

# A Trajetória Histórica e Conceitual da Vigilância em Saúde

## A trajetória histórica e conceitual da vigilância em saúde [\[i\]](#)

No campo da saúde, o conceito de vigilância como um instrumento de saúde pública surgiu no final do século XIX, restringindo-se à coleta, compilação, avaliação e divulgação de dados para as autoridades de saúde e o público em geral, tendo como objetivo principal a detecção precoce de doentes com vistas ao seu isolamento (Arreaza e Moraes, 2010).

A vigilância foi definida pela primeira vez por A. Langmuir (1963) como uma ação que correspondia, essencialmente, à detecção, análise e disseminação de informação sobre doenças relevantes, que deveriam ser objeto de monitoramento contínuo. Este termo foi utilizado pela primeira vez em 1955, na denominação do Programa Nacional de Vigilância da Poliomielite, criado junto aos Centros de Controle de Doenças (CDC) para coletar, consolidar e disseminar informação epidemiológica sobre essa doença.

A partir da 21ª Assembléia da Organização Mundial de Saúde (OMS), realizada em 1968, o uso da expressão “vigilância epidemiológica” passou a ser internacionalmente divulgado, definida como “estudo epidemiológico de uma enfermidade considerada como um processo dinâmico que abrange a ecologia dos agentes infecciosos, o hospedeiro, os reservatórios e vetores, assim como os complexos mecanismos que intervêm na propagação da infecção e a extensão com que essa disseminação ocorre” (Raska).

A “campanha de erradicação da varíola”, e o incentivo à criação de Sistemas de Vigilância Epidemiológica pela OMS e pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS), nas décadas de 1960 e 1970, foram fatores que propiciaram a disseminação da vigilância como um instrumento de saúde pública. (Silva, 2006; Monken & Batistella, 2009; Arreaza, 2010). Institucionalmente, a organização do sistema era centralizada (federal) em órgãos e departamentos responsáveis pelas campanhas e programas, cristalizando-se a visão de vigilância epidemiológica (VE) orientada para o controle de casos e contatos, obedecendo a uma racionalidade técnico-sanitária fundamentada na clínica e na epidemiologia; e a Vigilância Sanitária, dirigida para os ambientes, produtos e serviços obedecendo a uma racionalidade político-jurídica alicerçada na regulamentação da produção, distribuição e consumo de bens e serviços. (Arreaza e Moraes, 2010).

No Brasil, o Centro de Investigações Epidemiológicas, criado em 1969, vinculado à Fundação de Serviços de Saúde Pública, foi o primeiro órgão a utilizar os conceitos e as práticas da moderna vigilância, estabelecendo-se desta forma, o primeiro sistema nacional de notificação de doenças (Silva, 2006).

Na década de setenta, foi organizado e instituído o SNVE - Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (além do sistema referente à Vigilância Sanitária), compreendendo-se que a ação de vigilância epidemiológica focaria as informações, investigações e levantamentos necessários à programação e à avaliação das medidas de controle de doenças e de situações de agravos à saúde, excluindo desta forma, as ações de controle. Nesse momento, a atuação foi centrada sobre as doenças transmissíveis de notificação compulsória, estabelecendo responsabilidades apenas para o Ministério da Saúde e para as Secretarias Estaduais de Saúde, excluindo-se os municípios.

Nos anos 90, a Lei N° 8.080, denominada Lei Orgânica da Saúde (LOS), inclui no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS) as ações de vigilância sanitária; vigilância

epidemiológica e de saúde do trabalhador e define seus conceitos, definindo-se, por sua vez, a vigilância epidemiológica como um *conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos*. (BRASIL, 1990). Nesse escopo, estão a vigilância dos fatores determinantes e condicionantes da saúde, assim como fatores de risco de doenças e agravos não transmissíveis (DANT), embora as ações de vigilância das doenças transmissíveis fossem privilegiadas pelos órgãos responsáveis. O conceito de vigilância em saúde que simboliza uma abordagem mais ampla, tal como foi efetivamente construída no país, incluiria a vigilância das doenças transmissíveis; a vigilância das doenças e agravos não transmissíveis e seus fatores de risco; a vigilância ambiental em saúde; e a vigilância da situação de saúde, correspondendo a uma das aplicações da área também denominada como análise de situação de saúde (ASIS). Têm sido utilizadas diferentes grafias: vigilância da saúde, vigilância à saúde, vigilância em saúde, vigilância em saúde pública.

Quanto aos objetos considerados como eventos sob vigilância destacam-se: as doenças transmissíveis, doenças não transmissíveis, defeitos congênitos, violência, uma larga variedade de riscos ambientais, as doenças emergentes e reemergentes, doenças infecciosas agudas, detecção precoce de surtos, e em menor escala, a prescrição de medicamentos e a vigilância sindrômica. A vigilância da saúde, entendida como uma organização tecnológica (conjunto de técnicas e tecnologias para o enfrentamento de problemas selecionados) do trabalho em saúde voltada para o controle de causas e riscos e articulada a um projeto de reforma setorial, tem por objeto problemas de saúde selecionados para enfrentamento contínuo em um dado território. (Silva, 2006).

### **1. 1.1 As diferentes concepções e formas de organização da vigilância em saúde**

Segundo Arreaza e Moraes (2010), o conceito de vigilância como um instrumento de saúde pública surgiu no final do século XIX. Nesse período, a prática de vigilância restringia-se a coleta de dados relevantes, compilação, avaliação e divulgação para as autoridades de saúde e o público em geral, tendo como objetivo principal a detecção precoce de doentes com vistas ao seu isolamento.

A vigilância foi definida pela primeira vez por A. Langmuir (1963) como uma ação que correspondia, essencialmente, à detecção, análise e disseminação de informação sobre doenças relevantes, que deveriam ser objeto de monitoramento contínuo. Nas décadas de sessenta e setenta este conceito se amplia com a incorporação das ações de controle.

A partir da 21ª Assembleia da Organização Mundial de Saúde, realizada em 1968, o uso da expressão vigilância epidemiológica passou a ser internacionalmente divulgado, sendo adotada a definição dada por Raska - “estudo epidemiológico de uma enfermidade considerada como um processo dinâmico que abrange a ecologia dos agentes infecciosos, o hospedeiro, os reservatórios e vetores, assim como os complexos mecanismos que intervêm na propagação da infecção e a extensão com que essa disseminação ocorre”.

Nesta mesma época, e do ponto de vista institucional a organização do sistema era centralizada (federal) em órgãos e departamentos responsáveis pelas campanhas e programas.

No Brasil, o Centro de Investigações Epidemiológicas, criado em 1969, vinculado a Fundação de Serviços de Saúde Pública, foi o primeiro órgão a utilizar os conceitos e as práticas da moderna

vigilância, estabelecendo-se desta forma, o primeiro sistema nacional de notificação de doenças (Silva, 2006).

O Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE), instituído em 1975, por recomendação da Vª Conferência Nacional de Saúde, estabelece que *a ação de vigilância epidemiológica compreende as informações, investigações e levantamentos necessários à programação e à avaliação das medidas de controle de doenças e de situações de agravos à saúde*, excluindo desta forma, as ações de controle.

Tendo em vista o momento em que foi instituído e o perfil epidemiológico da população do país, o SNVE centrou sua atuação sobre as doenças transmissíveis de notificação compulsória, estabelecendo responsabilidades apenas para o Ministério da Saúde e para as Secretarias Estaduais de Saúde, pois os municípios não exerciam ação como gestores de sistema de saúde (Silva Jr, 2004; Silva, 2006; CONASS, 2007).

Nos anos 90, a Lei N° 8.080, de 1990, denominada Lei Orgânica da Saúde (LOS), inclui no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS) as ações de vigilância sanitária; vigilância epidemiológica e de saúde do trabalhador e define seus conceitos. A definição de vigilância epidemiológica assumida pela LOS como um *conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos* (BRASIL, 1990; Silva Jr, 2004; Silva 2006).

Esta definição bastante ampla incorporou outros objetos como a vigilância dos fatores determinantes e condicionantes da saúde, assim como fatores de risco de doenças e agravos não transmissíveis (DAnT). Apesar da definição ampliada de vigilância epidemiológica, os órgãos responsáveis por estas ações privilegiam a vigilância das doenças transmissíveis (Silva Jr, 2004; Silva 2006).

Ainda do ponto de vista conceitual existem diferenças de concepções, dentre elas a pertinência de se considerar, ou não, a execução das ações de prevenção e controle de doenças como integrante da vigilância. A organização dos sistemas de vigilância epidemiológica no Brasil deu com a incorporação das ações de prevenção e controle como integrantes da vigilância, por entender que esta concepção permite adaptar as condições existentes, à capacidade de resposta de seus sistemas de saúde (Silva Jr., 2004). Sendo assim, e concordando com Silva Jr. (2004), não há um modelo ideal de vigilância que possa ser globalmente reproduzido, uma vez que precisa ser considerado o cenário epidemiológico e as condições apresentadas pelos sistemas de saúde.

A partir da revisão de reflexões de alguns autores, Silva Jr. (2004), propõe os seguintes elementos essenciais para a prática de vigilância:

(1) **o caráter de atividade contínua**, permanente e sistemática, o que a diferencia de estudos e levantamentos realizados de forma ocasional; (2) **o foco dirigido para determinados resultados específicos**, procurando estabelecer os objetivos e as metas a serem alcançados; (3) **a utilização de dados diretamente relacionados com práticas de saúde pública**, particularmente os referentes à morbidade e à mortalidade, ainda que outras informações possam subsidiar a análise da situação de determinadas doenças e seus fatores de risco; e (4) **o sentido**

**utilitário, pragmático da atividade que, em última análise, visa estabelecer o controle de doenças** e não apenas ampliar o conhecimento sobre a mesma.

Esses elementos essenciais da atividade de vigilância serviriam para caracterizá-la e diferenciá-la de outras práticas de saúde pública (Silva Jr., 2004, p. 60).

Ainda nos anos noventa, surgiram propostas denominadas como “vigilância em saúde”, a partir de abordagens teóricas distintas e diferentes concepções (Silva, 2006; Monken;Batistella, 2009).

Para Monken;Batistella (2009), existem três diferentes concepções em torno da noção de “vigilância em saúde”. A primeira entendida como análise da situação de saúde, não incorpora as ações voltadas ao enfrentamento dos problemas. Na segunda, a concepção é a da integração institucional entre a ‘vigilância epidemiológica’ e a ‘vigilância sanitária’ e a terceira concebe a ‘vigilância em saúde’ como uma proposta de redefinição das práticas sanitárias. Nesta, o processo de trabalho em saúde se organiza sob a forma de operações para enfrentar problemas que requerem atenção e acompanhamento contínuos, requerendo a combinação de diferentes tecnologias e a revisão dos sujeitos, dos objetos, dos meios de trabalho e das formas de organização dos processos de trabalho envolvidos (Teixeira et al, 1998).

Para Silva & Silva (2006), estas diferentes concepções, resultam em diferentes denominações para a vigilância em saúde, que refletem uma variação sobre a que conteúdo e a que âmbito de atuação o termo se refere. Já para Silva Jr (2004), o conceito de vigilância tem sido utilizado para designar determinados conjuntos de práticas em saúde pública que apresentam variações em aspectos importantes, tanto sobre o seu âmbito de atuação, como do próprio conteúdo que nele se insere. O conceito de vigilância em saúde que simboliza uma abordagem mais ampla, tal como foi efetivamente construída no país, inclui:

a) a vigilância das doenças transmissíveis; b) a vigilância das doenças e agravos não transmissíveis e seus fatores de risco; c) a vigilância ambiental em saúde; e d) a vigilância da situação de saúde, correspondendo a uma das aplicações da área também denominada como análise de situação de saúde (ASIS).

De acordo com Silva (2006), o termo pode apresentar diferentes grafias, como, vigilância da saúde, vigilância à saúde, vigilância em saúde, vigilância em saúde pública. Tendo em vista esta polissemia, torna-se necessária a explicitação dos distintos significados acerca dos conceitos, por representar uma questão central para a teoria e prática da Saúde Coletiva contemporânea.

A autora aponta, ainda, o que se refere aos limites que os conhecimentos científicos e tecnológicos disponíveis podem impor as possibilidades de intervenção no mundo real e chama a atenção para a necessidade de analisar a relação entre os saberes tecnológicos e saberes práticos no cotidiano dos serviços.

Em revisão da bibliografia realizada, a Autora apresenta, em sua tese de doutorado identificou que a vigilância em saúde, entendida como análise da situação de saúde não é predominante no Brasil. Além disso, constatou que as diferentes concepções da vigilância podem ser diferenciadas a partir da análise do objeto, dos meios utilizados e dos modos de organização das práticas de vigilância. (Silva, 2006)

As experiências de construção de modelos de atenção à saúde no país têm expressado a tentativa de articulação de ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, a partir da

incorporação de instrumentais da epidemiologia, do planejamento, da programação em saúde e das ciências sociais, da incorporação do conceito de risco. Além disso, essas experiências têm seguido a orientação de implementação dos Sistemas Locais de Saúde, buscando alcançar a integralidade, a regionalização, a hierarquização da rede de serviços e ações de saúde, o fortalecimento da participação social e a transformação das práticas sanitárias (Teixeira et al, 1998).

No que se refere as ações de vigilância em saúde tem-se considerando, quanto aos objetos: as doenças transmissíveis, doenças não transmissíveis, defeitos congênitos, violência, uma larga variedade de riscos ambientais, as doenças emergentes e reemergentes, doenças infecciosas agudas, detecção precoce de surtos, e em menor escala, a prescrição de medicamentos e a vigilância sindrômica. A vigilância da saúde, entendida como uma organização tecnológica (conjunto de técnicas e tecnologias para o enfrentamento de problemas selecionados) do trabalho em saúde voltada para o controle de causas e riscos e articulada a um projeto de reforma setorial, tem por objeto problemas de saúde selecionados para enfrentamento contínuo em um dado território (Silva, 2006).

Quanto aos meios utilizados para o alcance dos objetivos, o saber epidemiológico é utilizado como tecnologia não material para a organização de processos de trabalho, serviços e sistemas de saúde, considerando-o uma ferramenta fundamental do planejamento e da gestão em saúde. Além disso, o uso das ciências sociais e da geografia crítica contribuiria para a explicação da produção dos problemas. Já a vigilância em saúde para analisar eventos relacionados à saúde em populações, tem a epidemiologia, a estatística, a demografia e os sistemas de informação como meios de trabalho essenciais. Na medida em que são inseridas as intervenções como parte da vigilância em saúde pública diversas tecnologias médico-sanitárias passam a fazer parte dos meios de trabalho utilizados (Silva, 2006).

Na concepção da vigilância da saúde o pensar e o agir para o enfrentamento dos problemas de saúde estariam na responsabilidade da gestão local, com a realização de análises da situação de saúde mais adequadas, com a identificação, explicação de problemas e a tomada de decisão para a adoção das ações pertinentes, para com isso melhorar a capacidade de governo do nível local. Silva (2006), destaca que estudos empíricos demonstram que, apesar de incorporadas nos documentos oficiais, a vigilância da saúde não é considerada como um modo tecnológico de organização das práticas pelos sistemas municipais de saúde.

Como produto do estudo realizado por Silva (2006), com base na revisão de literatura realizada, foi sistematizada uma matriz com a caracterização de tipos ideais de arranjos tecnológicos possíveis na organização das práticas de vigilância em sistemas locais de saúde a ser utilizada como ferramenta metodológica na realização de pesquisas avaliativas.

A autora caracterizou três tipos ideais de arranjos tecnológicos possíveis:

- Vigilância da Saúde - um modo tecnológico de reorganização das práticas de saúde no nível local, caracterizado por práticas sanitárias que tomam por objeto problemas de saúde selecionados para enfrentamento contínuo, articulando um conjunto de ações. Nessa concepção, a vigilância em saúde pública e a vigilância sanitária, como outras práticas médico sanitárias, seriam tecnologias utilizadas a depender do problema a ser enfrentado.

- Vigilância em saúde pública - componente municipal do sistema nacional de vigilância em saúde. Caracteriza este arranjo incorporando ao conteúdo da vigilância, além da coleta,

consolidação, análise, interpretação e disseminação de dados e informações, à execução de ações de prevenção e controle e de recomendação de ações de promoção da saúde.

· Vigilância epidemiológica tradicional - este tipo foi caracterizado pelas práticas de vigilância identificadas no cotidiano dos serviços, instituídas historicamente distantes do debate conceitual: ações de notificação, investigação, consolidação de dados e adoção de medidas de prevenção e controle referentes às doenças transmissíveis.

Para Silva (2006), os três tipos ideais sistematizados não existem em estado-puro, contudo, podem ser utilizados para a avaliação e caracterização do tipo de organização das práticas em situações concretas. Estudos de caso poderão contribuir para a identificação de potencialidades e obstáculos para a conformação de arranjos tecnológicos da vigilância que, além de contribuir para a prevenção e controle de doenças, sejam úteis para a promoção da saúde.

## **1.2 O processo de descentralização das ações de Vigilância em Saúde**

No que se refere à organização das práticas, tendo em vista a forma de organização do SNVS, este se mantém ainda muito centralizado no nível federal, o qual exerce papel de coordenador e normalizador deste sistema, e apesar do processo de descentralização das ações de vigilância implementado no país cabe aos municípios basicamente apenas a execução das ações. Os municípios tem status de ente federativo, mas com autonomia relativa, tendo em vista o financiamento do sistema de saúde (Scatena e Tanaka, 2001),

O texto constitucional, ao definir o Sistema Único de Saúde (SUS), aponta como uma de suas diretrizes a “descentralização, com direção única em cada esfera de governo” (BRASIL, 1988). Esta diretriz é reafirmada na Lei Orgânica da Saúde (LOS).

Essa premissa é assegurada na Lei N° 8.142, de 1990, na medida em que, ao tratar do financiamento do SUS, define que 70% do total de recursos do sistema seja destinado aos Municípios (BRASIL, 1990b). Apesar de estar contido no arcabouço legal, determinado por razões de natureza política, técnica e resistências corporativas, o processo de descentralização das ações de vigilância só foi iniciado com a publicação das Portarias Ministeriais N° 1.399 e N° 950, em dezembro de 1999 (BRASIL, 1999 a e b). Durante toda a década de 90 as ações de controle de doenças foram desenvolvidas pela Fundação Nacional de Saúde (FNS), instituída em 1991.

Vinculados à estrutura básica da FNS, foram instituídos o Centro Nacional de Epidemiologia (Cenepi), o Departamento de Operações e o Instituto Evandro Chagas. O Cenepi foi protagonista no âmbito nacional da política de vigilância, prevenção e controle de doenças (Brasil, 1991b).

Como um dos vetores de organização do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (SNVS) e sua descentralização destaca-se o projeto Vigilância em Saúde no SUS (Vigisus), implantado em 1999 em âmbito nacional, com o objetivo de financiar o processo de descentralização das ações de vigilância por meio da estruturação dos serviços estaduais e municipais de vigilância em saúde (Brasil, 1998).

O processo de descentralização das ações de vigilância é efetivamente iniciado com a publicação da Portaria n° 1.399/99, tendo em vista a regulamentação da NOB-SUS 01/96 quanto às

competências da União, estados, municípios e Distrito Federal na área de epidemiologia e controle de doenças, e financiamento específico. Além disso, tal portaria institui a Programação Pactuada e Integrada de Epidemiologia e Controle de Doenças (PPIECD). O Ministério da Saúde, mediante processo de certificação dos Municípios passa a participar do financiamento das ações de vigilância. (BRASIL, 1999a).

O processo de pactuação PPIECD, que ocorreu sem interrupção de 2000 a 2011, foi outro elemento indutor do processo de descentralização, envolvendo compromissos e responsabilização conjunta entre o Ministério da Saúde e os demais gestores do SUS, Secretários Estaduais e Municipais de Saúde, num processo de negociação e pactuação de metas relativas às ações de vigilância definidas a partir de critérios epidemiológicos, populacionais e territoriais (Brasil, 2006). O Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças (TFECD) estabeleceu valores para as Unidades Federadas de forma diferenciada com base nos critérios de população, perfil epidemiológico, área geográfica e dificuldade para execução das ações de prevenção e controle. O repasse dos recursos federais para estados e municípios destinado ao financiamento das ações se dava de forma automática, em parcelas mensais, mediante transferência do Fundo Nacional de Saúde (FNS) aos Fundos Estaduais (FES) e Municipais (FMS) de Saúde (Brasil, 2006).

A partir da criação da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), no âmbito do Ministério da Saúde, em 2003, esta passa a assumir as atribuições do extinto Cenepi e dos demais programas (tuberculose, hanseníase, hepatites virais e doenças sexualmente transmissíveis e AIDS) que integravam a extinta Secretaria de Políticas de Saúde. Publica-se a Portaria GM/MS n. 1.172 (BRASIL, 2004), substituindo-se a Portaria GM/MS n. 1.399/99, estabelecendo-se a denominação de Vigilância em Saúde.

Nesta referida Portaria, as ações de Vigilância em Saúde passaram a ser desenvolvidas de acordo com uma Programação Pactuada Integrada da área de Vigilância em Saúde - PPI-VS, onde foram incorporadas ações básicas de Vigilância Sanitária. O financiamento das ações passa a se dar através do Teto Financeiro de Vigilância em Saúde - TFVS de cada unidade da Federação, devendo ser destinado exclusivamente ao financiamento das ações de VS. Esta portaria amplia o escopo de atuação da VS ao incorporar ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde a vigilância das doenças transmissíveis, a vigilância das doenças e agravos não transmissíveis e dos seus fatores de risco, a vigilância ambiental em saúde e a vigilância da situação de saúde.

O Pacto pela Saúde, definido como um conjunto de reformas institucionais do SUS pactuado entre as três esferas de gestão (União, Estados e Municípios) foi instituído com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, visando alcançar maior eficiência e qualidade das respostas do Sistema Único de Saúde. (BRASIL, 2006).

A Vigilância em Saúde, incorporada à rede de atenção à saúde, é um dos componentes do Pacto de Gestão e sua concepção - enquanto função de saúde pública é entendida como uma proposta de integração institucional, envolvendo os componentes de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária e vigilância ambiental. Além das responsabilidades sanitárias relacionadas à VS contidas no Termo de Compromisso de Gestão anualmente pactuadas, vários indicadores foram incorporados no Pacto pela Vida, sendo objeto de pactuação nos anos de 2007 a 2011. O financiamento do SUS passa a ser tripartite, organizado em cinco blocos: Atenção Básica; Atenção da Média e Alta Complexidade; Vigilância em Saúde; Assistência Farmacêutica; e Gestão do SUS. O bloco da VS era composto por dois componentes: da Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde e da Vigilância Sanitária.

Objetivando adequar o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde às diretrizes do Pacto pela Saúde é publicada a Portaria nº 3.252 de 22 de dezembro de 2009<sup>[ii]</sup> (Brasil, 2009), que trata das diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, estados, Distrito Federal e municípios, sistematizando os conceitos que orientam o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde no Sistema Único de Saúde. (Brasil, 2010). Esta portaria fortalece Estados, Distrito Federal e Municípios no papel de gestores da vigilância e representou um grande avanço, uma vez que explicita no arcabouço normativo uma concepção de VS que amplia seu escopo de atuação para muito além da epidemiologia e controle de doenças, incorporando-se à Vigilância em Saúde ações de promoção da saúde da população, vigilância, proteção, prevenção e controle das doenças e agravos à saúde. Incluem-se no seu conceito a vigilância e o controle das doenças transmissíveis; a vigilância das doenças e agravos não transmissíveis; a vigilância da situação de saúde, vigilância ambiental em saúde, vigilância da saúde do trabalhador e a vigilância sanitária. Além disso, conforme o documento, a Vigilância em Saúde não só está vinculada ao processo de planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS), como também condiciona-se sua integração com a atenção, em especial com a atenção primária à saúde, com vistas à construção da integralidade na atenção à saúde (Brasil 2010). São componentes da Vigilância em Saúde: vigilância epidemiológica; promoção da saúde; vigilância da situação de saúde; vigilância em saúde ambiental; vigilância da saúde do trabalhador e vigilância sanitária.

Para o desenvolvimento das ações descentralizadas de Vigilância em Saúde, o processo de certificação da gestão das ações de Vigilância em Saúde como instrumento formalizador do compromisso dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, é substituído pela adesão ao Pacto pela Saúde.

A Programação das Ações de Vigilância em Saúde (PAVS) é organizada a partir das prioridades definidas no Pacto pela Vida, devendo ser inserida no Plano de Saúde e na Programação Anual de Saúde (PASS), e o resultado do monitoramento e avaliação deverá estar expresso no Relatório Anual de Gestão (RAG). Quanto ao financiamento, o Teto Financeiro de Vigilância em Saúde (TFVS) é substituído pelo Piso Fixo e Variável, adotando-se critérios mais qualitativos para a distribuição.

A partir da promulgação do Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, ocorre uma adequação da Programação de Ações de Vigilância em Saúde - PAVS (Brasil, 2011), de forma que, apesar do decreto fortalecer institucionalmente a VS, observa-se um retrocesso na sua concepção, tendo em vista que a reduz à execução de ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, de acordo com as normas vigentes.

A SVS publica a Portaria nº 1.378 em 9 de julho de 2013, regulamentando as responsabilidades e definindo diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil, 2013b). Esse documento não inclui questões consideradas relevantes como: a definição das ações abrangidas pelo conceito de Vigilância em Saúde, a integração das ações de vigilância em saúde e atenção primária, unificação de seus territórios, apoio matricial e questões relacionadas à promoção da saúde e integralidade da atenção, dentre outros, gerando-se assim muitos impasses nas negociações.

---

[i] Texto elaborado a partir de: Rocha, Rosemary Mendes. Avaliação da função de gestão municipal da vigilância em saúde do município de Itaboraí, estado do Rio de Janeiro. / Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2015.

[ii] Esta Portaria foi revogada pela [Portaria nº GM MS 1.378 de 09 de julho de 2013](#).