

*Este capítulo faz parte do livro **Políticas Públicas de Alimentação e Nutrição**, organizado pela autora Patricia Constante Jaime e publicado pela Editora Atheneu, em 2019. Em função do Plano USP de contingência na pandemia de COVID19 e, conseqüente, restrição de acesso físico às bibliotecas da universidade, sua cópia eletrônica será disponibilizada no ambiente virtual de ensino e-Disciplinas, exclusivamente para uso didático e sem exploração comercial, aos alunos regularmente inscritos em disciplinas que adotam o referido livro em sua bibliografia básica.*



Vigilâncias em saúde: o lugar da vigilância alimentar e nutricional e da vigilância sanitária de alimentos

- Fabiana Alves do Nascimento
- Kamila Tiemann Gabe
- Patricia Constante Jaime

Breve histórico da vigilância na área da saúde

A prática da vigilância na área da saúde está intimamente vinculada ao desenvolvimento da saúde pública, aos diferentes entendimentos do processo saúde-doença de cada período e local, à maneira de lidar com os doentes, e aos procedimentos utilizados para tentar impedir a disseminação das enfermidades. Tem-se conhecimento de recomendações sanitárias desde a Idade Média, período em que as pessoas eram orientadas a não se deslocar para regiões acometidas por epidemias, e aquelas que ali estavam não deveriam sair. No entanto, a obtenção e o acompanhamento sistemático de dados vitais para o controle de doenças são datados dos séculos XVII e XVIII, assim como os conceitos de isolamento, quarentena e cordão sanitário.

No final do século XIX e início do século XX, as doenças infectocontagiosas (moléstias pestilenciais), como a cólera, a varíola, a febre amarela e a peste bubônica e as doenças infecciosas e parasitárias (doenças de massa), eram as mais disseminadas devido às péssimas condições de vida da maior parte da população. Os serviços de saúde pública de diferentes países, incluindo os do Brasil, passaram a priorizar a resolução destas doenças, devido à ameaça que representavam às relações comerciais e, conseqüentemente, ao próprio modelo econômico agrário-exportador. As notificações de doenças e mortes para a aplicação de medidas de controle, como a quarentena e a internação em hospitais de isolamento, eram limitadas à vigilância de indivíduos.

As ações de caráter coletivo, como a vacinação obrigatória, demolição de moradias coletivas consideradas insalubres, o controle de vetores, o saneamento do espaço urbano e fiscalização dos portos, surgiram com a intensificação do intercâmbio comercial entre os países. No Brasil, um exemplo marcante de ação neste modelo de saúde pública, conhecido como sanitarista-campanhista, foi a vacinação obrigatória contra a varíola no Rio de Janeiro, encabeçada por Oswaldo Cruz. A implementação autoritária desta medida culminou na maior manifestação urbana da cidade, conhecida como "A Revolta da Vacina", em 1904.

Em consequência das campanhas de erradicação de doenças infecciosas, em meados do século XX, sistemas mais complexos de coleta, análise e difusão de dados foram desenvolvidos. Dentre os marcos da vigilância deste período, podem-se citar: a criação do Comunicable

Disease Center, precursor do Centers of Disease Control (CDC), pelo serviço de saúde pública dos EUA em 1946; a criação de programas nacionais de vigilância de doenças específicas na Tchecoslováquia, por Karel Raska, e a erradicação mundial da varíola nos anos 1970 e 1980.

O primeiro conceito de Vigilância em Saúde, descrito por Alexandre Langmuir, em 1963, estabelecia a observação constante da distribuição e de tendências relacionadas às doenças. Esta observação deveria ocorrer por meio da coleta sistemática dos dados, além da consolidação, avaliação e divulgação das informações para todas as pessoas que precisassem conhecê-las.

A partir desta definição, outros conceitos, componentes e campos de atuação foram incorporados em uma perspectiva mais ampla de Vigilância em Saúde. Neste percurso, a noção de risco assumiu papel de destaque à medida que foi sendo constatado que a identificação da causa de determinado agravo à saúde ou doença, como micro-organismos específicos, não era suficiente para explicar sua ocorrência, distribuição e até mesmo gravidade, e que se fazia necessário entender quais fatores poderiam interferir na probabilidade desses desfechos. Surge, assim, a noção de “fatores de risco”, aumentando a demanda por estudos voltados ao desenvolvimento de técnicas estatísticas para calculá-los, sobretudo com o aumento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), cujas causas não são diretamente identificáveis.

No Brasil, com a intensificação de debates sobre a complexidade e dinamicidade do processo saúde-doença e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), buscou-se a articulação das ações de vigilância na direção da integralidade na atenção à saúde. Na década de 1990, concebeu-se a proposta de Vigilância em Saúde, com, ao menos, três elementos integrados: vigilância de efeitos sobre a saúde – epidemiológica; vigilância dos perigos – sanitária; e vigilância das exposições – ambiental.

A gestão nacional das ações de vigilância, até então descentralizadas, foram agregadas na estrutura da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), do Ministério da Saúde (MS), em 2003. Apenas a Vigilância Sanitária ficou sob a responsabilidade da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Os estados e municípios são responsáveis pela execução das ações de vigilância nos territórios, e os dados coletados alimentam sistemas de informação que podem orientar as decisões sobre ações prioritárias de promoção da saúde e prevenção de doenças que deverão ser desenvolvidas, assim como a elaboração de políticas públicas.

Atualmente, a vigilância epidemiológica, a vigilância da situação de saúde, a vigilância em saúde ambiental, a vigilância em saúde do trabalhador, a vigilância sanitária e a promoção da saúde são descritas como componentes da Vigilância em Saúde. Cada componente procura prevenir um conjunto de fatores considerados riscos à saúde, relacionados aos seguintes temas:

- Vigilância Sanitária – alimentos, medicamentos, prestação de serviços de saúde, entre outros.
- Vigilância Epidemiológica – doenças transmissíveis e não transmissíveis.
- Vigilância Ambiental – poluição, contaminação de água e do solo, entre outros.
- Vigilância em Saúde do trabalhador – ambiente e condições de trabalho.
- Promoção da Saúde – determinantes sociais de saúde.
- Vigilância da Situação de Saúde – indicadores de saúde de determinado território.

É possível que você esteja se perguntando: onde a Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) se encontra em meio à Vigilância em Saúde? Apesar de também ser um componente da

Vigilância em Saúde, a VAN desenvolveu-se paralelamente, com uma história e características particulares, que serão abordadas nos próximos tópicos.

Como a vigilância em saúde dialoga com a alimentação e nutrição?

Um passo importante para a entrada da questão alimentar na agenda da vigilância foi a 21ª Assembleia Mundial de Saúde, realizada em 1968, em que foi discutido o papel da “vigilância” na saúde pública e preconizada a ampliação das ações de Vigilância Epidemiológica para além das doenças transmissíveis, de modo que fosse aplicável a outros agravos à saúde, incluindo os problemas nutricionais.

Este marco permitiu um maior desenvolvimento dos diferentes componentes da Vigilância em Saúde, como a Vigilância Sanitária, incluindo a de alimentos. A Vigilância Sanitária de Alimentos busca a garantia da qualidade biológica, sanitária, nutricional e tecnológica dos alimentos por meio da observação e controle dos processos envolvidos na produção, distribuição e consumo de alimentos. Está presente na diretriz de regulação e controle da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) e dialoga com as outras políticas do SUS.

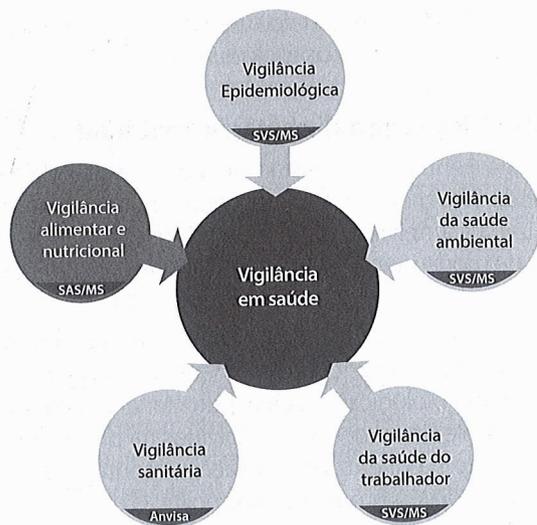
Outra vertente que se desenvolveu a partir da ampliação do escopo de ações da Vigilância Epidemiológica é a VAN, cujo foco não é o controle sanitário dos alimentos, mas a relação entre o consumo dos alimentos e as consequências nutricionais deste consumo em uma determinada população. É uma das nove diretrizes da PNAN e fornece dados para as ações de Segurança Alimentar e Nutricional.

Vigilância alimentar e nutricional

A Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) é a terceira diretriz da PNAN e consiste “[...] na descrição contínua e na predição de tendências das condições de alimentação e nutrição da população e seus fatores determinantes. Deverá ser considerada a partir de um enfoque ampliado que incorpore a vigilância nos serviços de saúde e a integração de informações derivadas de sistemas de informação em saúde, dos inquéritos populacionais, das chamadas nutricionais e da produção científica” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012, p. 35).

A VAN configura-se como uma das práticas de vigilância em saúde (Figura 7.1) e permite conhecer o perfil alimentar e nutricional da população, como estes se modificam ao longo do tempo e como se relacionam com seus determinantes. Os resultados obtidos a partir dessa prática devem representar a base a partir da qual se iniciam o planejamento e articulação de ações em alimentação e nutrição a serem realizados nos bairros, escolas, serviços de saúde e demais localidades e com diversos grupos sociais. Além dessa perspectiva local, os dados obtidos também podem ser somados com dados de cenários mais amplos, como a região, o estado ou o país e, assim, contribuir para a obtenção de informações que possibilitem o planejamento e o desenvolvimento de políticas públicas voltadas para a melhoria do perfil alimentar e nutricional da população, visando à integralidade e à qualificação da atenção à saúde, com as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde.

No âmbito federal, atualmente, a VAN é administrada pela Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN), situada no Departamento de Atenção Básica (DAB) da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do MS. Nos estados e municípios, as secretarias adotam este ou outros arranjos organizacionais, em que a VAN encontra-se na vigilância e não na assistência, por exemplo.



Legenda: SAS/MS – Secretaria de Atenção à Saúde/ Ministério da Saúde; SVS/MS – Secretaria de Vigilância à Saúde/ Ministério da Saúde; Anvisa – Agência Nacional de Vigilância Sanitária (autarquia vinculada ao Ministério da Saúde).

Figura 7.1 – Principais elementos constituintes da vigilância em saúde no âmbito federal e respectivas instâncias administrativas.

Fonte: Adaptada de Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://saude.gov.br/>>.

Contexto histórico da VAN

A verificação de graves quadros de deficiências alimentares e agravos nutricionais por meio de inquéritos nutricionais realizados em países da África, Ásia e América Latina nas décadas de 1950 e 1960 provocou a construção de um compromisso global com o tratamento do problema e encaminhamento de ações nesse sentido. A ideia de VAN como prática permanente surge nesse contexto, em que se fazia necessário o planejamento de ações em caráter de urgência e cujo monitoramento fosse rápido e com baixo custo.

Diante desse cenário, em 1974, a Conferência Mundial de Alimentos organizada pela Food and Agriculture Organization (FAO) recomendou que fosse criado um sistema de vigilância nutricional de caráter global para monitorar condições de alimentação e nutrição de grupos populacionais desfavorecidos com métodos rápidos e permanentes de identificação dos fatores que influenciavam os padrões de consumo alimentar e o estado nutricional das populações, culminando na elaboração de um guia prático para o planejamento de sistemas de vigilância nutricional dois anos depois.

Embora a OMS tenha adotado apenas o termo “nutricional” (do inglês *nutritional surveillance*), curiosamente, entre os tipos de informação que o documento recomendava serem utiliza-

Geografia da fome

Em seu consagrado livro “Geografia da Fome” (1946), Josué de Castro realizou a primeira sistematização de informações sobre a situação alimentar e nutricional no Brasil, apontando a distribuição do problema da fome no território brasileiro naquele momento e seu caráter político e social intimamente relacionado à pobreza.

dos nos sistemas, destacavam-se aspectos da dimensão “alimentar”, tais como alimentos produzidos, alimentos disponíveis no mercado e no domicílio, preços, renda da família, entre outros. Ainda que reconhecesse que os sistemas de vigilância nutricional poderiam ser importantes e necessários em qualquer país, neste documento, a OMS trouxe o enfoque para a necessidade de VAN em países não desenvolvidos.

Seguindo a orientação da OMS, vários países iniciaram a implantação de seus sistemas de vigilância nutricional ainda na década de 1970 e, mais intensamente, na década de 1980, voltados principalmente a populações consideradas de risco, em sua maioria crianças de até cinco anos e, em menor escala, gestantes, escolares e adultos.

No Brasil, em meio ao cenário de crise econômica e alimentar mundial no início dos anos 1970 e de “anos de chumbo” no país, foi criado o Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN), que assumiu o compromisso em relação à proposição, fiscalização e avaliação do Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (Pronan). Contraditoriamente ao que se esperava neste contexto político, o Pronan II¹ foi ousado ao ser o primeiro modelo de uma política nacional, que considerava a vigilância alimentar e nutricional, alimentação escolar, suplementação alimentar, amparo ao pequeno produtor rural, combate às carências específicas, alimentação do trabalhador, entre outros, representando uma proposta abrangente no sentido de envolver vários pontos do sistema alimentar e incluir a atuação nos determinantes sociais para o enfrentamento dos problemas nutricionais. Durante a vigência do programa, foi estimulada a criação de um sistema de vigilância nutricional, com as primeiras tentativas de implantação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), por meio da elaboração de documentos conceituais e de normatização, mas sem sucesso.

No final da década de 1980, alguns projetos mais focalizados de VAN foram testados nos estados de Pernambuco, de São Paulo, do Ceará e do Rio de Janeiro. Essas experiências tiveram papel fundamental para a criação de um compromisso das instituições governamentais com a VAN e para o amadurecimento de uma proposta de implantação nacional, que começou a ganhar corpo com o surgimento de seus primeiros marcos legais a partir da década de 1990, no bojo do fortalecimento do movimento da Reforma Sanitária, da redemocratização e da criação do SUS. Os principais marcos foram a Portaria n. 1.156, de 31 de agosto de 1990, publicada pelo INAN, que instituiu o Sisvan no MS, e a Lei Orgânica da Saúde (Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990), que estabeleceu a criação do SUS, incluindo a vigilância nutricional e a orientação alimentar em seu campo de atuação. Ainda em 1990, mais duas portarias estabeleceram as estratégias de apoio técnico e operacional para a prática de VAN e a implementação do Sisvan (Portarias n. 79 e 80, de 16 de outubro de 1990).

Foi no final desta década, em 1999, que outro acontecimento importante para a VAN no Brasil ocorreu: a sua inclusão como uma das diretrizes da primeira PNAN, que estabelecia a prática da VAN focada nos grupos populacionais e regiões de maior risco para carências nutricionais específicas e situação de insegurança alimentar, embora já incluísse o acompanhamento da situação das DCNT, relacionadas com a alimentação e estilos de vida. A atual PNAN (2011) manteve a VAN entre as suas diretrizes, mas dessa vez com uma abordagem mais ampliada tanto no

¹ O Pronan I não chegou a ser implementado.

que diz respeito à fonte dos dados quanto à população envolvida. Nela estão estabelecidos os princípios e direcionamentos que regem a prática de VAN atualmente no Brasil.

Fontes de informações para a VAN

De acordo com o exposto na terceira diretriz da PNAN, a VAN no Brasil é operada em uma perspectiva ampliada, que prevê a integração de informações derivadas de sistemas de informação em saúde, dos inquéritos populacionais, de chamadas nutricionais e da produção científica. As atividades de VAN são realizadas nos seguintes espaços:

- *Serviços de saúde e Sisvan Web*

É recomendado que a prática de VAN seja incorporada na rotina dos serviços de Atenção Básica de forma contínua e sistemática, de forma a incorporar todos os grupos populacionais. Os protocolos da VAN estabelecem critérios de monitoramento para definir e evidenciar os grupos populacionais mais vulneráveis a agravos de nutrição e saúde.

O Sisvan Web é o sistema de informação em saúde da VAN. Os dados deste sistema são coletados pelos profissionais dos serviços de saúde durante o acompanhamento nutricional. Os dados são inseridos no sistema por meio de uma plataforma *on-line*.

Outros sistemas de informação em saúde podem ser utilizados na prática de VAN nos serviços. Para tanto, é necessário que eles contenham campos de inserção de dados sobre o estado nutricional e o consumo alimentar da população assistida. Recomenda-se que esses sistemas tenham interoperabilidade com o Sisvan Web, permitindo, assim, a exportação de dados locais para a base nacional de informação.

- *Chamadas nutricionais*

As “Chamadas Nutricionais” consistem em pesquisas transversais realizadas em datas estratégicas – como o “dia nacional de imunização” –, permitindo a obtenção de dados de regiões e populações em situação de maior vulnerabilidade. Foram estratégias adotadas com maior frequência na primeira década dos anos 2000, tais como a Chamada Nutricional do Semiárido (2005), a Quilombola (2006), a da Região Norte (2007), a Neonatal na região Nordeste e na Amazônia Legal (2010), e a do Norte Urbano (2010).

- *Vinculação com programas institucionais*

Prática historicamente utilizada para dar capilaridade à implementação da VAN, a vinculação com programas governamentais ainda representa uma das principais estratégias de sua operacionalização. As ações de VAN estão incluídas no:

- **Programa de Saúde na Escola:** prevê a avaliação antropométrica de educandos, possibilitando a identificação precoce de indivíduos em risco nutricional, que possivelmente só buscariam o serviço de saúde se apresentassem complicações clínicas.
- **Programa Academia da Saúde:** dentre as atividades que devem ser realizadas pelos profissionais que nelas atuam, incluem-se as ações de VAN, por meio da avaliação antropométrica do estado nutricional e dos marcadores do consumo alimentar dos usuários.
- **Programa Bolsa Família:** inclui a avaliação antropométrica de crianças e gestantes como uma das suas condicionalidades. O acompanhamento nutricional das crianças e gestantes

é imprescindível para a VAN dos beneficiários, especialmente por ser um grupo que convive com dupla carga da má nutrição: desnutrição e excesso de peso. Atualmente, os dados dos beneficiários do Programa Bolsa Família compõem grande parte das informações do Sisvan.

- *Inquéritos populacionais e pesquisas científicas*

Os inquéritos nutricionais são grandes pesquisas nacionais realizadas periodicamente, que contribuem para a identificação de tendências temporais no estado nutricional e consumo alimentar da população e dão suporte para as decisões em políticas públicas. São exemplos de inquéritos nacionais: Pesquisa de Orçamento Familiar (POF); Pesquisa Nacional de Saúde (PNS); Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (Pense); Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS); e Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel).

As pesquisas científicas em VAN são, em maior parte, oriundas dos resultados dos inquéritos ou outros tipos de estudo.

A VAN no ciclo da gestão e produção do cuidado em saúde

Segundo orientado na PNAN, o exercício da VAN deve ser contínuo e sistemático. Conforme tal, cabe apresentar a sua operacionalização a partir das etapas de um ciclo que pode representar tanto a produção e gestão do cuidado no âmbito dos serviços de saúde quanto o processo de construção e gestão de uma política pública. Estas etapas podem ser empregadas tanto no nível individual quanto no coletivo.

Coleta de dados e produção das informações	A coleta de dados acontece por meio de avaliações antropométricas e de consumo alimentar de indivíduos e deve ser realizada em todas as fases do curso da vida. Esses dados podem ser coletados por qualquer profissional de saúde, não sendo de uso exclusivo do nutricionista. As informações obtidas nessa fase podem ser registradas em diferentes meios: caderneta de acompanhamento (criança, gestante, adolescente, idoso); prontuário clínico (manual ou eletrônico); Sisvan Web, entre outros.
Análise e decisão	A partir das informações geradas pela VAN na AB, são realizados diagnósticos em alimentação e nutrição, a fim de observar as necessidades e prioridades. As informações produzidas podem embasar desde a escolha do melhor cuidado para um indivíduo ou família até o desenvolvimento de uma estratégia ou política municipal, estadual, distrital ou federal. É necessária a análise conjunta dos dados de VAN com outras informações de natalidade, morbidade, mortalidade, cobertura de programas e dos serviços de saúde, entre outras disponíveis nos demais sistemas de informação em saúde.
Ação	Refere-se à concretização do cuidado por meio de programas ou estratégias definidas na etapa anterior. As ações, sejam pontuais ou contínuas, podem assumir diferentes características, a depender das necessidades identificadas. Elas podem ser realizadas no âmbito individual, em momentos como uma consulta em UBS ou visita domiciliar, ou coletivo, como ações em grupo orientadas pelas especificidades do território. Podem também ser intersetoriais, envolvendo escolas ou creches, por exemplo.
Avaliação	Processo contínuo que visa contribuir para implementação e aprimoramento de ações futuras. Nesse sentido, deve possibilitar a orientação, a reformulação ou a manutenção das ações adotadas. Visa melhoria dos indicadores, como a cobertura e ampliação do acesso aos serviços de saúde, especialmente da população em situação de vulnerabilidade social.

Fonte: Brasil (2015).

Balanço geral da VAN no Brasil hoje

O Brasil possui tradição na realização de inquéritos populacionais, um aspecto importante para fornecer subsídios para políticas públicas. Entretanto, ainda é necessário fomentar a qualificação e manutenção da periodicidade, para garantir as séries históricas. A VAN apresenta fragilidades, sobretudo na prática dos serviços de saúde, uma vez que a necessidade de equipar adequadamente os serviços, qualificar as equipes multiprofissionais, aprimorar sistemas de informação e aumentar a cobertura a todas as fases do curso da vida acaba acarretando prejuízos para gestão e produção do cuidado individual e coletivo.

Permanecem ainda como desafios para a VAN no Brasil: reverter a associação da VAN unicamente à implantação do sistema de informação (Sisvan), visto que o investimento em sistemas de informação não garante, isoladamente, a organização da atenção nutricional e o efetivo acompanhamento da saúde de toda a população; fortalecer o compromisso interfederativo no SUS e no Sisan para a agenda de VAN; utilizar efetivamente os dados individuais e coletivos na organização e na avaliação da oferta do cuidado na Rede de Atenção à Saúde (RAS); e reforçar que os profissionais atuantes na Atenção Básica e os gestores do SUS reconheçam e implementem a VAN como parte da organização na atenção integral à saúde.

PARA SABER MAIS:

O Ministério da Saúde produz materiais técnicos que orientam a organização da VAN no SUS. Alguns deles são:

- Marco de Referência da Vigilância Alimentar e Nutricional na Atenção Básica (2015);
- Orientações para a Avaliação de Marcadores do Consumo Alimentar na Atenção Básica (2011);
- Orientações para a Coleta e Análise de Dados Antropométricos em Serviços de Saúde (2011);
- Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – Sisvan (2008).

Esses materiais podem ser acessados no *site* no Departamento de Atenção Básica (DAB), pelo *link*: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_vigilancia_alimentar.php>.

Vigilância sanitária

Histórico

A preocupação com a qualidade sanitária de bens e produtos é documentada desde a antiguidade. A habilidade do homem de preparar drogas e atribuir prazos de validade é demonstrada em registros arqueológicos datados do século XVI a.C. Como prática normativa, já em 300 a.C. uma lei instituída na Índia proibia a adulteração de alimentos, medicamentos e perfumes, o que sugere que a adulteração de produtos também é uma prática antiga. A preocupação com medidas de fiscalização de portos, como forma de impedir a entrada de doenças, coincide com a época das grandes navegações.

No Brasil, um acontecimento importante para a vigilância sanitária foi a chegada da corte real portuguesa, em 1808. Com isso, aumentaram as atividades comerciais, bem como o fluxo de embarcações de mercadorias e passageiros, o que demandou maior controle sanitário para que fossem evitadas epidemias e fosse garantida a qualidade dos produtos exportados pelo Brasil.

Em função desse foco prioritariamente comercial, a vigilância sanitária permaneceu administrativamente descolada do setor da saúde até meados da década de 1970. De 1943 até esse período, as ações eram desempenhadas pelo Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmá-

cia (SNFMF), ligado ao setor jurídico e que contava com apoio técnico do Laboratório Central de Controle de Drogas, Medicamentos e Alimentos (LCCDMA), criado em 1954. Ao LCCDMA cabia a função de análise de produtos e emissão de pareceres técnicos sobre pedidos de licenciamento de serviços e produtos e até mesmo propor a cassação de licenças, quando julgado pertinente pelo órgão. Com a criação desse laboratório, o SNFMF passou a atuar também no controle de alimentos.

Com o cenário de desenvolvimento econômico acompanhado pelo aumento da dívida externa e da desigualdade social observado no país a partir de 1968, período conhecido como “milagre econômico”, o aumento da atividade econômica e das exportações exigiu que o país aprimorasse o monitoramento da qualidade de bens e serviços, inclusive para adequar seus produtos às demandas de compradores internacionais. Nesse contexto, vários instrumentos normativos foram publicados, entre eles o Decreto-lei n. 986, de 21 de outubro de 1969, que instituiu normas básicas sobre alimentos. Apesar das publicações, a vigilância sanitária ainda não acontecia de forma organizada e sistêmica.

A demanda por organização das ações foi contemplada no bojo da reformulação administrativa do MS (1976), impulsionada em partes pela reivindicação social por melhorias nas condições de saúde para a população. Essa reformulação representou um marco para a vigilância sanitária, pois instituiu a Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária, trazendo-a finalmente para o setor da saúde. É importante observar que essa reformulação instituiu também a mudança de terminologia de “fiscalização” para “vigilância”, atribuindo uma visão mais abrangente à prática sanitária. No entanto, na prática, a mudança de nomenclatura não representou mudanças na natureza das ações desenvolvidas na época, muito menos a reformulação do MS atendeu às demandas da população.

A Secretaria possuía um papel de coordenação e era responsável pela regulamentação e execução das ações de Vigilância Sanitária, no âmbito federal. Porém, devido à sua característica eminentemente cartorial, a regulação do setor industrial era ineficiente. Casos de falsificação de medicamentos eram recorrentes no país, e a repercussão de duas grandes fraudes ocorridas em 1988, a do anticoncepcional “Microvlar” e do remédio para câncer de próstata “Androcur”, foram determinantes para a substituição desta secretaria por outra estrutura administrativa.

No artigo 6º da Lei Orgânica da Saúde n. 8.080/1990, a execução de ações de Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, Saúde do Trabalhador, e assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica, passa a ser estabelecida como um dos campos de atuação do SUS, assim como a Vigilância Nutricional e a Orientação Alimentar.

Em 1994, é lançada a Portaria n. 1.565, que cria o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), propondo a descentralização das ações de vigilância sanitária e reforçando sua atuação no âmbito das práticas de Vigilância em Saúde, de acordo com a Lei Orgânica, bem como a abrangência, as bases de atuação e as diretrizes do Sistema.

A Anvisa é criada alguns anos depois, por meio da Lei n. 9.782, como uma autarquia de regime especial vinculada ao MS. Nesta mesma lei, também são estabelecidas as competências específicas da União com relação ao SNVS.

Conceito e campos de atuação

Na Lei Orgânica, a Vigilância Sanitária é entendida como “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”. O seu escopo de atuação situa-se no âmbito da prevenção, da proteção e da promoção da saúde, campos nos quais são desenvolvidas ações de:

- **Regulamentação**, como a criação de normas higiênico-sanitárias para a fabricação de determinado produto;
- **Emissão de registros e autorizações**, como a aprovação para entrada de novos produtos no mercado ou autorização de abertura de determinado estabelecimento;
- **Fiscalização e monitoramento**, por meio da observação do cumprimento dessas normas pelos ofertantes de bens ou serviços.

Visto que o campo de atuação da vigilância perpassa também pela promoção da saúde, é fundamental que as ações estejam associadas a práticas de comunicação e educação em saúde que estimulem a consciência sanitária dos consumidores e ofertantes, incluindo, assim, a participação e controle social como uma das frentes de atuação.

No entanto, as ações de fiscalização têm sido as mais percebidas no Brasil. Observa-se uma tendência à resolução de problemas calcada em medidas punitivas e proibitivas, em detrimento de práticas educativas. Essa redução tem gerado distorções em relação à atuação da vigilância sanitária, bem como em relação às suas potencialidades como um componente transformador das práticas de saúde. Esse viés de atuação é também amplamente observado na vigilância sanitária de alimentos.

SNVS – como se organiza

O SNVS é uma rede governamental que compõe o SUS. É descentralizado, ou seja, compreende atividades no âmbito municipal, estadual e federal, com responsabilidades compartilhadas, e tem como objetivo a proteção da saúde coletiva por meio do controle sanitário. Esta rede é integrada por conselhos, agências, institutos, fundações, laboratórios, centros e órgãos de vigilância sanitária. Sua atuação se dá por meio da ação de agentes públicos, instrumentalizados por normas técnicas e jurídicas, visando ao controle de riscos à saúde, provenientes de alimentos, medicamentos e insumos, produtos para a saúde, de higiene pessoal, perfumaria e cosméticos, saneantes, laboratórios, serviços de diagnóstico por imagens, hospitais, serviços de hemoterapia e propaganda.

No que diz respeito às responsabilidades específicas de cada esfera, à União cabe a coordenação do sistema, bem como a prestação de cooperação técnica e financeira aos estados e municípios. Os estados, por sua vez, desempenham a mesma função de coordenar e cooperar dentro de seus limites geográficos, mas também executam ações e implementam serviços de vigilância sanitária, função esta que cabe principalmente aos municípios.

No âmbito federal, as atribuições são desenvolvidas pela Anvisa, que é a agência coordenadora e articuladora do SNVS, vinculada ao MS, com independência administrativa e financeira. Sua missão é promover e proteger a saúde da população e intervir nos riscos decorrentes da produção, comercialização e uso de produtos e serviços sob o escopo de atuação da Vigilância Sanitária. É responsável pela regulação e fiscalização de produtos, define as regras para os serviços de saúde, fiscaliza a entrada e saída de produtos nas fronteiras, em portos e aeroportos e a saúde dos viajantes.

Vigilância Sanitária de Alimentos

A Vigilância Sanitária de Alimentos ou Vigilância de Alimentos é uma das principais áreas de atuação da Vigilância Sanitária. Busca diminuir o risco de transmissão de doenças por alimentos e produtos alimentícios de má qualidade higiênico-sanitária. Suas ações são voltadas, principalmente, para a garantia da segurança dos alimentos, por meio de medidas que busquem o controle de contaminações, sejam elas químicas, físicas ou biológicas que promovam risco à saúde dos consumidores.

Para atender a este objetivo, a Vigilância Sanitária de Alimentos regulamenta, fiscaliza e intervéem em estabelecimentos e indústrias que produzem, distribuem e/ou comercializam alimentos *in natura*, refeições e produtos alimentícios, como supermercados, mercearias, açougues, peixarias, avícolas, feiras livres, lanchonetes, restaurantes, bares, padarias, cozinhas de creches e escolas, indústrias e agroindústrias de fabricação e beneficiamento, entre outros.

Nesta prática, a prioridade da regulação, fiscalização e intervenção encontra-se na adequação, conservação e higiene das instalações e equipamentos, na qualidade das matérias-primas, e boas práticas dos manipuladores de alimentos previstas em portarias, leis e decretos, como as conhecidas Resoluções da Diretoria Colegiada (RDC) da Anvisa. Dentre as legislações nacionais relacionadas à Vigilância Sanitária de Alimentos, é possível mencionar: RDC n. 216/2004 – Regulamento Técnico de Boas Práticas para Serviços de Alimentação; RDC n. 275/2002 – Regulamento Técnico de Procedimentos Operacionais Padronizados; e Portaria SVS/MS n. 1.428/1993 – Regulamento Técnico para Inspeção Sanitária de Alimentos; Portaria SVS/MS n. 326/1997 – Regulamento Técnico de Condições Higiênicas Sanitárias e de Boas Práticas de Fabricação para Estabelecimentos Produtores/Industrializadores de Alimentos.

A PNAN, em sua sétima diretriz “Controle e Regulação de Alimentos” aponta que, diante do cenário de transição nutricional e da produção de alimentos, os desafios que se apresentam para a garantia da qualidade dos alimentos não se limitam à sua inocuidade química, física ou microbiológica. Perpassam também por dimensões relacionadas, por exemplo, a produção agrícola, como a definição de parâmetros adequados para a Agricultura Familiar e uso de agrotóxicos e de organismos geneticamente modificados; ao ultraprocessoamento de alimentos, o que demanda ações voltadas ao controle da qualidade nutricional desses produtos, da publicidade e políticas de rotulagem; e a fiscalização de alimentos fortificados e voltados a necessidades alimentares especiais.

Em consonância com essa diretriz da PNAN, uma resolução da Anvisa publicada em 2013 representou uma mudança de paradigma em relação às práticas de vigilância sanitária então vigentes. A RDC n. 49, de 2013, teve como propósito promover a inclusão social, produtiva e econômica de pequenos produtores, como microempreendedores individuais e agricultores familiares, regulamentando a produção de alimentos à luz do princípio da “razoabilidade”. Essa diretriz da RDC diz respeito à adoção de medidas que melhor atendam à finalidade pública, nesse caso, a promoção da segurança sanitária aliada à inclusão social e ao desenvolvimento socioeconômico do país, auxiliando na erradicação da pobreza extrema.

Dada a amplitude da agenda de alimentos na vigilância sanitária, são muitos os desafios a serem enfrentados. A implementação da RDC supracitada é um deles, já que implica a necessidade de modificações na lógica do SNVS. Os mecanismos de atuação da vigilância sanitária de alimentos, bem como as prioridades adotadas pelas agências regulatórias, serão aprofundados no capítulo 17 “Regulação e controle de alimentos”.

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Marco de referência da vigilância alimentar e nutricional na atenção básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Alimentação e Nutrição*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 84 p.
- CASTRO, I. R. R. *Vigilância alimentar e nutricional: limitações e interfaces com a rede de saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- COSTA, E. A. (Org.). *Vigilância sanitária: temas para debate*. Salvador: EDUFBA; 2009.
- COSTA, E. A.; FERNANDES, T. M.; PIMENTA, T. S. A vigilância sanitária nas políticas de saúde no BRASIL e a construção da identidade de seus trabalhadores (1976-1999). *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(3):995-1004, 2008.
- COUTINHO, J. G.; CARDOSO, A. J.; TORAL, N et al. A organização da vigilância alimentar e nutricional no Sistema Único de Saúde: histórico e desafios atuais. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 12(4):688-699, 2009.
- GERMANO, P. M. L.; GERMANO, M. I. S. *Higiene e vigilância sanitária de alimentos*. 5. ed. Barueri: Manole, 2015.
- ROCHA, A. A.; CESAR, C. L. G.; RIBEIRO, H. (Org.). *Saúde pública: bases conceituais*. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2013.
- ROZENFELD, S. (Org.). *Fundamentos da vigilância sanitária*. 6. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009 [online].
- VIANA, C. L. *Inclusão produtiva com segurança sanitária: uma análise crítica da percepção dos atores sociais sobre os possíveis impactos da RDC n. 49 publicada em 2013 pela Anvisa*. (Dissertação) – Mestrado. São Paulo: Universidade de São Paulo, Nutrição Humana Aplicada, 2017.