da saúde implica uma redefinição da saúde e de seus objetos. A saúde passa a ser compreendida como resultado de vários fatores relacionados à qualidade de vida, ultrapassando



Funtowicz e Ravetz (1993) elencam três níveis de incertezas: técnicas, que se relacionam aos dados existentes e às possibilidades de análises; metodológicas, relacionadas à baixa confiabilidade dos dados; e epistemológicas, oriundas dos limites do conhecimento científico.

o enfoque na “doença” e incluindo questões como habitação, alimentação, educação e trabalho. Suas atividades, segundo Buss (2000, p. 67):

[...] estariam, então, mais voltadas ao coletivo de indivíduos e ao ambiente, compreendido num sentido amplo, de ambiente físico, social, político, econômico e cultural, através de políticas públicas e de condições favoráveis ao desenvolvimento da saúde [...] e do reforço (empowerment) da capacidade dos indivíduos e das comunidades [...].

***Modelos de atenção** – podem ser pensados em três dimensões: gerencial – condutora do processo de reorganização das ações e serviços; organizativa – que estabelece as relações no processo de cuidado; e técnico-assistencial, que define as relações entre os sujeitos das práticas e seus objetos de trabalho. Fonte: adaptado de Teixeira (2002).

A promoção da saúde persegue, embora nem sempre encontre, a mudança no modelo assistencial ou **modelo de atenção***, composto por combinações de saberes e técnicas direcionadas à resolução dos problemas e ao atendimento das necessidades de saúde.

A promoção da saúde, na superação do modelo assistencial, passa a ter como objeto os problemas de saúde e seus determinantes, e a qualidade de vida pode ser entendida como condições de vida. A promoção da saúde prevê uma combinação de estratégias: ações do Estado, da comunidade, de indivíduos, do sistema de saúde e de parcerias intersetoriais. Trabalha com a ideia de responsabilidade múltipla pelos problemas e pelas soluções (BUSS, 2000).

A promoção, mais do que uma política, representa uma estratégia de articulação transversal que estabelece

[...] mecanismos para reduzir as situações de vulnerabilidade, incorporar a participação e o controle so-

cial na gestão das políticas públicas e defender a equidade (O'DWYER; TAVARES; DE SETA, 2007, p. 468).

Na promoção da saúde, a saúde é vista como um direito humano fundamental, de responsabilidade múltipla, inclusive do Estado, com a população exercendo seu direito de participação e decisão. Vamos retornar às vigilâncias para ressaltar cinco pontos que as aproximam da promoção da saúde:

- ▶ As vigilância(S) em saúde, como integrantes do campo da promoção da saúde, extrapolam (ultrapassam) a visão do risco quando propõem a transformação dos processos de consumo, de trabalho e de produção e a inserção do cidadão e do trabalhador nesses processos, de forma a potencializar suas vidas.
- ▶ A contradição capital-trabalho-saúde gera tensões que exigem a ação do Estado para diminuir as desigualdades. A vigilância sanitária, em seu caráter regulatório, precisa ser o fiel de uma balança entre os interesses do setor produtivo e os interesses do cidadão, muitas vezes conflitantes. Como vimos, há o chamado poder de polícia, poder da Administração Pública, em que o Estado, com base no interesse público, pode intervir. A concessão de registro, autorização e licença de funcionamento são permissões do Estado, que podem e devem ser revistas sempre que necessário, sempre que a desigualdade produção-consumo puder ser prejudicial à sociedade. Quando isso ocorre, a vigilância sanitária pode (e deve) agir de forma a minimizar os riscos à saúde. Imaginemos algumas situações.
- ▶ Um hospital apresenta altíssimas taxas de infecção hospitalar no berçário; um determinado medicamento causa mortes desnecessárias; uma fábrica que esteja poluindo um manancial ou um rio com seus resíduos ou fazendo adoecer seus trabalhadores. Depois de um

processo de investigação, ou como medida de cautela, em casos graves, para limitar o número de mortes ou de incapacidades (se há risco muito alto), a ação da vigilância sanitária pode ser a interdição temporária do berçário, pode chegar à retirada (cassação) da licença sanitária, ou ao cancelamento do registro do medicamento em questão, ou à intervenção de diversos níveis na fábrica. É claro que essas medidas dadas como exemplos de ação não são as primeiras a serem tomadas.

- ▶ A vigilância em saúde do trabalhador, ao lidar com a questão do processo de trabalho, e a vigilância ambiental, com o processo de produção/industrialização e o ambiente, são igualmente arenas de conflito entre interesses privado e coletivo que exigem a intervenção do Estado (LUCCHESI, 2001; ALVES, 2003; BRASIL, 2005b;c). Essas vigilâncias muitas vezes se articulam com a vigilância sanitária para intervir em estabelecimentos ou processos de trabalho.

Esses exemplos demonstram que uma vigilância pode e deve recorrer à outra. Muitas vezes, a vigilância sanitária recorre à epidemiológica, à ambiental ou à vigilância em saúde do trabalhador, ou todas recorrem à sanitária. Sabemos que há em todas elas um saber específico... Mas, a questão central nesse ponto é a possibilidade de conflito.

Conflitos podem ocorrer sempre que há uma decisão. Mas, não nos parece que a vigilância epidemiológica seja caracterizada por esse tipo de conflito e enfrentamento. Além disso, de todas as vigilâncias, essa é a mais setorial, a que mais atua nos limites do setor saúde.

- ▶ As vigilâncias do campo da saúde têm procurado se articular, com maior ou menor grau de sucesso, para aumentar sua capacidade de análise e intervenção nos problemas concretos, ou para melhorar a qualidade da intervenção.

Você notou que os exemplos dados no tópico anterior também se enquadram aqui? É que, na existência de um possível conflito, a necessidade de um reforço mútuo e de uma ação articulada aumentam...

Mas, não é só com as outras vigilâncias – ou mesmo com as unidades prestadoras de cuidado assistencial – que elas se articulam. Sua ação será mais efetiva se for capaz, também, de aumentar a potência de intervenção dos atores envolvidos nos problemas sanitários (CAMPOS; BELISÁRIO, 2001). Assim, na busca da transformação social, as vigilância(S) em saúde reforçam a capacidade dos diferentes grupos sociais envolvidos nos problemas sanitários: consumidores, cidadãos, profissionais e trabalhadores da área da saúde. Isso nada mais é do que o *empowerment* (empoderamento ou fortalecimento do poder). O conceito de empoderamento apresenta-se como recurso importante para sustentabilidade das ações de educação para a saúde, orientadas, tanto individualmente quanto de forma coletiva, nos grupos sociais e organizações, por meio de processos educativos participativos (O'DWYER; TAVARES; DE SETA, 2007).

Foi dito por Lucchese (2001) que a vigilância sanitária exige a mediação de setores da sociedade e produz atitudes éticas na relação entre produção, trabalho e consumo. Para tentar aclarar essa afirmação de

Lucchese, acrescentamos que: 1) ela precisa de cidadãos conscientes e exigentes, visto ser impossível o controlar da qualidade e da segurança sanitária de todos os produtos e serviços que podem acarretar prejuízos à saúde; 2) ela pode ser considerada um espaço de exercício da cidadania e controle pela sociedade, se os cidadãos forem conscientes e exigentes. Isso pode ser aplicado também, pelo menos, a mais duas vigilâncias do campo da saúde, notadamente àquelas que têm conflitos potenciais: a dos processos de produção-trabalho (vigilância em saúde do trabalhador); a dos processos de produção-consumo (vigilância sanitária); e a da exposição a situações de risco (em especial a vigilância ambiental).

- ▶ Entendidas como **campos de prática**, onde se produzem ações/intervenções, mas também conhecimentos, **as vigilância(S) em saúde são de caráter interdisciplinar.**

No exercício de sua ação e na produção de seu conhecimento, podemos utilizar várias disciplinas. Algumas delas, assim como na saúde como um todo, são comuns a todas as vigilâncias: o planejamento/gestão/administração, sociologia, política, antropologia e a epidemiologia/método epidemiológico, a ética e o direito. Além disso, podemos elencar algumas especificidades de cada componente das vigilância(S) em saúde. A vigilância sanitária, com seu amplo espectro de ação, é campo de convergência de várias disciplinas, dentre elas: biossegurança, engenharias, arquitetura, física, química, farmacologia, toxicologia, radiologia, odontologia e direito administrativo, sendo esta última um de seus pilares. A vigilância em saúde do trabalhador, além de igualmente utilizar-se de algumas dessas disciplinas, tem na ergonomia uma de suas disciplinas centrais. A vigilância ambiental e a epidemiológica também se utilizam bastante de

disciplinas como a ecologia, a biologia e a geografia (COSTA; ROZENFELD, 2000; BARCELLOS; QUITÉRIO, 2006).

Assista ao vídeo “João Pintor”, disponível no CD e na biblioteca do curso. O vídeo retrata uma suposta fiscalização de posturas municipais.

Refleta sobre as questões a seguir e, depois, participe da discussão no fórum.

a) Você conhece situações em que foi necessário intervir no processo de produção ou comércio de bens, ou de prestação de serviços articulando ações das vigilâncias do campo da saúde?

b) Analise o uso (e a qualidade do uso) do poder de polícia no contexto do vídeo.

c) Analise a participação popular e das lideranças.

- ▶ A Carta de Ottawa (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 1992), um dos marcos da promoção da saúde, elenca um conjunto de valores (qualidade de vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, desenvolvimento, participação) e de estratégias (políticas públicas saudáveis, ambientes favoráveis à saúde, reforço da ação comunitária e desenvolvimento de habilidades pessoais, reorientação do sistema de saúde, parcerias intersetoriais) da promoção da saúde. A Carta já apontava não apenas para a multicausalidade na saúde, mas também para o fato de que, ao pensar a saúde como qualidade de vida, sua promoção transcende o setor saúde: a interinstitucionalidade ou intersetorialidade é, assim, uma de suas principais estratégias.



As vigilância(S) em saúde, na requalificação de seus processos de intervenção, têm como princípio operativo a intersectorialidade. Este termo é definido, na *Declaração de Santa Fé*, como:

[...] o processo no qual objetivos, estratégias, atividades e recursos de cada setor são considerados segundo suas repercussões e efeitos nos objetivos, estratégias, atividades e recursos dos demais setores (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 1992 apud BUSS, 2000, p. 174).

Falamos em intesetorialidade... Pensar a intersectorialidade nos faz perguntar: mas, afinal, que setores são esses? Apenas instituições públicas responsáveis pela formulação e implementação de políticas? De quais setores estamos mesmo falando?

A princípio poderia parecer apenas um novo “arranjo”, uma nova “organização” daquilo que já ocorria no campo da saúde. Os setores não são apenas aqueles diretamente ligados ao poder público ou à administração direta de órgãos estatais. Para além deles, a saúde e as vigilância(S) em saúde necessitam estar se “entrelaçando” com setores da sociedade civil, em um verdadeiro “abraço de cidadania”. Afinal, a saúde é um assunto não apenas do Estado, mas de toda a sociedade. Um exercício de pensamento nos leva, por exemplo:

- ▶ à vigilância em saúde do trabalhador: como efetuar ações desconectadas dos sindicatos de trabalhadores ou de outros setores da sociedade, como o Ministério do Trabalho?
- ▶ à vigilância ambiental: não são significativas as contribuições oriundas das organizações não governamentais que têm como tema o meio ambiente

e sua articulação com outros setores como o Ministério do Meio Ambiente?

- ▶ à vigilância epidemiológica: tal como ela se constituiu no Brasil, junto com o controle de doenças, como pensar na vigilância epidemiológica e no avanço da Política Nacional de HIV/Aids sem a participação das organizações não governamentais que com ela lidam, dos grupos de portadores de HIV/Aids (por exemplo, Pela Vida, Gappa) e de setores como o Ministério do Trabalho ou da Previdência?
- ▶ à vigilância sanitária: como pensar a efetividade de sua ação sem a participação das organizações não governamentais dos consumidores – Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec), Associação das Donas de Casa, de Portadores de Patologias etc. – e sem outros órgãos específicos que têm atribuições sobre os mesmos objetos da vigilância sanitária, tais como os Ministérios do Meio Ambiente, do Trabalho, do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior e da Agricultura?

As questões da intersetorialidade e do controle social nas vigilância(S) em saúde são de tal importância que a Lei n. 8.080/90 (BRASIL, 1990), em seus artigos 12 e 13, cria comissões intersetoriais de âmbito nacional em alguns dos componentes das vigilância(S) em saúde. Como exemplos:

Art. 12 – Serão criadas comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos ministérios e órgãos complementares e por entidades representativas da sociedade civil.

Parágrafo único. As comissões intersetoriais terão a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.

Art. 13 – A articulação das políticas e programas a cargo das comissões intersetoriais abrangerá, em especial, as seguintes atividades:

I – alimentação e nutrição;

II – saneamento e meio ambiente;

III – vigilância sanitária e farmacoepidemiologia;

IV – recursos humanos;

V – ciência e tecnologia; e

VI – saúde do trabalhador (BRASIL, 1990, arts. 12 e 13).



Saiba mais

Acesse o *site* do Conselho Nacional de Saúde: <<http://conselho.saude.gov.br/>>, para obter informações sobre o funcionamento e a agenda da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (Cist); da Comissão Permanente para Acompanhamento de Doenças Sexualmente transmissíveis (DST) e Aids (Capda); da Comissão de Vigilância Sanitária e Farmacoepidemiologia; e da Comissão Intersetorial de Saneamento e Meio Ambiente (Cisama).

Tendo em vista o que foi discutido até aqui sobre as relações entre vigilância(S) em saúde e promoção da saúde e o conjunto de valores e estratégias da promoção em saúde elencados na Carta de Ottawa, parece pertinente afirmar que as vigilâncias se aproximam do campo da promoção da saúde. Você concorda? Abordaremos a seguir o processo de trabalho das vigilâncias.

O PROCESSO DE TRABALHO DAS VIGILÂNCIAS DO CAMPO DA SAÚDE

*Agora que já foram incluídas as vigilância(S) em saúde no campo da promoção da saúde e que foram abordados seus principais conceitos, podemos perguntar: **como atuam os componentes das vigilância(S) em saúde?** Ou, dito de outra maneira, **qual o seu processo de trabalho?***

Não pretendemos aqui fazer uma análise exaustiva do processo de trabalho em cada uma das vigilâncias, mas apenas apontar o que há de comum e específico nelas, do ponto de vista da gestão do sistema local de saúde. Ressaltamos que o processo de trabalho em saúde tem sido bastante estudado no que concerne à assistência, mas, no componente das vigilância(S) em saúde, ele não está suficientemente analisado na literatura.

Primeiro, é importante falar sobre o que é um processo de trabalho. Qualquer processo de trabalho pode ser definido como um conjunto de ações sequenciadas, que envolvem atividades da força de trabalho e a utilização dos meios de trabalho, visando o alcance de objetivos e metas.

Os elementos componentes do processo de trabalho são:

- ▶ a atividade adequada a um fim, isto é, o próprio trabalho;

- ▶ a matéria a que se aplica o trabalho, o objeto de trabalho; e
- ▶ os meios de trabalho, o instrumental de trabalho.

Vejam os brevemente cada um dos elementos que compõem o processo de trabalho.

AS ATIVIDADES E AS FINALIDADES DO PROCESSO DE TRABALHO

Qualquer processo de trabalho, inclusive o da saúde, deve ter uma finalidade. A finalidade “mais ampla” do processo de trabalho nas vigilâncias já foi vista: promover e proteger a saúde, atuando sobre os determinantes e riscos.

Entretanto, ao pensarmos no Sistema Único de Saúde, em todas as esferas de gestão (Municípios, Estados e União) e nas diferentes formas de organização social das ações de saúde que buscam responder às necessidades e conhecer os problemas de saúde de cada local, é possível citar algumas finalidades específicas.

No âmbito local, o que há de comum entre as vigilância(S) em saúde é a finalidade específica de reconhecer os problemas de saúde locais e atender às necessidades de saúde em seu **território**, sejam elas “sentidas” ou não pela comunidade e identificadas ou não pelos profissionais de saúde.

Aqui é preciso ressaltar que, quando tomamos o conceito de território, não se trata apenas de uma divisão no sentido físico, nem se limita igualmente às fronteiras nacionais ou aos limites estaduais ou municipais. Embora qualquer território tenha seus objetos fixos (casas, centro de saúde, escolas etc.), existem sempre os fluxos (de pessoas, de informações, de produtos, de dinheiro e também de doenças etc.) que, muitas vezes, ultrapassam a divisão

territorial administrativa (país, estado, município, região administrativa, setor censitário). Além disso, os territórios são sempre dinâmicos: neles são estabelecidas relações entre as pessoas no cotidiano de suas vidas; são espaços de poder (administrativo, político, cultural etc.) e, na sua dinamicidade, mudam com maior ou menor rapidez (PEREIRA; BARCELLOS, 2006).

O conceito geográfico de território-processo não é incompatível com o de jurisdição, que é passível de conter vários territórios-processos. A base territorial da ação da vigilância sanitária é principalmente a divisão jurídico-administrativa, ou seja, a jurisdição. Essa divisão é necessária pelo componente fiscal de sua ação, que fica circunscrita a um ente federativo responsável, garantindo sua validade jurídica (O'DWYER; TAVARES; DE SETA, 2007).

“O território é sempre um campo de atuação, de expressão do poder público, privado, governamental ou não governamental e, sobretudo, populacional. Cada território tem uma determinada área, uma população e uma instância de poder [...]” (ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO) [s.d.].

Esse fato é de suma importância para as vigilância(S) em saúde. Um Município que trabalhe para conter a ocorrência de dengue pode ter sua população afetada se o Município vizinho não fizer o mesmo: o *Aedes Aegypti* não respeita a divisa municipal. Da mesma forma, Rio de Janeiro e São Paulo são Estados que concentram o maior parque produtivo de produtos farmacêuticos, e os medicamentos ali produzidos são transportados e consumidos em todo o país e, algumas vezes, mesmo no exterior. No que se refere ao meio ambiente, basta recordar o recente desastre ambiental do Rio Pomba, em 2003, quando o vazamento de produto químico da fábrica de papel Cataguases, em Minas Gerais, contaminou os rios Muriaé e Paraíba do Sul, atingindo a população ribeirinha de Municípios do Rio de Janeiro, provocando desabastecimento.

Tendo o conceito de “território” em mente, podemos entender que a resposta às necessidades de saúde e a identificação dos problemas de saúde são igualmente finalidades das esferas de governo no âmbito da saúde, para que possam organizar suas ações. E podemos pensar que esse território será socialmente construído de forma cada vez mais complexa, de acordo com a esfera de Governo que deve “atuar”.

Relacionada à operacionalização do conceito de território para intervenção no campo da saúde, há a perspectiva da regionalização. Recentemente, o *Pacto pela Saúde* defendeu a regionalização a partir de regiões de saúde. Essas regiões são recortes territoriais inseridos em um espaço geográfico contínuo que contemple uma rede de serviços de saúde compatível com certo grau de resolubilidade para aquele território. Esse recorte territorial não é limitado ao Município, podendo ser parte dele ou um conjunto deles. A ideia de regionalização também é passível de ser incorporada pela vigilância sanitária, que tem nos Municípios diferentes limites e possibilidades de atuação, desde que a questão da jurisdição seja assegurada.

Os OBJETOS E OS SUJEITOS DO TRABALHO

As necessidades sociais de saúde e os problemas identificados informam e delimitam os objetos do processo de trabalho. Esses problemas devem ser conhecidos e sobre eles é que se dá a ação das vigilâncias. Mas como são identificados?

Sua identificação também é complexa, como são complexos os problemas de saúde. É necessário, para seu conhecimento e análise, a utilização de:

- ▶ **enfoque clínico**, que identifica os problemas em sua dimensão biológica e individual;
- ▶ **enfoque epidemiológico**, que identifica os problemas em grupos populacionais; e
- ▶ **enfoque social**, que identifica os problemas na população tendo em vista os processos de desenvolvimento econômico, social e político que constituem os determinantes sociais dos problemas e necessidades de saúde.

Considerando esses enfoques, é possível identificar os objetos do processo de trabalho em saúde, que são, portanto, os danos, os agravos, os riscos e os determinantes das condições de vida da população. Por tudo que já foi visto, podemos concluir que não há apenas um objeto, mas vários objetos do processo de trabalho nas vigilância(S) em saúde. Assim como são vários os objetos, são múltiplas as intervenções.

Cada um dos enfoques privilegia um modo de intervenção: desde o diagnóstico e tratamento individuais (enfoque clínico); controle sanitário de bens e serviços de saúde, controle de vetores, ações de prevenção, educação sanitária (enfoque epidemiológico); até a intervenção sobre os determinantes sociais que, como já citado, é sempre de caráter intersetorial e multidisciplinar (enfoque social). Ora, se os problemas e intervenções na área de promoção da saúde não se limitam ao setor saúde, o trabalho nas vigilância(S) em saúde também não é realizado apenas pelos profissionais de saúde.

O sujeito do processo de trabalho nas vigilâncias do campo da saúde é, portanto, **coletivo**. Além dos profissionais de saúde, são sujeitos da prática os profissionais de outros setores e a população ou grupos populacionais organizados. Uma especificidade do sujeito da vigilância sanitária em relação ao das outras vigilâncias, de importância para o gestor local, é que ele precisa ser um agente público investido na função. Se ele não o for, seus atos administrativos podem ser anulados administrativa ou judicialmente. Isso decorre do fato de seu trabalho estar submetido aos preceitos da Administração Pública, direcionado por normas jurídicas.

OS MEIOS DE TRABALHO

Os sujeitos das vigilâncias utilizam vários meios de trabalho para identificar seu objeto e realizar suas ações. Salientando que o sujeito é coletivo e sua intervenção extrapola o setor saúde, é compreensível que devam lançar mão não apenas de saberes e tecnologias pertencentes ao seu campo de atuação, mas também de outros saberes e tecnologias, como a comunicação e o planejamento. Os sujeitos das vigilâncias alimentam-se de várias disciplinas, métodos e instrumentos para realizar suas intervenções, que não se restringem às ações meramente técnicas, mas abarcam também as ações dirigidas ao fortalecimento da sociedade e da cidadania para alcançar sua finalidade de promoção da saúde e prevenção de danos ou agravos.

Os objetos, sujeitos e meios de trabalho estabelecem uma rede complexa de relações de trabalho e definem a organização do processo de trabalho nas vigilância(S) em saúde, que contempla duas dimensões: a político-gerencial e a técnico-sanitária. A dimensão político-gerencial é a que reconhece os problemas de saúde e cria condições para a intervenção, planeja e programa as ações e fortalece a sociedade. A dimensão técnico-sanitária é a que atua no controle dos determinantes, riscos, danos e agravos à saúde.

O PROCESSO INVESTIGATIVO

Uma atividade comum a todas as vigilância(S) em saúde é a atividade de investigação, que busca caracterizar a situação ou o caso e, se possível, estabelecer nexos causais. O processo investigativo é usualmente desencadeado por uma notificação ou denúncia, mas também pela eclosão de um problema e por ações de monitoramento e avaliação. Sendo desencadeado por modos tão variados, não dá para esperar que se baseie em um único método, certo?

As vigilâncias fazem, com frequência, investigação de surtos e análise de erros de processo, nas suas várias vertentes. Waldman (1998b), ao discutir os usos da vigilância e da monitorização (ou monitoramento) como instrumentos de saúde pública, aponta diferenças entre eles: (1) a vigilância analisa o comportamento de “eventos adversos à saúde” na comunidade e é uma das aplicações da epidemiologia nos serviços de saúde; (2) a monitorização acompanha indicadores e tem aplicação em diferentes áreas de atividade, inclusive fora do setor saúde. O autor ressalta uma semelhança entre eles: é que ambos exigem três componentes: a informação, a análise e a ampla disseminação da informação analisada a todos que dela necessitam.

A avaliação realizada pelas vigilâncias pode utilizar várias abordagens e métodos, a depender de cada uma das vigilâncias, mas também do que queremos avaliar (avaliação da qualidade dos serviços, avaliação epidemiológica dos serviços, avaliação de tecnologias em saúde etc.). Mas geralmente tem, também, um componente de **avaliação analítica laboratorial**. O laboratório pode ter também o papel de “instância de perícia”, a exemplo do que ele tem para a vigilância sanitária na chamada “análise fiscal”.

A avaliação analítica laboratorial pode incluir diferentes técnicas para separar, identificar e determinar que substância está presente, e qual a sua concentração ou diluição, em uma mistura complexa com vários componentes. Como exemplos, a análise espectrofotométrica e a cromatográfica.

Essa análise é aquela que o laboratório público (oficial) realiza em objetos e materiais sujeitos à vigilância (por exemplo, em medicamentos e insumos farmacêuticos) e que é destinada a comprovar a sua conformidade com a fórmula que deu origem ao registro e/ou a sua condição para uso seguro em seres humanos.

Os componentes das vigilância(S) em saúde possuem algumas semelhanças e algumas especificidades no que diz respeito ao seu processo de trabalho. É bem claro, e já foi explicitado, que o planejamento, a gestão e a comunicação são fundamentais para todos eles. Igualmente importantes para todos os componentes das vigilância(S) em saúde são a produção e a utilização de informações, sem as quais a efetividade de suas ações pode ficar aquém do desejável.

Por exemplo, se a vigilância sanitária em um grande Município pretende inspecionar 100% das maternidades em um ano, como ela deve se planejar? Deve começar pelos serviços que atendem situações de maior risco ou de menor risco? A resposta mais imediata pode ser inspecionar as maternidades de alto risco. Mas, e se houver a informação de que essas maternidades tiveram infecção hospitalar em nível aceitável, poucos nascimentos de baixo peso, baixas taxas de cesariana e poucas reinternações?

Essas e muitas outras informações podem ser úteis para planejar, de forma mais eficiente, ações prioritárias de vigilância. Com esse exemplo, você pode vislumbrar a contribuição da vigilância sanitária para a redução de possíveis eventos adversos e para a melhoria da qualidade da atenção ao parto.

Fique atento(a):

Não são apenas os sistemas de informação do setor saúde que são importantes para as vigilâncias. Há também os que fornecem dados e informações demográficas, socioeconômicas, de produção industrial, sobre o meio ambiente, sobre acidentes de trânsito e outros.

Uma novidade! Os sistemas e bases de dados de interesse das vigilâncias ambiental e em saúde do trabalhador podem ser acessados no Painel de Informações em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador (Pisast). No momento, o acesso a esse painel se dá em: <<http://189.28.128.179:8080/pisast>>.

Resumindo



Nesta Unidade, optamos por tratar as vigilância(S) em saúde no nível das práticas. Após visitarmos os diversos significados do termo colocado no singular, passamos às suas definições legais, apontamos seus conteúdos comuns e suas especificidades, bem como o desenvolvimento desigual das vigilâncias. Abordamos conceitos considerados fundamentais para todas elas: risco e território/jurisdição, destacando que esses conceitos são operacionalizados de forma diversa por cada uma delas. No contexto da relação com a promoção da saúde, foi abordada a intersectorialidade, em resposta à pergunta: “quais setores?” Caracterizamos em linhas gerais o processo de trabalho: atividades realizadas; sujeitos e objetos do trabalho, meios de trabalho. Vimos que todas realizam investigação, requerem e geram informação, embora com escopo e objeto diversos.

Como base para este trecho da Unidade de Aprendizagem utilizamos a seguinte referência: TEIXEIRA, C. F.; PINTO, L. L.; VILASBOAS, A. L. (Org.). *O processo de trabalho da vigilância em saúde*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2004. 60 p. (Série Material Didático do Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde, 5).



Atividades de aprendizagem

Confira se você teve bom entendimento do que tratamos nesta Unidade realizando as atividades propostas a seguir. Se precisar de auxílio, não hesite em fazer contato com seu tutor.

1. Por que neste texto usamos o termo “vigilâncias do campo da saúde” ou “vigilância(S) em saúde”, assim, no plural? Não poderia ser utilizado apenas no singular?
2. As definições legais das vigilâncias do campo da saúde são encontradas em dispositivos normativos de naturezas diversas e seus processos de trabalho também têm especificidades. Liste as singularidades de cada uma das vigilâncias do campo da saúde em relação às suas definições e aos seus processos de trabalho.
3. Identifique alguns pontos de convergência entre as vigilâncias do campo da saúde e a promoção da saúde, no que concerne aos seus princípios e estratégias.