

POLÍTICA NACIONAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
Documento Base
GT-PNVS (Portaria SVS nº 14, de 22/08/2013)

ESTRUTURA DO DOCUMENTO

- I. Apresentação
- II. Introdução
- III. Objetivos Gerais
- IV. Princípios
- V. Diretrizes
- VI. Responsabilidades
- VII. Organização da Vigilância em Saúde
- VIII. Financiamento

I – APRESENTAÇÃO

A Portaria nº 1.378/GM/MS, de 09 de julho de 2013, determinou a criação de um Grupo de Trabalho Tripartite para discussão e elaboração da Política Nacional de Vigilância em Saúde (GT-PNVS), que foi instituído pela Portaria nº 14/SVS/MS, de 22 de agosto de 2013, com a finalidade de discutir e formular a Política Nacional de Vigilância em Saúde (GT-PNVS), visando o enfrentamento do Estado brasileiro aos desafios postos à vigilância em saúde pelas mudanças relacionadas à transição demográfica e epidemiológica e aos determinantes sociais.

Esse grupo é composto por representantes da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS); Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA/MS); Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS).

Desde sua instituição, o grupo tem realizado reuniões periódicas para a construção de um documento base a ser submetido à consulta de especialistas dos campos de atuação da Vigilância e, finalmente à consulta pública. Como produto final se propõe a elaboração da minuta da Portaria da Política Nacional de Vigilância em Saúde, a ser pactuada na Comissão Intergestores Tripartite – CIT e submetida à aprovação do Conselho Nacional de Saúde – CNS.

O presente documento foi discutido em diversos encontros com Dirigentes Estaduais de Vigilância em Saúde, de Vigilância Sanitária, representantes dos Conselhos das Secretarias Municipais – COSEMS e Secretários Municipais de Saúde, com destaque para a 1ª Reunião de Dirigentes de Vigilância em Saúde, realizado em 2014 durante o XXX Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde em Serra/ES e posteriormente validado por meio de contribuições feitas no FORMSUS.

O documento base ora apresentado representa a primeira etapa da construção da PNVS, com discussões restritas ao âmbito da gestão, tendo sido garantida a representatividade da União, Estados e Municípios.

Posteriormente, a proposta do GT-PNVS é apresentar este documento base para estimular a discussão com a sociedade – gestores, especialistas, profissionais, usuários do SUS - na perspectiva de fundamentar a construção do documento final da PNVS.

II - INTRODUÇÃO

A vigilância em saúde constitui um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise de dados e disseminação de informações sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública, incluindo a regulação, intervenção e atuação em condicionantes e determinantes da saúde, para a proteção e promoção da saúde da população, prevenção e controle de riscos, agravos e doenças.

As ações de vigilância em saúde devem ocorrer de forma articulada com as demais ações e serviços desenvolvidos e ofertados no SUS visando a integralidade da atenção à saúde da população. A articulação entre as vigilâncias (epidemiológica, em saúde ambiental, da saúde do trabalhador e sanitária) e as contribuições de diversas disciplinas (geografia, planejamento urbano, epidemiologia, administração e ciências sociais dentre outras) devem ser incorporadas na construção da vigilância em saúde, tendo como suporte político-institucional o processo de descentralização e de reorganização dos serviços e das práticas de saúde no nível local.

Nessa direção, a vigilância em saúde deve se constituir em um espaço de articulação de conhecimentos e técnicas, abrangendo processos e práticas relacionados às seguintes áreas:

I - vigilância epidemiológica: vigilância e controle das doenças transmissíveis, não transmissíveis e agravos, como um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento e a detecção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças e agravos à saúde;

II - vigilância em saúde ambiental: conjunto de ações e serviços que propiciam o conhecimento e a detecção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de recomendar e adotar medidas de promoção à saúde, prevenção e monitoramento dos fatores de riscos relacionados às doenças ou a outros agravos à saúde;

III - vigilância em saúde do trabalhador: conjunto de ações que visam à promoção da saúde e à redução da morbimortalidade da população

trabalhadora, por meio da integração de ações que intervenham nos agravos e seus determinantes decorrentes dos modelos de desenvolvimento, de processos produtivos e de trabalho; e

IV - vigilância sanitária: conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços do interesse da saúde. Abrange o controle de bens de consumo, que direta ou indiretamente se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo, e o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

As ações de promoção da saúde¹, a análise da situação² de saúde e as ações laboratoriais³ são fundamentais na efetivação da vigilância em saúde com uma atuação transversal em suas práticas e processos de trabalho.

No Brasil, em décadas recentes, diversas transformações econômicas, sociais e ambientais ocorreram. Evidenciam-se melhorias importantes nas condições de saúde e na expectativa de vida da população brasileira, embora muitos desafios ainda permaneçam para o setor saúde (VICTORA *et al*, 2011).

Por outro lado, a consolidação do Brasil como importante ator internacional gera um crescente fluxo de pessoas e produtos em seu território, o que demanda uma maior capacidade organizativa de resposta a eventos de diferentes naturezas, bem como reporta à necessidade de monitoramento de possíveis mudanças nos perfis epidemiológico e sanitário.

Uma avaliação sobre as principais capacidades e limitações do Brasil em lidar com as emergências de saúde pública, no contexto do Regulamento Sanitário

¹As ações de promoção da saúde são intervenções individuais, coletivas e ambientais relacionadas a determinantes sociais da saúde, abrangendo atividades voltadas para a adoção de hábitos saudáveis e a redução de comportamentos e fatores de risco à saúde, incluindo os relacionados à violência, envolvendo necessariamente ações integradas com outras políticas sociais, ambientais e econômicas de relevância para as condições de saúde da população.

²A análise de situação de saúde compreende ações de monitoramento contínuo da situação de saúde da população do País, Estado, Região, Município ou áreas de abrangência de equipes de atenção à saúde, por estudos e análises que identifiquem e expliquem problemas de saúde e o comportamento dos principais indicadores de saúde, contribuindo para um planejamento de saúde mais abrangente.

³As ações laboratoriais propiciam o conhecimento e a investigação diagnóstica de doenças e agravos e a verificação da qualidade de produtos de interesse de saúde pública, mediante estudo, pesquisa e análises de ensaios relacionados aos riscos epidemiológicos, sanitários, ambientais e do processo produtivo.

Internacional (RSI 2005), considerou que o país está preparado e atende aos requisitos relativos à estrutura, à vigilância e aos procedimentos de resposta preconizados, particularmente nas esferas federal e estadual, persistindo, contudo, fragilidades em relação às fronteiras e às pequenas cidades (TEIXEIRA *et al*, 2012).

Assim, estratégias devem ser discutidas para detectar e responder adequadamente às emergências em saúde pública (BRASIL, 2013), de modo a fortalecer a capacidade de vigilância e resposta nos estados e municípios e a incorporação das ações nos serviços de saúde, inclusive no setor privado.

Diversos fatores têm provocado a emergência de novos e mais complexos objetos que desafiam as vigilâncias em saúde nacional e internacional, que devem se preparar para lidar com os maiores riscos inerentes ao processo de desenvolvimento e de globalização (BRASIL, 2013).

Em um contexto de mudanças nacionais e internacionais, é imprescindível a busca por novas tecnologias, processos e respostas para o enfrentamento das questões postas, sendo necessários esforços conjuntos e contínuos das três esferas gestoras e da sociedade para identificar os problemas e as estratégias para enfrentá-los (BRASIL, 2013).

As transições demográfica e epidemiológica foram importantes para as mudanças no perfil de morbimortalidade (BARRETO e CARMO, 2007; VICTORA *et al*, 2011) e, conseqüentemente, para a reordenação das ações de vigilância em saúde. 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, como também os riscos decorrentes da produção e do uso de produtos e serviços de interesse à saúde, do meio ambiente e do processo produtivo vêm provocando a modernização das estratégias de ação no campo da saúde pública, tanto pela ampliação e diversificação do seu objeto quanto pela incorporação de novas tecnologias de informação e organização das ações.

No âmbito da vigilância das doenças transmissíveis, apesar da redução significativa da participação das doenças infecciosas no perfil da mortalidade do nosso país, esse grupo de doenças continua como um importante problema de saúde pública (BARRETO E CARMO, 2007; BARRETO *et al*, 2009; BRASIL, 2013). Várias dessas doenças são, ao mesmo tempo, determinadas e perpetuadoras da

pobreza e da exclusão social. Dar-lhes prioridade é um respeito ao princípio da equidade, sendo um desafio para a vigilância a melhoria das ações de prevenção e controle das mesmas. Para tanto, é fundamental fortalecer a produção de informação e de análises epidemiológicas, aprimorando a articulação das ações de vigilância com a atenção em saúde, fomentando a implantação de redes integradas, que envolvam as atenções básica, especializada e de alta complexidade, sob a perspectiva da regionalização.

A vigilância em saúde deve estar vinculada ao contexto sanitário-epidemiológico, ao desenvolvimento econômico e aos processos contemporâneos da internacionalização de mercados. Assim as práticas de vigilância devem ser a expressão de políticas públicas, operacionalizadas por ações normativas, jurídicas, técnicas e científicas, visualizadas nas suas relações intersetoriais, buscando a promoção e proteção da saúde e a qualidade de vida da população.

As tendências observadas nas condições de saúde da população brasileira devem ser interpretadas à luz dos determinantes sociais de saúde, como mudanças econômicas e políticas; mudanças em comportamentos e hábitos; intensa urbanização; acesso à educação; e queda da fertilidade (VICTORA *et al*, 2011). Além disso, a globalização da produção de bens e serviços, em conjunto com a grande mobilidade dos povos (viagens e migrações), leva a riscos compartilhados globalmente. Os riscos tecnológicos, incluindo aqueles específicos da assistência à saúde, determinam a necessidade de mecanismos de proteção.

Tendo em vista os determinantes das Doenças e Agravos não Transmissíveis (DANT), deve-se buscar a implantação de medidas preventivas e de promoção da saúde com efetividade comprovada para reduzir seus fatores de risco, tais como tabagismo, alto consumo de sal, sedentarismo, álcool, entre outros, bem como acidentes e violências (trabalho, trânsito, doméstico, etc.), além de riscos ambientais (água, agrotóxicos, desastres, poluição atmosférica, etc.) e sanitários (produtos e serviços ofertados a população).

Nos aspectos de riscos ambientais (água, agrotóxicos, desastres, poluição atmosférica, etc.) e sanitários (produtos e serviços ofertados a população), a tomada de ações aplica-se pela suficiência do conhecimento científico existente, entretanto algumas medidas necessárias são baseadas no princípio da precaução, quando há evidências de que a falta de ação pode implicar em dano, e quando a ação pode ser

justificada com base em julgamentos razoáveis de custo-benefício (Comissão Européia, 2000). Ao mesmo tempo, a vigilância dos eventos relevantes para a saúde pública (ex.: mortalidade infantil e materna) deve ser fortalecida.

É imprescindível, conseqüentemente, a construção de evidências para avaliação da efetividade das ações de vigilância e de promoção da saúde, além da introdução rápida e de forma sustentável de novas tecnologias, com avaliação do impacto, oportunidade e qualidade das ações de vigilância, proteção, promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento, por meio do aperfeiçoamento da produção de informações e de análises da situação de saúde.

Para enfrentar os desafios referidos, são colocadas questões para o debate, que devem confluir para “a construção de uma Política Nacional de Vigilância que reconheça as diversidades regionais e expresse as semelhanças e as especificidades das três esferas de governo” (BRASIL, 2013. p.13). Essa política terá um papel estratégico e pedagógico importante, na medida em que se configurar como instrumento integrador da vigilância em saúde como campo da saúde pública, devendo ser trabalhada em consonância com os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

III - OBJETIVOS GERAIS

Definir os fundamentos básicos da organização e das práticas da vigilância em saúde no Sistema Único de Saúde, com a finalidade de promover e proteger a saúde da população.

IV - PRINCÍPIOS⁴

A Vigilância em Saúde tem como fundamentos os seguintes princípios:

1. Utilização da epidemiologia e do mapeamento de risco sanitário e ambiental para o conhecimento do território e estabelecimento de prioridades nos

⁴ Entende-se princípio enquanto causa primária, base ou fundamento capaz de direcionar valores na esfera individual e coletiva.

processos de planejamento, na alocação de recursos e na orientação programática;

2. Articulação das ações de vigilância em saúde com as demais ações e serviços desenvolvidos e ofertados no Sistema Único de Saúde (SUS) para garantir a integralidade⁵ da atenção à saúde da população;
3. Descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo;
4. Inserção da vigilância em saúde no processo de regionalização das ações e serviços de saúde;
5. Identificação dos condicionantes e determinantes de saúde no território, atuando de forma compartilhada com outros setores envolvidos e em consonância com o princípio da equidade.
6. Acesso universal e contínuo a ações e serviços de vigilância em saúde, integrados a rede de atenção à saúde, promovendo a corresponsabilização pela atenção às necessidades de saúde dos usuários e da coletividade;
7. Participação da sociedade de forma a ampliar sua autonomia, emancipação e envolvimento na construção da consciência sanitária, na organização e orientação dos serviços de saúde e no exercício do controle social;
8. Cooperação e articulação intra e intersetorial para ampliar a atuação sobre determinantes e condicionantes da saúde;
9. Garantia do direito das pessoas e da sociedade às informações geradas pela Vigilância em Saúde, respeitadas as limitações éticas e legais.

⁵ A partir da definição legal (Lei 8080 / 1990, Art. 7), entende-se a integralidade da atenção como um conjunto articulado de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema. Deve compreender o acesso às ações, serviços e produtos seguros e eficazes, indispensáveis para as necessidades de saúde da população, objetivando promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e os riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes.

V - DIRETRIZES⁶

As diretrizes consideram os princípios, o processo de trabalho e a organização e gestão do SUS, observando as especificidades das diversas áreas da vigilância em saúde, sendo resultado de um processo amplo de discussão e pactuação entre as três esferas de governo, contemplando as múltiplas visões dos atores envolvidos no processo:

1. Articular e pactuar responsabilidades das três esferas de governo, consonante com os princípios do SUS, respeitando a diversidade e especificidade locorregional;
2. Abranger ações voltadas à saúde pública, com intervenções individuais ou coletivas, prestadas por serviços de vigilância sanitária, epidemiológica, em saúde ambiental e em saúde do trabalhador, em todos os pontos de atenção;
3. Construir práticas de gestão e de trabalho que assegurem a integralidade do cuidado, com a inserção das ações de vigilância em saúde em toda a Rede de Atenção à Saúde e em especial na Atenção Primária, como coordenadora do cuidado;
4. Integrar as práticas e processos de trabalho das vigilâncias epidemiológica, sanitária, em saúde ambiental e do trabalhador e dos laboratórios de saúde pública, preservando suas especificidades, compartilhando saberes e tecnologias, promovendo o trabalho multiprofissional e interdisciplinar;
5. Promover a cooperação e o intercâmbio técnico científico no âmbito nacional e internacional;
6. Atuar na gestão de risco por meio de estratégias para a identificação, planejamento, intervenção, regulação, comunicação e monitoramento de riscos, doenças e agravos à população;
7. Promover análise da situação da saúde da população de forma a fortalecer gestão e práticas em saúde coletiva com base em evidências;
8. Avaliar o impacto de novas tecnologias e serviços relacionados à saúde de forma a prevenir riscos e eventos adversos.

⁶ Entendem-se Diretrizes como linhas que fundamentam as ações e explicitam as finalidades da PNVS.

VI - DAS RESPONSABILIDADES

DA UNIÃO:

Compete ao Ministério da Saúde, por intermédio da Secretaria de Vigilância em Saúde e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), a gestão da vigilância em saúde no âmbito da União, compreendendo:

I - participação na formulação de políticas, diretrizes e prioridades em vigilância em saúde no âmbito nacional;

II - coordenação nacional das ações de vigilância em saúde, com ênfase naquelas que exigem simultaneidade nacional ou regional;

III - coordenação das ações de monitoramento da qualidade e segurança dos bens, produtos e serviços sujeitos à vigilância sanitária;

IV - coordenação das ações de laboratório necessárias para a vigilância em saúde;

V – ações de promoção da saúde;

VI – coordenação de programas estratégicos nacionais voltados à atuação da vigilância em saúde;

VII - coordenação das ações de vigilância em saúde, nas emergências em saúde pública de importância nacional e internacional, em consonância com o Regulamento Sanitário Internacional, bem como cooperação com Estados, Distrito Federal e Municípios em situação de emergências em saúde pública, quando indicada;

VIII - normalização técnica;

IX - regulação, controle, avaliação e fiscalização de procedimentos, produtos, substâncias e serviços de saúde e de interesse para a saúde;

X - promoção da harmonização dos procedimentos sanitários no âmbito da vigilância sanitária;

XI - apoio e cooperação técnica junto aos Estados, Distrito Federal e aos Municípios para o fortalecimento da gestão da vigilância em saúde;

- XII - execução das ações de vigilância em saúde de forma complementar à atuação dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, podendo atuar de forma suplementar no âmbito da vigilância sanitária;
- XIII - execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras, podendo ser compartilhada com estados e municípios;
- XIV - monitoramento e avaliação das ações de vigilância em saúde;
- XV - promoção e desenvolvimento de ações e estratégias que contribuam para a participação e o controle social em vigilância em saúde;
- XVI – gestão dos sistemas nacionais de informação de interesse da vigilância em saúde;
- XVII - participação ou execução da educação permanente em vigilância em saúde;
- XVIII - desenvolvimento de estratégias e implementação de ações de educação, comunicação e mobilização social referentes à vigilância em saúde;
- XIX - promoção da cooperação e do intercâmbio técnico-científico com organismos governamentais e não governamentais, de âmbito nacional e internacional, na área de vigilância em saúde;
- XX - promoção e realização de estudos, pesquisas e avaliação de tecnologias que contribuam para o aperfeiçoamento das ações e incorporação de inovações na área de vigilância em saúde;
- XXI - provimento de insumos estratégicos conforme termos pactuados na Comissão Intergestores Tripartite (CIT);
- XXII - gestão dos estoques nacionais de insumos estratégicos, de interesse da vigilância em saúde;
- XXIII - participação no financiamento das ações de vigilância em saúde.

DOS ESTADOS:

Compete às Secretarias Estaduais de Saúde a gestão das ações de vigilância em saúde no âmbito de seus limites territoriais e de acordo com as políticas, diretrizes e prioridades estabelecidas, compreendendo:

- I – definição de prioridades com base nas políticas e diretrizes na área de vigilância, no âmbito de seus limites territoriais;
- II - coordenação das ações com ênfase naquelas que exigem simultaneidade estadual, regional e municipal;
- III - coordenação e execução das ações de laboratório necessárias para a vigilância em saúde;
- IV - coordenação e execução de programas estratégicos estaduais voltados à atuação da vigilância em saúde;
- V – coordenação das ações de vigilância, nas emergências em saúde pública de importância estadual, bem como cooperação com Municípios em situação de emergências em saúde pública de importância municipal, quando indicado e com outras unidades federadas quando solicitado;
- VI – normalização técnica complementar à disciplina nacional;
- VII – regulação, controle, avaliação e fiscalização de procedimentos, produtos, substâncias e serviços de saúde e de interesse para a saúde.
- VIII – apoio e cooperação técnica junto aos Municípios no fortalecimento da gestão das ações de vigilância;
- IX- execução das ações de vigilância de forma complementar a atuação dos Municípios;
- X - colaboração com a União na execução das ações sob vigilância sanitária de Portos, Aeroportos e Fronteiras, conforme pactuação tripartite;
- XI- monitoramento e avaliação das ações de vigilância em seu âmbito territorial;
- XII - promoção e desenvolvimento de ações e estratégias que contribuam para a participação e o controle social em vigilância em saúde;
- XIII- gestão dos sistemas de informação de interesse da vigilância em seu âmbito territorial;
- XIV- fomento e execução da educação permanente em seu âmbito de atuação;
- XV - desenvolvimento de estratégias e implementação de ações de educação, comunicação e mobilização social;
- XVI - promoção da cooperação e do intercâmbio técnico científico com organismos governamentais e não governamentais, de âmbito estadual, nacional e internacional;

- XVII - provimento de insumos estratégicos conforme termos pactuados nas Comissões Intergestores Tripartite e Bipartite;
- XVIII - gestão dos estoques estaduais de insumos estratégicos de interesse da vigilância em saúde;
- XIX- participação no financiamento das ações de vigilância;

DOS MUNICÍPIOS:

Compete às Secretarias Municipais de Saúde a gestão das ações de vigilância em saúde no âmbito de seus limites territoriais, de acordo com a política, diretrizes e prioridades estabelecidas, compreendendo:

- I – definição de prioridades com base nas políticas e diretrizes na área de vigilância, no âmbito de seus limites territoriais;
- II - coordenação municipal e execução das ações de vigilância;
- III - coordenação das ações de laboratório necessárias para a vigilância em saúde;
- IV - coordenação e execução dos programas estratégicos municipais voltados a atuação da vigilância em saúde;
- V - coordenação das ações de vigilância, nas situações de emergências em saúde pública de importância municipal;
- VI - normalização técnica complementar ao âmbito nacional e estadual;
- VII – regulação, controle, avaliação e fiscalização de procedimentos, produtos, substâncias e serviços de saúde e de interesse para a saúde.
- VIII - colaboração com a União na execução das ações sob vigilância sanitária de Portos, Aeroportos e Fronteiras, conforme pactuação tripartite;
- IX- monitoramento e avaliação das ações de vigilância em seu território;
- X - promoção e desenvolvimento de ações e estratégias que contribuam para a participação e o controle social em vigilância em saúde;
- XI – gestão e alimentação, no âmbito municipal, dos sistemas de informação de interesse da vigilância;
- XII - promoção e execução da educação permanente em seu âmbito de atuação;

- XIII - desenvolvimento de estratégias e implementação de ações de educação, comunicação e mobilização social;
- XIV - promoção da cooperação e do intercâmbio técnico-científico com organismos governamentais e não governamentais de âmbito municipal, intermunicipal, estadual, nacional e internacional;
- XV - provimento de insumos estratégicos conforme termos pactuados nas Comissões Intergestores Tripartite e Bipartite;
- XVI- gestão do estoque municipal de insumos de interesse da vigilância em saúde;
- XVII - participação no financiamento das ações de vigilância.

DO DISTRITO FEDERAL:

A gestão das ações de vigilância em saúde no Distrito Federal compreenderá, simultaneamente, as competências relativas a Estados e Municípios.

VII - ORGANIZAÇÃO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Entende-se a vigilância em saúde como ação universal, permanente e integrante das atividades estratégicas do SUS. Nesse sentido, a Política Nacional de Vigilância em Saúde deve estar articulada e integrada com as demais políticas do SUS e com outras políticas públicas, considerando tanto o respeito às características de cada processo e suas singularidades como a responsabilização no âmbito local e regional.

1. Processos de trabalho da vigilância em saúde e o território

Os processos de trabalho são definidos a partir dos objetos, dos instrumentos, da finalidade e dos agentes que o realizam. São diversos os processos de trabalho da vigilância em saúde, os quais devem estar articulados às demais práticas de

saúde para enfrentar os problemas a partir dos territórios sob responsabilidade de um dado serviço e esfera de gestão.

A lei orgânica da saúde explicita as responsabilidades de atuação para cada ente federado, cabendo à União a complementaridade das ações e serviços estaduais e aos estados a complementaridade dos serviços municipais. A ANVISA também tem em seu arcabouço a responsabilidade de atuar de forma suplementar aos demais entes. Neste sentido, os processos de trabalho dos entes federados devem considerar o apoio técnico necessário para que sejam garantidas as responsabilidades sanitárias.

Para atender as especificidades do território sob a responsabilidade de um dado serviço, o trabalho deve ser pautado pelo conhecimento epidemiológico, sanitário, social, demográfico, ambiental, econômico, cultural e político do território.

A organização dos processos de trabalho relacionados à vigilância em saúde deve ocorrer em diversas situações, a saber:

- No âmbito dos serviços de vigilância em saúde, com o desenvolvimento de trabalho multiprofissional e interdisciplinar, garantindo as singularidades de cada área e o desenvolvimento de uma excelência técnica responsável;
- Nos diversos serviços de saúde, desde a UBS até os serviços de média e alta complexidade, contribuindo para uma maior racionalidade do atendimento integral;
- Nas ações de apoio institucional ou matricial aos serviços de saúde. No primeiro, a vigilância em saúde é partícipe de uma equipe que se encarrega da operacionalização da Rede de Atenção à Saúde e seus serviços, colaborando na construção da integralidade. No segundo, contribui para qualificar a construção dos projetos terapêuticos singulares e coletivos junto às equipes de saúde.

Os processos de trabalho devem considerar a colaboração necessária para a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração das diversas ações e serviços que compõem a rede de atenção à saúde; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos e do manejo das diversas tecnologias de

cuidado e de gestão necessárias ao tratamento e reabilitação; nas demais responsabilidades específicas da vigilância em saúde.

2. Regionalização

A regionalização é uma diretriz do SUS e deve orientar a descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores, sendo essencial a inserção da vigilância em saúde neste processo. Segundo o Decreto nº 7508 (BRASIL, 2011), para ser instituída uma Região de Saúde deve conter, no mínimo, ações e serviços de atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar e de vigilância em saúde.

A necessidade de articular as ações de vigilância em saúde com a promoção e atenção em saúde no âmbito da região de saúde, parte do entendimento de região como um território vivo que possui condicionantes e determinantes sócio ambientais e políticos no processo de produção de saúde e adoecimento.

Vários são os serviços de interesse à vigilância em saúde, principalmente aqueles que demandam mais estrutura técnica e operacional, que devem ser trabalhados em redes e com pactuações regionais, tais como: laboratórios de saúde pública; unidades de vigilância epidemiológica hospitalar; unidades de vigilância de zoonoses (UVZ); centros de referência em saúde do trabalhador; câmaras frias para armazenamento de imunobiológicos; centros de referência para imunobiológicos especiais; centrais de armazenamento e distribuição de equipamentos; centrais de armazenamento de inseticidas; serviços de verificação de óbitos, dentre outros.

É importante ressaltar a especificidade da vigilância sanitária que está associada ao poder de polícia exercido em determinado território, pois as ações de inspeção e fiscalização sanitária só podem ser exercidas pela autoridade sanitária local, resguardados os casos previstos em lei.

3. Inserção da vigilância em saúde na Rede de Atenção à Saúde (RAS)

A partir da análise da situação de saúde é possível observar que o Brasil é caracterizado por diferenças sócio econômicas e de necessidades de saúde da

população entre as regiões, demonstrando a complexidade do processo de constituição de um sistema unificado e integrado no país.

Embora sejam inegáveis e representativos os avanços alcançados pelo SUS nos últimos anos, torna-se cada vez mais evidente a dificuldade em superar a intensa fragmentação das ações e serviços de saúde e qualificar a gestão do cuidado no contexto atual.

O modelo de atenção à saúde organizado em Rede de Atenção à Saúde (RAS) articula as relações entre a população estratificada por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias.

Este modelo aponta para a necessidade de uma organização que construa a intersetorialidade para a promoção da saúde, contemple a integralidade, considere as vulnerabilidades de grupos ou populações e suas necessidades, fortalecendo as ações sobre as condições crônicas.

Neste contexto em 2010, foram estabelecidas diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2010).

A integralidade da atenção à saúde se inicia e se completa na RAS (Decreto nº 7508/2011), arranjo organizativo de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. A RAS caracteriza-se pela formação de relações horizontais entre os diversos pontos de atenção, com centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde (APS), centralidade nas necessidades em saúde de uma população, responsabilização na atenção contínua e integral, cuidado interdisciplinar, compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos.

Com base no exposto, fica claro que não se construirá uma atenção integral sem a efetiva inserção das ações de promoção e vigilância em saúde na organização da RAS, e em especial na APS, com atribuições e responsabilidades definidas, integração dos processos de trabalho, planejamento, programação, monitoramento, avaliação e educação permanente. Neste contexto, especial atenção deve ser dada à compatibilização dos territórios de atuação da APS e da vigilância em saúde.

A construção das linhas de cuidado – aqui entendida como conjunto de saberes, tecnologias e recursos necessários ao enfrentamento de determinado risco, agravo, situações de vulnerabilidade ou condições específicas do ciclo de vida – pode ser uma das ferramentas na integração entre a promoção, prevenção, vigilância e assistência nos diversos pontos de atenção da RAS, contribuindo para superar a fragmentação da atenção à saúde. No entanto, essa construção deve levar em consideração as diferentes realidades locais, o papel da atenção primária e a inserção da VS, não focando apenas na média e alta complexidade.

Como forma de consolidar a vigilância em saúde na RAS, propõe-se que as linhas de cuidado sejam construídas, não por patologia isolada, mas por agrupamentos de agravos e determinantes de saúde, identificando riscos e situações de vulnerabilidade.

4. Planejamento, Monitoramento e Avaliação

Para a construção de agendas estratégicas, com objetivos claros e bem definidos, deve-se investir na consolidação de processos de gestão e planejamento, bem como no aprimoramento das informações e no monitoramento sistemático de resultados.

O planejamento e a execução das ações de vigilância em saúde devem ter como base a análise da situação de saúde, identificando os fatores condicionantes e determinantes, as necessidades de saúde no território, o grau e a forma de urbanização, as diferenças socioeconômicas, culturais e ambientais, entre outras, que interferem no risco de ocorrência de várias doenças e agravos.

Nessa direção, cada um dos três entes estabelece as suas prioridades políticas, no cumprimento de suas responsabilidades sanitárias. A programação das ações de vigilância em saúde, no âmbito da programação anual de saúde, deverá ser construída desde o território, o município, a região de saúde, o estado e o país. Essa programação deve estar em consonância com o estabelecido nos planos de saúde.

O planejamento regional integrado deve ser baseado nas necessidades da população de uma determinada região de saúde e construído a partir da definição da política de saúde de cada ente federativo, consubstanciada em seus Planos de

Saúde, devendo ser pactuado, monitorado e avaliado pelas Comissões Intergestores Regionais - CIR.

O monitoramento e a avaliação devem ser utilizados pelas três esferas de governo como ferramentas capazes de identificar problemas e possibilitar a revisão das estratégias definidas. Para isso, é fundamental a integração dos sistemas de informação, de forma a subsidiar o processo de gestão e promover a transparência.

5. Sistemas de Informação

O uso da tecnologia da informação é fundamental em seu processo de trabalho, considerando que a coleta, consolidação, análise de dados e a disseminação de informações sobre eventos relacionados à saúde são basilares para as ações de Vigilância em Saúde.

A integração e aperfeiçoamento dos sistemas de informação contribuem para aprimorar e consolidar a gestão da Vigilância em Saúde, notadamente nas atividades de planejamento, monitoramento e avaliação. Sua concepção deve levar em conta as diversidades, necessidades e demandas locais e regionais.

Deve ser garantido o acesso integral às bases de dados, produzidas em seu território, necessárias ao desenvolvimento das ações de Vigilância em Saúde sob responsabilidade de cada esfera de governo.

A disseminação de dados e informações deve atender às necessidades de usuários, de profissionais, de gestores, de prestadores de serviços e do controle social, ressalvadas as questões éticas, de sigilo profissional, e os princípios e diretrizes da Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011.

6. Comunicação

No âmbito da Vigilância em Saúde, a comunicação desempenha três funções:

- alerta de risco sanitário, que consiste na divulgação de informações sobre a ocorrência de eventos com potencial de risco à saúde, com detalhada descrição da situação, de cuidados e medidas necessários à redução ou eliminação do risco. Pode ser direcionado a determinados grupos populacionais ou a população em geral. Objetiva a mudança imediata de

comportamentos individuais ou a implementação de medidas de caráter coletivo. Exige a utilização de diferentes veículos de comunicação de forma a atingir, em tempo oportuno, o público-alvo;

- disponibilização de material técnico-científico, voltado para a disseminação do conhecimento, de dados, informações, normativas, com o objetivo de aperfeiçoamento das ações voltadas para a Vigilância em Saúde. Deve ser uma ação de rotina, sempre atualizada, dirigida para públicos específicos e utilizando os meios mais adequados para alcançar sua finalidade; e
- mobilização social, por meio da disseminação de informações, dados, análise de situação de saúde, entre outras ações, com o objetivo de possibilitar a ampliação do comprometimento da população com a eliminação ou redução dos riscos à saúde.

Para que as ações de comunicação sejam efetivas, elas devem ter seu objetivo e público-alvo previamente definidos, de forma a possibilitar a definição das estratégias adequadas a sua implementação, incluindo veículos a serem utilizados, linguagem a ser adotada, tempo ou periodicidade de veiculação. O monitoramento e avaliação dessas ações devem ser incorporadas na rotina das equipes de comunicação, no âmbito da VS, na medida em que seus resultados estão diretamente vinculados às condições de saúde da população.

7. Educação

As ações de educação em saúde devem buscar a expansão e qualificação da vigilância em saúde em todos os pontos de atenção, com a adoção de novos modelos de educação permanente, dotados de metodologias apropriadas e inovadoras. Ademais, é necessário difundir o conhecimento sobre vigilância em saúde para todos os profissionais envolvidos na Atenção a Saúde, setor regulado e população.

Também, deve ser assegurada a gestão do trabalho e educação em vigilância em saúde, em consonância com as necessidades locais e com as diretrizes da Política Nacional de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, de modo a qualificar os profissionais de vigilância e de todos os níveis de atenção; discutir de forma

permanente os processos de trabalho, bem como fomentar formação de profissionais em vigilância nas três esferas de gestão.

8. Emergências

Uma emergência em saúde pública se caracteriza como uma situação que demanda o emprego urgente de medidas de prevenção, controle e contenção de riscos, danos e agravos à saúde pública, conforme Decreto nº 7616/2011.

O Sistema Único de Saúde deve estar preparado para responder de forma oportuna e proporcional às emergências em saúde pública, em alinhamento com o Regulamento Sanitário Internacional que determina a necessidade de estabelecimento de plano de resposta, a ser elaborado por cada esfera de gestão, considerando as vulnerabilidades do seu território e cenários de risco.

Na resposta à emergência em saúde pública, é necessária uma atuação coordenada entre as diversas organizações governamentais e não governamentais envolvidas, articulando e organizando o esforço para a minimização de seus efeitos.

VIII - FINANCIAMENTO

O financiamento das ações da vigilância em saúde deve ser garantido de forma tripartite, contínua, assegurando os recursos e tecnologias necessários ao cumprimento do papel institucional das três esferas de gestão, bem como deve contribuir para o aperfeiçoamento e melhoria da qualidade de suas ações.

As responsabilidades, os requisitos, as prerrogativas, bem como os critérios e mecanismos de transferência dos recursos federais para os estados, municípios e Distrito Federal estão definidos pela normativa vigente do SUS.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
- BRASIL. Decreto nº 7508, 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Inovações e desafios: Vigilância em saúde: Gestão 2011-2013/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 80 p.: il.
- BARRETO, Mauricio Lima; CARMO, Eduardo Hage. Padrões de adoecimento e de morte da população brasileira: os renovados desafios para o Sistema Único de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, supl. Nov. 2007.
- BARRETO, Maurício L. [et al.]. Sucessos e fracassos no controle de doenças infecciosas no Brasil: o contexto social e ambiental, políticas intervenções e necessidades de pesquisa. *The Lancet*. London, p.47-60, maio. 2009.
- FRANCO, Marcos da Silveira, Os modos organizativos e seus sentidos da dignidade na saúde, em Saúde da família nos municípios brasileiros; os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro, SOUZA, Maria Fátima, Saberes Editora, Campinas, SP, 2014
- VICTORA, Cesar G. [et al.]. Condições de saúde e inovação nas políticas de saúde no Brasil: o caminho a percorrer. *The Lancet*. London, p.90-102, maio. 2011.
- TEIXEIRA, Maria Glória [et al.]. Evaluation of Brazil's public health surveillance system within the context of the International Health Regulations (2005). **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v. 32, n. 1, July 2012 .