

## SUS, modelos assistenciais e Vigilância da Saúde

Carmem Fontes Teixeira  
Jairnilson Silva Paim  
Ana Luiza Vilasbôas

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

TEIXEIRA, CF., PAIM, JS., and VILASBÔAS, AL. SUS, modelos assistenciais e Vigilância da Saúde. In: ROZENFELD, S., org. *Fundamentos da Vigilância Sanitária* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000, pp. 49-60. ISBN 978-85-7541-325-8. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

---



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

## SUS, modelos assistenciais e Vigilância da Saúde\*

Carmem Fontes Teixeira, Jairnilson Silva Paim, Ana Luiza Vilasbôas

### Introdução

No processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) o debate político-institucional tem privilegiado o financiamento e a gestão. Apesar da retórica governamental, tem sido negligenciada a questão dos modelos assistenciais, isto é, as formas de organização tecnológica do processo de prestação de serviços de saúde. O sistema de saúde brasileiro é palco da disputa entre modelos assistenciais diversos, com tendência à reprodução, conflitiva, dos modelos médico-assistencial privatista (ênfase na assistência médico-hospitalar e nos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico) e sanitarista (campanhas, programas especiais e ações de Vigilância Epidemiológica e Sanitária), ao lado de alguns esforços de construção de "modelos" alternativos (Mendes, 1993; Paim, 1994).

Para além do intercâmbio de experiências e da elaboração de princípios e diretrizes gerais que norteiam as diversas iniciativas desencadeadas nos municípios, consideramos necessária a sistematização de elementos conceituais, metodológicos e instrumentais capazes de contribuir para a adoção de decisões e implementação de ações no âmbito municipal. Nosso propósito é a construção do(s) modelo(s) assistencial(ais) coerentes com a problemática de cada município e viáveis, do ponto de vista da disponibilidade de recursos e da capacidade técnica, gerencial e política dos sistemas municipais de saúde.

**construção de modelos  
assistenciais coerentes  
e viáveis**

\* Versão resumida do texto elaborado para a Oficina de Vigilância em Saúde do IV Congresso Brasileiro de Epidemiologia, publicado no Informe Epidemiológico do SUS, ano VII, nº 2, abril/jun 1998.

## A Vigilância da Saúde no contexto da municipalização

Durante a elaboração da NOB 001/96, além da tentativa de se estabelecer um critério populacional padrão para se definir o volume de recursos financeiros que caberia a cada município habilitado para as ações básicas, foram introduzidos "fatores de estímulo" à implementação de inovações; entre essas inovações o Programa de Saúde da Família (PSF) e as ações de Vigilância Epidemiológica e Sanitária.

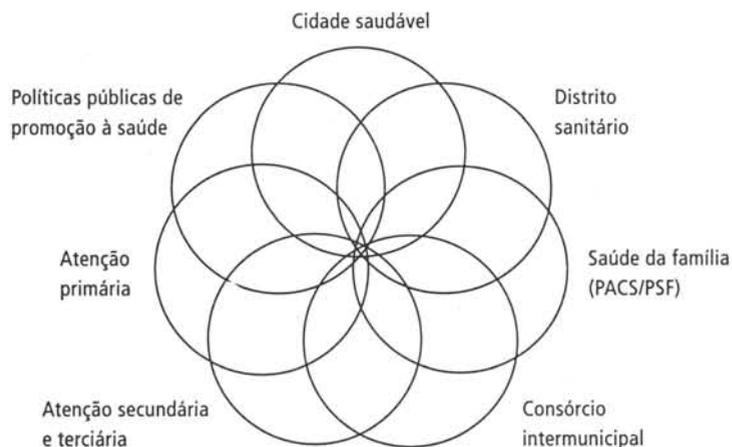
Nesse contexto, o município tem condições de articular o conjunto das propostas, programas e estratégias que vêm sendo definidos no nível federal e, em vários estados. E de desencadear, em seu âmbito, um processo de reorientação do "modelo assistencial" do SUS que não signifique a mera reprodução do "modelo médico assistencial privatista", e a subordinação do "modelo sanitarista", ou seja, a chamada "inampliação" do SUS.

Pelo contrário, levando-se em conta a existência de instrumentos financeiros, como o Piso Assistencial Básico (PAB fixo e variável), gerenciais e técnico-operacionais, a exemplo da Programação Pactuada Integrada (PPI), do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), do PSF e do VIGISUS, que podem ser utilizados para a criação de uma proposta que aponta em outra direção, o município pode caminhar para a construção de um modelo fundamentado na Vigilância da Saúde.

A Figurá 1 sintetiza essa possibilidade de atuação do município, articulando, para cada um dos níveis de atenção, as distintas propostas que se encontram em debate na presente conjuntura.

construção de um  
modelo fundamentado  
na Vigilância da Saúde

Figura 1 Vigilância da Saúde: articulação entre intervenções



## Vigilância à Saúde e Vigilância da Saúde

### A Vigilância no campo da Saúde Pública

A incorporação da noção de risco e, especialmente, a busca de identificação dos fatores de risco envolvidos na determinação das doenças, não só as infectocontagiosas mas principalmente as crônico-degenerativas, que passam a ocupar um lugar predominante no perfil epidemiológico das populações em sociedades industriais, vêm provocando a modernização das estratégias de ação no campo da Saúde Pública. Essa modernização se dá tanto pela ampliação e diversificação do seu objeto quanto pela incorporação de novas técnicas e instrumentos de geração de informações e organização das intervenções sobre "danos", "indícios de danos", "riscos" e "condicionantes e determinantes" dos problemas de saúde (Paim, 1994).

Desse modo, além da ampliação do objeto dos "programas de controle" que tendem a ultrapassar o limite estreito das doenças infecciosas e parasitárias, e se dirigem a grupos populacionais expostos a riscos diferenciados de adoecer e morrer, – a exemplo dos programas de "saúde materno-infantil", "saúde do trabalhador", "saúde do idoso", etc., – se vem observando, ainda, notadamente a partir dos anos 70, a formulação e a implementação de propostas dirigidas à montagem de "sistemas de Vigilância Epidemiológica", cuja tradução operacional pretende ser uma ampla rede de unidades geradoras de dados que permitam a adoção de decisões e a execução de ações de investigação e de controle.

A institucionalização dos programas de erradicação e controle e a implantação da Vigilância, no Brasil, ao longo dos últimos noventa anos, implicou, do ponto de vista político-institucional, na organização centralizada (federal) de órgãos e departamentos responsáveis pelas campanhas e programas. Ao mesmo tempo, cristalizava-se uma distinção entre a Vigilância Epidemiológica, voltada para o controle de "casos" e "contatos", e a Vigilância Sanitária, voltada para o controle de "ambientes, produtos e serviços." Embora se possa considerar que, do ponto de vista técnico-operacional, especificidades justificam a existência dessas "vigilâncias", a primeira, a epidemiológica, obedecendo uma racionalidade técnico-sanitária fundada na clínica e na epidemiologia, e a segunda, obedecendo uma racionalidade político-jurídica, fundada nas normas que regulamentam a produção, a distribuição e o consumo de bens e serviços (Costa, 1998), não se justifica a sua institucionalização como órgãos separados, particularmente no âmbito municipal. Isto gerou, inclusive, a reflexão sobre os limites e possibilidades de "integração" institucional das "vigilâncias", debate ainda atual na medida em

**noção de risco e ação  
em Saúde Pública**

**Vigilância Epidemiológica  
e Vigilância Sanitária**

que se avance para a formulação e a implementação de um sistema de Vigilância da Saúde, como proposto em uma oficina de trabalho realizada no Congresso Brasileiro de Epidemiologia de 1995.

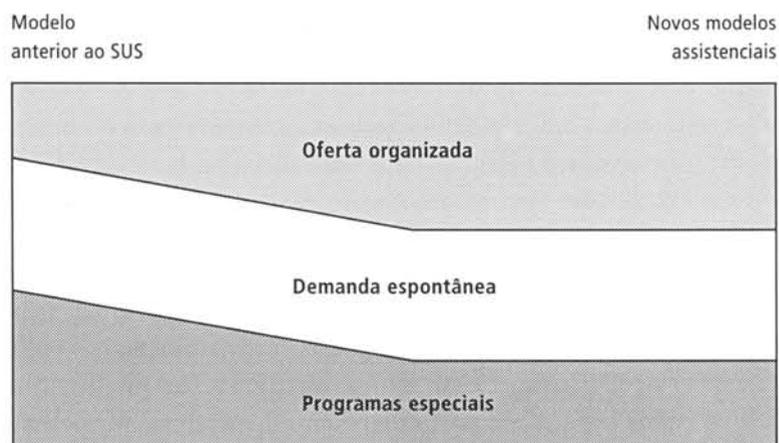
A fundamentação dessa proposta se baseia, de um lado, nos avanços conceituais, metodológicos e instrumentais no campo da Epidemiologia e, de outro, na análise do contexto político-institucional decorrente do processo de construção do SUS, especialmente no que se refere à descentralização das ações de Vigilância da Saúde para os municípios.

#### As vertentes do debate sobre Vigilância da Saúde no Brasil

Paim (1994) discute a possibilidade de análises mais abrangentes da situação de saúde conduzirem a propostas de reorganização dos serviços, com base em um diagrama (Figura 2) que ilustra o processo de transição para um novo modelo assistencial. Nesse modelo, a oferta organizada de serviços viria a suplantar as ações dirigidas ao atendimento da chamada "demanda espontânea", e as realizadas a partir da implantação dos chamados "programas especiais", dirigidos a grupos populacionais específicos. A "organização da oferta", ou "oferta programada", seria o espaço de articulação do enfoque epidemiológico, na medida em que a programação e a execução das ações e serviços deveriam partir da identificação dos problemas e necessidades da população, em territórios delimitados, a exemplo do que vinha ocorrendo em vários Distritos Sanitários em processo de implantação.

oferta organizada  
de serviços

Figura 2 Diagrama de transição para os novos modelos assistenciais



Já no III Congresso Brasileiro de Epidemiologia (1995) aparece a distinção entre uma concepção "ampla" e outra "restrita" de Vigilância da Saúde. A concepção "restrita" entende por Vigilância à Saúde, "um conjunto de ações voltadas para o conhecimento, a previsão, a prevenção e o enfrentamento continuado de problemas de saúde selecionados e relativos aos fatores e condições de risco, atuais e potenciais, e aos acidentes, incapacidades, doenças – incluindo as zoonoses, e outros agravos à saúde de uma população num território determinado."

Dá-se, portanto, uma ampliação da Vigilância Epidemiológica, com a incorporação da Vigilância Sanitária. Não se prevê, entretanto, a reorganização do conjunto das ações e serviços de atenção à saúde, inclusive a intervenção sobre determinantes sociais, de um lado, e a assistência médico-hospitalar, de outro.

Por seu turno, a concepção ampliada fundamentar-se-ia no diagrama da Figura 3, articulando os novos conceitos e métodos – gerados a partir de uma visão ampliada de saúde e dos modelos atuais de interpretação dos determinantes, riscos, agravos e danos – em um esquema operacional que resgata e amplia o modelo clássico da História Natural das Doenças; nesse esquema, se incorporam desde as ações sociais organizadas pelos distintos atores até as ações específicas de prevenção de riscos e agravos, bem como as de recuperação e reabilitação de doentes.

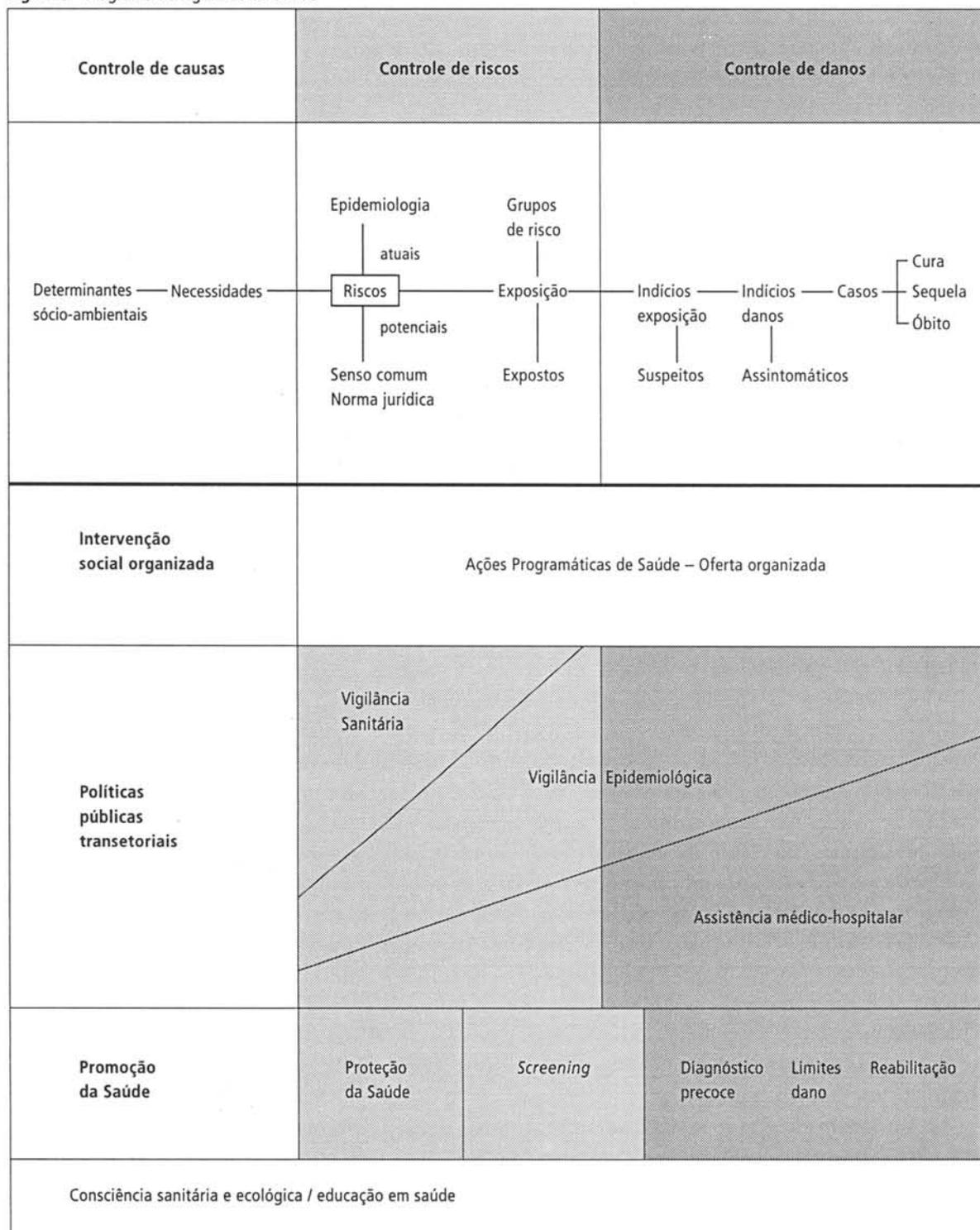
Portanto, no debate atual sobre a Vigilância da Saúde poderiam ser sintetizadas as seguintes vertentes:

a) *Vigilância da Saúde como análise de situações de saúde*. Ainda que ampliando e redefinindo o objeto de análise – situações de saúde de grupos populacionais definidos em função de suas condições de vida, – esta acepção restringe o alcance da proposta ao monitoramento da situação de saúde, não incorporando as ações voltadas ao enfrentamento dos problemas. Do ponto de vista da prática epidemiológica em serviços, tem significado uma ampliação dos objetos de Vigilância Epidemiológica, que passam a abarcar não apenas as doenças transmissíveis, mas incorporam investigações e montagem de bancos de dados sobre outros agravos – como mortalidade infantil, mortalidade materna, doenças crônicas, acidentes e violência – como também aspectos relativos à organização e à produção dos serviços de saúde, e, assim, contribuem para um planejamento de saúde mais abrangente (Waldman, 1992).

b) *Vigilância da Saúde como proposta de "integração" institucional entre a Vigilância Epidemiológica e a Vigilância Sanitária*. Inicialmente restrita ao âmbito do processo de descentralização das ações para os órgãos estaduais (SES), essa vertente atualmente se insere no processo de municipalização. E se concretizou em várias das reformas administrativas

**monitoramento  
da situação de saúde**

Figura 3 Diagrama de Vigilância da Saúde



levadas a cabo pelas Secretarias Estaduais de Saúde na primeira metade dos anos 90, com a criação de Departamentos de Vigilância da Saúde.

c) *Vigilância da Saúde como proposta de redefinição das práticas sanitárias*. Há duas concepções dessa vertente, que enfatizam aspectos distintos:

- uma, privilegia a dimensão técnica, ao conceber a Vigilância da Saúde como um modelo assistencial alternativo, conformado por um conjunto de práticas sanitárias que encerram combinações tecnológicas distintas, destinadas a controlar determinantes, riscos e danos (Paim, 1994);
- uma reforça a dimensão gerencial, caracterizando a Vigilância da Saúde, como "*uma prática que organiza processos de trabalho em saúde sob a forma de operações*", para confrontar problemas de enfrentamento contínuo, num território delimitado (...) através de operações montadas segundo os problemas, nos seus diferentes períodos do processo saúde-doença (Mendes, 1993).

Comparando a Vigilância da Saúde com os modelos assistenciais vigentes (médico-assistencial e sanitário, hegemônicos) constatam-se diferenças quanto a sujeitos, objeto, métodos e forma de organização dos processos de trabalho (Quadro 1). Enquanto o modelo médico-assistencial privilegia o médico, tomando como objeto a doença, em sua expressão individualizada, e utiliza como meios de trabalho os conhecimentos e tecnologias que permitem o diagnóstico e a terapêutica das diversas patologias, o modelo sanitário tem como sujeitos os sanitários, cujo trabalho toma por objeto os modos de transmissão e fatores de risco das diversas doenças, segundo uma perspectiva epidemiológica, e utiliza um conjunto de meios que compõem a tecnologia sanitária (educação em saúde, saneamento, controle de vetores, imunização, etc.)

A Vigilância da Saúde, todavia, propõe a incorporação de novos sujeitos, extrapolando o conjunto de profissionais e trabalhadores de saúde, ao envolver a população organizada, o que corresponde à ampliação do objeto, que abarca, além das determinações clínicoepidemiológicas, no âmbito individual e coletivo, as determinações sociais que afetam os distintos grupos populacionais em função de suas condições de vida. Nessa perspectiva, a intervenção também extrapola o uso dos conhecimentos e tecnologias médico-sanitárias e inclui tecnologias de comunicação social que estimulam a mobilização, a organização e a atuação dos diversos grupos na promoção e na defesa das condições de vida e saúde.

As formas de organização dos processos de trabalho, em cada um desses modelos, são diversas. Do trabalho intensivo condensado na rede de prestação de serviços de saúde, cujo *locus* privilegiado, no modelo médico-assistencial, é o hospital, passa-se, no modelo sanitário, às uni-

**criação dos  
Departamentos de  
Vigilância da Saúde**

**combinações tecnológi-  
cas distintas x processos  
de trabalho sob a forma  
de operações**

**ampliação do  
objeto e do caráter  
da intervenção**

dades de saúde, a partir das quais se operacionalizam as campanhas, programas e ações das Vigilância Epidemiológica e Sanitária. A proposta de Vigilância da Saúde, entretanto, transcende os espaços institucionalizados do "sistema de serviços de saúde", se expande a outros setores e órgãos de ação governamental e não-governamental, e envolve uma trama complexa de entidades representativas dos interesses de diversos grupos sociais.

#### características de Vigilância da Saúde

Em síntese, a Vigilância da Saúde apresenta sete características básicas: a) intervenção sobre problemas de saúde (danos, riscos e/ou determinantes); b) ênfase em problemas que requerem atenção e acompanhamento contínuos; c) operacionalização do conceito de risco; d) articulação de ações promocionais, preventivas e curativas; e) atuação intersetorial; f) ações sobre o território; g) intervenção sob forma de operações.

**Quadro 1** Modelos assistenciais e Vigilância da Saúde

Modelo	Sujeito	Objeto	Meios de trabalho	Formas de organização
Modelo médico-assistencial privatista	Médico <ul style="list-style-type: none"> <li>• especialização</li> <li>• complementariedade (paramédicos)</li> </ul>	Doença (patologia e outras) Doentes (clínica e cirurgia)	Tecnologia médica (indivíduo)	Rede de serviços de saúde Hospital
Modelo sanitaria	Sanitarista <ul style="list-style-type: none"> <li>• auxiliares</li> </ul>	Modos de transmissão Fatores de risco	Tecnologia sanitária	Campanhas sanitárias Programas especiais Sistemas de Vigilância Epidemiológica e Sanitária
Vigilância da Saúde	Equipe de saúde População (cidadãos)	Danos, riscos, necessidades e determinantes dos modos de vida e saúde (condições de vida e trabalho)	Tecnologias de comunicação social, de planejamento e programação local situacional e tecnologias médico-sanitárias	Políticas públicas saudáveis <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ações intersetoriais</li> <li>• Intervenções específicas (promoção, prevenção e recuperação)</li> <li>• Operações sobre problemas e grupos populacionais</li> </ul>

## A operacionalização da Vigilância da Saúde no município

No momento atual, a elaboração de propostas de operacionalização da Vigilância toma como eixo central o processo de municipalização. Considerando os incentivos financeiros previstos na NOB 96, as ações de capacitação de pessoal e de cooperação técnica, previstas no VIGISUS, a possibilidade de assessoria por parte das Secretarias Estaduais de Saúde e de instituições acadêmicas, o município vê-se diante do desafio de reorientar o conjunto de ações e serviços desenvolvidos no sistema municipal de saúde. Quais sejam: a) assumir e consolidar a Vigilância Epidemiológica; b) assumir e consolidar a Vigilância Sanitária; c) assumir e implementar os programas de saúde da família; d) reorganizar o perfil de oferta das unidades básicas, considerando os programas especiais e o perfil epidemiológico da população; e) articular a atenção de média e alta complexidades, fortalecendo a rede pública e renegociando a compra de serviços ao setor privado; f) redefinir as assistências laboratorial e farmacêutica.

**municipalização**

Adotar a concepção ampliada de Vigilância da Saúde, visando a transformação do modelo de atenção à saúde ao nível municipal, implica, em primeiro lugar, avançar no processo de municipalização da gestão do sistema e da gerência das unidades de saúde localizadas no território dos municípios. Em segundo lugar, implica investir na articulação intersetorial, na reorganização da atenção primária (oferta organizada e ações de promoção da saúde e prevenção de riscos e agravos, partindo dos territórios da "saúde da família" aos territórios distrital e municipal) e no fortalecimento do controle social sobre a gestão do sistema de saúde.

O ponto de partida para o desencadeamento do processo de planejamento da Vigilância da Saúde é a territorialização do sistema municipal de saúde. Isto é, – o reconhecimento e o esquadramento do território do município segundo a lógica das relações entre condições de vida, saúde e acesso às ações e serviços de saúde. Isto implica um processo de coleta e sistematização de dados demográficos, socioeconômicos, político-culturais, epidemiológicos e sanitários que, posteriormente, devem ser interpretados segundo o mapa básico e os mapas temáticos do município.

**territorialização**

Um mapa básico contém a delimitação territorial do município, com o desenho da configuração urbano-rural. Ou seja, contém a delimitação dos distritos, bairros, ruas, contempla o adensamento demográfico da população. Os mapas temáticos implicam, em primeiro lugar, a localização espacial dos serviços de saúde e outros equipamentos sociais, como creches, escolas, igrejas, etc, e a delimitação das vias de

acesso da população aos serviços; essas medidas fornecem uma idéia dos fluxos de demanda às diversas unidades de saúde do município.

Em segundo lugar, deve-se caracterizar os diversos grupos populacionais dos municípios, segundo suas condições de vida, o que permitirá a justaposição do mapa básico aos mapas temáticos dos serviços de saúde e o das condições de vida. Finalmente, é necessário fazer a distribuição espacial dos principais problemas de saúde, identificados em função de informações epidemiológicas extraídas de bancos de dados oficiais, ou obtidas através de "estimativa rápida", com "informantes-chave", e cruzar estas informações com os mapas elaborados anteriormente.

#### definição de prioridades

O propósito fundamental desse processo de territorialização é permitir a definição de prioridades, em termos de problemas e grupos, a mais aproximada possível, o que se refletirá na definição das ações mais adequadas, de acordo com a natureza dos problemas identificados, bem como na concentração de intervenções sobre grupos priorizados. Quer-se, conseqüentemente, conseguir um maior impacto positivo sobre os níveis de saúde e as condições de vida. Uma vez que se conte com a territorialização do município, segundo as condições de vida e saúde, enquanto parte da análise da situação de saúde, é possível dar seguimento ao processo de planejamento e programação local; esse processo, porém, não se esgota na mera racionalização da oferta de serviços ambulatoriais e hospitalares, tal como ocorreu na maioria dos Estados durante o primeiro movimento da Programação Pactuada Integrada (PPI).

#### tomada de decisões

O município pode construir uma "árvore de problemas", ou um "fluxograma situacional", para sistematizar as informações acerca dos problemas de saúde, e subsidiar, assim, um processo de tomada de decisões com relação ao "que fazer" para enfrentá-los. Essas decisões contemplam uma "árvore de objetivos", da qual derivam as ações a serem realizadas nos territórios considerados segundo uma perspectiva inter-setorial.

#### reorganização de equipes de trabalho e controle gerencial e social

O conjunto das ações e serviços definidos para o enfrentamento dos problemas selecionados constituem as operações a serem implementadas, segundo uma lógica que privilegie não a organização de estruturas burocráticas para administrar os recursos humanos e materiais envolvidos, mas sim a perspectiva de flexibilização gerencial (por projetos). Essa última, implica a reorganização de equipes de trabalho e o gerenciamento descentralizado e modular, e privilegia o controle gerencial e social do processo de implementação das ações. Do ponto de vista do conteúdo, as operações definidas no âmbito do município poderão incorporar desde ações políticas, de mobilização social, no âmbito de organizações governamentais e não-governamentais, até ações de sa-

úde propriamente ditas, envolvendo a educação sanitária e a comunicação social, dirigidas a grupos específicos, em função da distribuição social dos problemas de saúde, ações de Vigilância Epidemiológica, Sanitária e nutricional, e até serviços de assistência direta a pessoas, ao nível ambulatorial e hospitalar.

Na perspectiva técnica da implementação da Vigilância da Saúde, a metodologia de planejamento e programação poderia ser aplicada em distintos momentos, na seguinte seqüência lógica: análise da situação de saúde; desenho de situação-objetivo; desenho das estratégias; programação, acompanhamento e avaliação.

### Comentários finais

Planejar e programar o desenvolvimento da Vigilância da Saúde em um território específico, exige um conhecimento detalhado das condições de vida e trabalho das pessoas que residem no território, bem como das formas de organização e de atuação dos diversos órgãos governamentais e não-governamentais, para que se possa ter "visão estratégica", isto é, clareza sobre o que é necessário, e possível, fazer. Exige também uma disponibilidade e um interesse em desenvolver uma ação comunicativa, isto é, em participar de um diálogo permanente com os representantes desses órgãos, com os representantes dos grupos sociais, e com as pessoas, de um modo geral, buscando envolvê-las em um trabalho coletivo.

A operacionalização dessas idéias supõe identificar novas maneiras de pensar o processo de trabalho em saúde. Independentemente das diversas concepções de Vigilância, é possível destacar a preocupação com o impacto sobre o estado de saúde da população e a situação epidemiológica. Isto significa uma possibilidade de reconceitualização do objeto das práticas de saúde. E, por conseguinte, a formulação de indagações sobre a pertinência, a consistência ou a eficácia dos meios de trabalho e do trabalho propriamente dito, indagações a serem utilizadas para a apreensão e/ou transformação desse objeto.

### Referências bibliográficas

- COSTA, E. A., 1998. *Vigilância Sanitária: defesa e proteção da saúde*. São Paulo: Tese de doutoramento - Faculdade de Saúde Pública - USP, p. 327.
- MENDES, E. V., 1993. Planejamento e programação local da Vigilância da Saúde no Distrito Sanitário. Série *Desenvolvimento de Serviços de Saúde*, nº 13, Brasília: OPS.
- PAIM, J. S., 1994. A Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais. In: ROUQUAYROL, M. Z. *Epidemiologia & Saúde*, São Paulo: MEDSI, p. 455-466.
- TEIXEIRA, C. F., 1993. Planejamento e programação situacional em distritos sanitários. In: MENDES, E.V. *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo: HUCITEC/Abrasco, p. 237-265.
- WALDMAN, E. A., 1992. As concepções de vigilância como instrumento de saúde pública e a implantação do SUS. In: *Seminário Nacional de Vigilância Epidemiológica. Anais*. Brasília: MS.FNS. CENEPI, p. 45-51.