

Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais

GUIA CURRICULAR
CURSO TÉCNICO EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE
MÓDULO III

Políticas, Planejamento e Organização

Unidade 2: Política de Vigilância em Saúde

MANUAL DO ALUNO



Belo Horizonte, 2013.

Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais
Av. Augusto de Lima, 2.061 – Barro Preto/BH – MG
CEP: 30190-002

Unidade Geraldo Campos Valadão
Rua Uberaba, 780 – Barro Preto/BH – MG
CEP: 30180-080
www.esp.mg.gov.br

Coordenador Núcleo de Educação Profissional em Saúde
João André Tavares Álvares da Silva

Coordenadora do Curso
Juliana Marques Fernandes Costa Teixeira
Taís Cirino Apolinário de Souza

Elaboração / Conteudista
Sâmia Martins da Costa Silveira

Referências Técnicas
Juliana Marques Fernandes Costa Teixeira
Taís Cirino Apolinário de Souza

Equipe Pedagógica
Érica Menezes dos Reis
Fabiana Gonçalves Santos Costa
Jomara Aparecida Trant de Miranda
Juracy Xavier de Oliveira
Roberta Moriya Vaz

Editor Responsável
Harrison Miranda

Diagramação
Marcus Vinícius Estagiário Design Gráfico
ESP-MG/ASCOM

Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais
Rodovia Prefeito Américo Giannetti, s/nº
Bairro Serra Verde
Edifício Minas - 12º andar - Cidade Administrativa de
Minas Gerais
www.saude.mg.gov.br

Ministério da Saúde
Secretária de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
Esplanada dos Ministérios Edifício Sede, Bloco G, sala 751-
Zona Cívico - Administrativa - Brasília - DF
CEP: 70058-900
e-mail:degerts@saude.gov.br

Impressão: Imprensa Oficial do Estado de Minas Gerais

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

M663c Minas Gerais. Escola de Saúde Pública
Curso técnico em vigilância em saúde: módulo III :políticas, planejamento e
organização: unidade 2: política de promoção da saúde: guia do aluno. / Escola de
Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. - Belo Horizonte: ESP-MG, 2013.

37 p.

ISBN:

1. Política de Saúde. 2. Políticas Públicas de Saúde. 3. Vigilância em Saúde
I. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. II. Título

NLM WA 525

SUMÁRIO

Atividade 1 – Apresentação	05
Atividade 2 – Relato da Dispersão	05
Atividade 3 – Relembrando Vigilância em Saúde, Integralidade e Modelos de Atenção	05
Texto para leitura – Buscando na Memória	05
Atividade 4 – A Vigilância em Saúde como Sistema - Parte 1	07
Texto para leitura – A Vigilância em Saúde como Sistema - Parte 1	07
Atividade 5 – A Vigilância em Saúde como Sistema - Parte 2	08
Texto para leitura – A Vigilância em Saúde como Sistema - Parte 2	08
Atividade 6 – Vídeo SOS Saúde	13
Atividade 7 – Relembrando o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária	13
Texto para leitura – O Sistema Nacional de Vigilância Sanitária	13
Atividade 8 – Memórias de Aula	14
Atividade 9 – Linha do Tempo	14
Texto para leitura – Aspectos Históricos e Formação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária ...	15
Atividade 10 – Dinâmica “Quem é a Pessoa Famosa?”	18
Atividade 11 – Estudo Dirigido	18
Texto para leitura – O Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e o Estado de Minas Gerais	19
Atividade 12 – Práticas e Atuação da Vigilância Sanitária	21
Texto para leitura – Práticas e Atuação da Vigilância Sanitária	21
Atividade 13 – Vídeo	24
Atividade 14 – O Risco Como Foco Principal da Atuação da Vigilância Sanitária	25
Texto para leitura – O Risco Como Foco Principal da Atuação da Vigilância Sanitária	28
Atividade 15 – Roda de Entrevistas	28
Texto para leitura – Educação e Informação em Vigilância Sanitária: A Busca da Consciência Sanitária Para a Proteção e Promoção da Saúde	29
Atividade 16 – Integração das Práticas	31
Texto para leitura – Vigilância em Saúde, Vigilância Sanitária e Atenção Primária em Saúde: em Busca da Integração das Práticas	32
Atividade 17 – Avaliação	34
Atividade 18 – Passa ou Repassa	34
Atividade de Dispersão – Módulo III – Unidade 2	36

Atividade 1 – Apresentação	05
Atividade 2 – Relato da Dispersão	05
Atividade 3 – Revisando Conhecimento	05
Texto para leitura – Buscando na Memória	06
Atividade 4 – Política Nacional de Promoção da Saúde: Conceitos e Fundamentos	06
Texto para leitura – Os Conceitos, Fundamentos e Princípios da Política Nacional de Promoção da Saúde	07
Atividade 5 – Panfleto - Promoção em Saúde	12
Atividade 6 – Competências Gestor Municipal	13
Atividade 7 – Política Nacional de Atenção Primária	13
Texto para leitura – Os Conceitos, Fundamentos e Princípios da Política Nacional de Atenção Básica	14
Atividade 8 – Vídeo PSF, NASF e Portaria 648	16
Atividade 9 – Cumprir Ordens	17
Atividade 10 – Política Nacional de Educação Permanente	17
Texto para leitura – Os Conceitos, Fundamentos e Princípios da Política Nacional de Educação Permanente	18
Atividade 11 – Enfoques, Problemas e Perspectivas da Educação Permanente	19
Texto para leitura – Enfoques, Problemas e Perspectivas da Educação Permanente dos Recursos Humanos de Saúde	20
Referências	27
Atividade 12 – Questões: Políticas Nacional de Educação Permanente	27
Atividade 13 – Quadro das Políticas	28
Atividade 14 – Júri Simulado	30
Atividade 15 – Avaliação	31
Atividades de Dispersão – Módulo II – Unidade 3	32
Atividade 1	32
Atividade 2	35
Referências	43

ATIVIDADE 1
APRESENTAÇÃO*Tempo Estimado: 20 minutos*

- Momento reservado para o docente se apresentar para a turma.

ATIVIDADE 2
RELATO DA DISPERSÃO*Tempo Estimado: 2 horas e 30 minutos***Objetivo**

- Socializar com a turma as atividades realizadas na dispersão da unidade 1 do módulo III.

Material

- Nenhum

ATIVIDADE 3
RELEMBRANDO VIGILÂNCIA EM SAÚDE,
INTEGRALIDADE E MODELOS DE ATENÇÃO*Tempo Estimado: 2 horas e 30 minutos***Objetivo**

- Relembrar os temas Vigilância em Saúde, Integralidade e Modelos de Atenção e introduzir a nova unidade de estudo.

Material

- Texto: Buscando na Memória.

TEXTO PARA LEITURA
BUSCANDO NA MEMÓRIA

Foi estudado no Módulo I – SUS e o Processo de trabalho em Vigilância em Saúde, mais especificamente na Unidade III – O SUS e a Vigilância em Saúde e no módulo II – Território na Unidade I – Território e a Vigilância em Saúde, os aspectos históricos e as bases teóricas e conceituais da Vigilância em Saúde. Além disso, foram analisados os tipos de modelos assistenciais de atenção à saúde existentes no Brasil.

Agora vamos estudar o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e um dos seus componentes, o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Com os conceitos anteriores na ponta da língua, ficará mais fácil entender essa construção.

Na Unidade IV – O SUS e a Vigilância em Saúde do Módulo I, tivemos a oportunidade de discutir sobre

a Política Nacional de Promoção da Saúde e a Política Nacional de Atenção Básica e sua interlocução com a Vigilância em Saúde. No Módulo III – Políticas, Planejamento e Organização, na Unidade I – Política Nacional de Saúde aprofundamos esse conhecimento. Agora vamos entender ainda mais essa interface.

Recordando:

Entende-se por **Vigilância em Saúde**, um conjunto de ações voltadas para o conhecimento, previsão, prevenção e enfrentamento continuado de problemas de saúde, selecionados e relativos aos fatores e condições de risco, atuais e potenciais, e aos acidentes, incapacidades, doenças, incluindo as zoonoses, e outros agravos à saúde de uma população em um determinado território (TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 1998).

Em outras palavras:
A Vigilância em Saúde tem por objetivo a observação e análise permanentes da situação de saúde da população, articulando-se em um conjunto de ações destinadas a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios, garantindo-se a integralidade da atenção, o que inclui tanto a abordagem individual como coletiva dos problemas de saúde (BRASIL, 2010).
Integralidade engloba o complexo contexto do conceito de saúde e envolve todos os campos que abarcam o SUS: da assistência a prevenção de riscos e agravos e a promoção da saúde, sendo que um está vinculado ao outro. A integralidade da atenção no ideário do SUS envolve questões muito maiores do que a ausência de doença, pois está diretamente ligada a qualidade de vida.

São três os modelos assistenciais de atenção a saúde existentes no Brasil:

Médico-assistencial Privatista – focado na atuação do profissional médico e no atendimento hospitalar. Seu objetivo é a doença em si, ou seja, o foco é o tratamento dos doentes.

Modelo Sanitarista – tem como sujeitos os profissionais de saúde e auxiliares técnicos, cujos objetos são os modos de transmissão e os fatores de risco das doenças.

Modelo de Vigilância em Saúde propõe a incorporação de novos atores, incluindo, além dos profissionais e trabalhadores de saúde, a participação da população organizada, abordando

tanto os determinantes clínico-epidemiológicos no âmbito individual e coletivo, como os determinantes sociais que afetam os distintos grupos populacionais em função de suas condições de vida. O objetivo é quebrar o paradigma de foco na doença, já que o foco agora são as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, a partir de procedimentos e meios de análises da situação de saúde e de comunicação com a sociedade, bem como a criação e efetivação de políticas públicas saudáveis e atuação intersetorial das equipes de saúde, de forma a intervir nos fatores que predisõem a ocorrência de doenças e agravos, sejam eles agudos ou crônicos (MINAS GERAIS, 2013)

PARA FIXAÇÃO

Mesmo com outras vertentes, como visto na leitura complementar – Aspectos Históricos, na Unidade III no módulo I, a Vigilância em Saúde é a proposta concreta de redefinição das práticas sanitárias no País e está em consonância com as reflexões propostas para o novo modelo de atenção em saúde. A busca por modelos alternativos que, sem negar os anteriores, congreguem as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde a outras formas de cuidado voltadas para a qualidade de vida das coletividades. Estes modelos alternativos buscam incorporação de atores sociais antes excluídos do processo de produção da saúde e revisão dos objetos, além, das formas de organização dos processos de trabalho envolvidos, como estratégia para superar o modelo biologicista, antropocêntrico, da cultura da medicalização em que se encontra o sistema de saúde há quase um século (MINAS GERAIS, 2013).

Quadro I - Características da Vigilância da Saúde

SUJEITO	OBJETO	MEIOS DE TRABALHO	FORMAS DE ORGANIZAÇÃO
Equipe de Saúde, população (cidadãos)	Danos, riscos, necessidades e determinantes dos modos de vida e saúde (condições de vida e trabalho)	Tecnologias médico-sanitárias, de planejamento e programação local situacional, tecnologias de comunicação social	Intervenções específicas (promoção, proteção, prevenção e recuperação) Operações sobre problemas e grupos populacionais. Ações intersetoriais. Políticas públicas saudáveis

Fonte: Filho, 2007

O quadro acima sistematiza, didaticamente, os sujeitos, objetos, métodos e formas de organização dos processos de trabalho da Vigilância da Saúde. Como se pode perceber, a Vigilância da Saúde propõe a incorporação de novos sujeitos à prática de saúde, extrapolando o conjunto de profissionais e trabalhadores da saúde ao envolver a população organizada. Isso, corresponde à ampliação do objeto, que abarca, além das determinações clínico-epidemiológicas no âmbito individual e

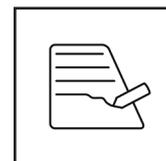
coletivo, as determinações sociais, que afetam os distintos grupos populacionais em função de suas condições de vida. Nessa perspectiva, a intervenção também extrapola o uso dos conhecimentos e tecnologias médico-sanitárias e inclui tecnologias de planejamento e de comunicação social, que estimulam a mobilização, organização e atuação dos diversos grupos na promoção e na defesa das condições de vida e saúde. (Teixeira, Paim e Vilasboas, 1998)

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes Nacionais da Vigilância em Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 108 p. : – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 13)

MINAS GERAIS. Escola de saúde Pública. Curso técnico de vigilância em saúde: módulo I: unidade 3: O SUS e a vigilância em saúde: guia do docente/Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte: ESP-MG, 2013.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. F.; VILASBÔAS, A. L. Sus, modelos assistências e vigilância em saúde. Bahia: IESUS, VII (2), abr/jun, 1998. Disponível em: [HTTP://www.acervo.epsjv.fiocruz.br/beb/BVSEPS/material%202012/vigilancia%20ambiental/iesus_vol7_2_sus.pdf](http://www.acervo.epsjv.fiocruz.br/beb/BVSEPS/material%202012/vigilancia%20ambiental/iesus_vol7_2_sus.pdf) Acesso em: 09/09/2013.

ATIVIDADE 4**A VIGILÂNCIA EM SAÚDE COMO SISTEMA - PARTE 1**

Tempo Estimado: 2 horas e 30 minutos

Objetivos

- Compreender a Vigilância em Saúde como Sistema.
- Identificar as fortalezas e fraquezas da Vigilância em Saúde nos municípios participantes do Curso Técnico em Vigilância em Saúde.

Material

- Texto: A Vigilância em Saúde como Sistema - Parte 1

TEXTO PARA LEITURA
A VIGILÂNCIA EM SAÚDE COMO SISTEMA - PARTE 1

Sâmia Martins da Costa Silveira¹

Desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990, foram muitas as mudanças, com novas regulamentações, buscando ampliar, qualificar e melhorar a prestação de serviços e promoção à saúde, definidos e consagrados na Constituição Federal Brasileira de 1988.

Nessa conjuntura ocorreram também mudanças no perfil demográfico e epidemiológico da população brasileira. Para ilustrar, em 1930, as doenças infecciosas e parasitárias eram responsáveis por 46% dos óbitos. Hoje elas representam apenas 5% das mortes no Brasil. Já as doenças cardiovasculares aumentaram de 11,8% para 31,3%. Junto com elas, pesam no perfil de mortalidade brasileiro as mortes por câncer e violências².

Acompanhando esta mudança, a Vigilância Epidemiológica também foi se articulando, se

fortalecendo e definindo seu conceito até que em 1990 é criada o Centro Nacional de Epidemiologia (CENEPI). Entre 1990 e 1993, o CENEPI foi protagonista no âmbito nacional da política de vigilância, prevenção e controle de doenças. Várias foram as conquistas, como já foi estudado na Unidade I – Território e a Vigilância em Saúde do módulo II – Território, do nosso curso.

Com esses avanços, em conjunto com a discussão da necessidade de construção de um novo modelo de atenção à saúde, buscando ampliar o objeto da vigilância e o fortalecimento político dessa instância no cenário decisório do Ministério da Saúde é criada em 2003 a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), que passa a assumir, além de outras atribuições, as ações desempenhadas pelo CENEPI. A nova denominação “Vigilância em Saúde” torna-se um indicativo de que o novo órgão estaria comprometido

¹ Farmacêutica. Autoridade Sanitária. Núcleo de Vigilância Sanitária. Superintendência Regional de Saúde de Juiz de Fora. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Mestre em Saúde Coletiva. Especialista em Gestão em Serviços de Saúde, Acreditação e Auditoria Hospitalar. Especialista em Gestão da Assistência Farmacêutica.

²Dados disponíveis em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/index.cfm?portal=pagina.visualizarArea&codArea=376>

com esse ideário e não, apenas, com o campo mais restrito da vigilância epidemiológica (FILHO, 2007).

De acordo com Filho (2007), “na perspectiva política, pode-se afirmar, utilizando-se a terminologia gramatical, que antes do CENEPI, as ações de vigilância e controle de doenças eram acessórias do sistema de saúde. Com o CENEPI, elas passaram a ser integrantes e após a criação da SVS, tornaram-se essenciais”.

O QUE ISSO QUER DIZER?

Nesse sentido, pode-se constatar que:

O redirecionamento da política e da gestão da Vigilância em Saúde, com a criação da Secretaria de Vigilância em Saúde em 2003, significou uma redução do déficit institucional, político e financeiro existente no País desde a criação do Sistema Único de Saúde em relação às ações sanitárias de caráter coletivo. A ausência, o caráter incipiente ou a fragmentação de ações nesse campo contribuíram para o acúmulo de problemas e retardaram o desenvolvimento científico, tecnológico e organizacional da vigilância, da prevenção e do controle de doenças (BRASIL, 2006).

A Vigilância em Saúde ainda precisa de muita valorização e expansão, mas cabe ressaltar que realmente ocorreu um acréscimo do seu poder institucional e político no País. Escutamos constantemente esse termo nos serviços de saúde e está começando a fazer parte dos processos de trabalho no SUS.

SAIBA MAIS

Aprofunde seu conhecimento no processo de formação do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde.

Leia o texto:

Reorganização das práticas e inovação tecnológica na Vigilância em Saúde e os 20 anos do SUS. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/reorganizacao_svs_sus20anos.pdf.

A Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde é responsável por coordenar o sistema Nacional de Vigilância em Saúde (SNVS), que veio se configurando ao longo do tempo, e que, segundo as Diretrizes Nacionais de Vigilância em Saúde (BRASIL, 2010) o conceito de Vigilância em Saúde inclui:

- Vigilância Epidemiológica;
- A Vigilância da Situação de Saúde,
- Vigilância Ambiental em Saúde,

- Vigilância da Saúde do Trabalhador;
- Vigilância Sanitária;
- Promoção da Saúde.

Seus conceitos já foram apresentados no Módulo I – SUS e o Processo de Trabalho em Vigilância em Saúde, na Unidade III – O SUS e a Vigilância em Saúde; e no módulo II - Território, mais especificamente na unidade I – Território e a Vigilância em Saúde, sendo que as ações e os processos de trabalho envolvidos em cada uma dessas áreas temáticas serão aprofundados no Módulo IV deste curso.

Além disso, são integrantes do SNVS o Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública, nos aspectos pertinentes à vigilância epidemiológica e saúde ambiental; os sistemas de informações de vigilância em saúde; programas de prevenção e controle de doenças de relevância em saúde pública, incluindo o Programa Nacional de Imunizações, e ainda a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2010).

Dessa forma, a observação e análise permanente da situação de saúde da população, articulada com um conjunto de ações destinadas a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações, que vivem em determinados territórios, garante a integralidade da atenção, o que inclui tanto a abordagem individual como coletiva dos problemas de saúde.

Diante da magnitude desse Sistema, não existem dúvidas que as três esferas de governo – Federal, Estadual e Municipal - possuem responsabilidades com o mesmo grau de importância e compromisso para o seu funcionamento. Cabe ao Ministério da Saúde coordenar as ações das três esferas de governo, no sentido de fortalecer as instituições e estimular parcerias com outras organizações e entidades da sociedade civil, para que o País possa atuar efetivamente no âmbito da Vigilância em Saúde.

O mesmo princípio de descentralização do SUS para a assistência a saúde é seguido para o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. Existem vários pontos debatidos para esse processo de descentralização, porém vamos ressaltar o ponto positivo. A descentralização representou mais uma das conquistas no âmbito da Vigilância em Saúde, uma vez que a descentralização dos recursos financeiros para as secretarias dos estados e municípios viabilizou condutas, além disso, vem promovendo maior efetividade das ações. Contudo ainda restam desafios, como: a eficiência na aplicação dos recursos, a qualidade no desenvolvimento das atividades, a eleição da prevenção de riscos e agravos e da promoção a saúde como prioridade dos governos locais, entre outros.

ATIVIDADE 5

A VIGILÂNCIA EM SAÚDE COMO SISTEMA - PARTE 2

Tempo Estimado: 4 horas



Objetivo

- Aprofundar na Vigilância em Saúde como Sistema.

Material

- Texto: A Vigilância em Saúde como Sistema - Parte 2.

Para Refletir:

Será que dessa forma conseguiremos mudar nosso modelo de atenção à saúde?

O que, como profissionais envolvidos nesse processo, podemos desenvolver ou acrescentar para esse objetivo?

TEXTO PARA LEITURA

A VIGILÂNCIA EM SAÚDE COMO SISTEMA - PARTE 2



Diante do desafio imposto pela descentralização do SUS em estruturar sistemas de vigilância em saúde e pela complexidade do perfil epidemiológico brasileiro, surge em 1998 o Projeto Vigisus. Na implementação desse projeto os esforços foram concentrados nas três esferas governamentais, com vistas a intensificar a infraestrutura e a capacidade técnica da Vigilância em Saúde (BRITO, 2008).

O Projeto Vigisus é resultado de um acordo de empréstimo financeiro entre o Banco Interamericano para Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD) e a República Federativa do Brasil, representado pelo Ministério da Fazenda e executado pelo Ministério da Saúde, com ações desenvolvidas pela Secretaria de Vigilância em Saúde e da Fundação Nacional de Saúde. O Projeto Vigisus foi aprovado no ano de 1998, com duração inicialmente prevista para oito anos e composto por três fases:

- **1º fase (Vigisus I):** foi implantada no período de 1999 a 2004, visava à estruturação do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (SNVS).
- **2º fase (Vigisus II):** iniciada em dezembro de 2004 e finalizada em 2009. Esta fase teve como objetivo fortalecer o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, com vistas à redução da mortalidade e morbidade de doenças transmissíveis e não transmissíveis, bem como a exposição a fatores de risco associados com a saúde. Foi organizada em três áreas:
 - **Componente A – Modernização do Sistema Nacional de Saúde;**
 - **Componente B – Saúde Indígena;**
 - **Componente C – Gerenciamento do Projeto.**

- **3º fase (Vigisus III):** denominada Consolidação do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, em fase de execução de 2011 com duração até 2015.

A terceira e última fase objetiva contribuir com a redução do índice de doenças e agravos de saúde, gerenciando riscos à saúde e fortalecendo a coordenação dos subsistemas de Saúde Pública e Saúde Indígena (BRASIL, 2010b; BRITO, 2008).

Nesse percurso, novamente objetivando a consolidação da Vigilância em Saúde no Brasil, o Ministério da Saúde publicou em 22 de Dezembro de 2009 a Portaria nº 3.252, que aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde.

Esta Portaria estabelece e ratifica que a Vigilância em Saúde (VS) tem como objetivos a análise permanente da situação de saúde da população e inclui tanto a abordagem individual como coletiva dos problemas de saúde. Confirma a importância da VS na construção do processo de Integralidade do SUS. Determina que a VS constitui-se de ações de promoção da saúde, vigilância, proteção, prevenção e controle das doenças e agravos à saúde, abrangendo a Vigilância Epidemiológica, a Promoção da Saúde, a Vigilância da Situação de Saúde, a Vigilância em Saúde ambiental, a Vigilância da Saúde do Trabalhador e a Vigilância Sanitária (BRASIL, 2009).

Esta portaria apresenta também as competências e responsabilidades da gestão compartilhada do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde do nível Federal, Estadual, Municipal e do Distrito Federal.

Ressalta ainda no seu artigo 5º que a integração entre a Vigilância em Saúde e a Atenção Primária à

Saúde é condição imprescindível para construção da integralidade na atenção e para se alcançar resultados, com o desenvolvimento de um processo de trabalho condizente com a realidade local, que resguarde as especificidades dos setores e compartilhe suas tecnologias, tendo por diretrizes:

I - compatibilização dos territórios de atuação das equipes, com a gradativa inserção das ações de Vigilância em Saúde nas práticas das equipes de Saúde da Família; II - planejamento e programação integrados das ações individuais e coletivas; III - monitoramento e avaliação integrada; IV - reestruturação dos processos de trabalho com a utilização de dispositivos e metodologias que favoreçam a integração da vigilância, prevenção, proteção, promoção e atenção à saúde, tais como linhas de cuidado, clínica ampliada, apoio matricial, projetos terapêuticos, protocolos e entre outros; e V - educação permanente dos profissionais de saúde, com abordagem integrada nos eixos da clínica, vigilância, promoção e gestão (BRASIL, 2009).

SAIBA MAIS

Não deixe de verificar todas as questões abordadas na Portaria nº 3.252/2009 disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria3252_da_vigilancia_em_saude_0501_atual.pdf

Parece repetitivo, mas a intenção é demonstrar aqui o percurso da construção do Sistema Nacional

de Vigilância em Saúde e a importância crescente que a Política de Saúde vem dando as ações de VS. Esse cenário atual evidencia a busca constante de efetivação dessas ações nos Estados e Municípios para uma mudança cultural do conceito saúde-doença e conscientização da população e dos profissionais de saúde da necessidade de ampliação e mudança do nosso modelo de atenção.

No Estado de Minas Gerais essa realidade não é diferente, a Política de Saúde Estadual vem na mesma condução desse processo. O Estado de Minas Gerais criou em 2011 o Projeto de Fortalecimento das ações de Vigilância em Saúde, que já está no seu 2º ano de execução, com o ideário de fortalecer e concretizar as ações de VS nos municípios mineiros.

Esse projeto está focado em aumentar o potencial antecipatório das vigilâncias, em subsidiar o planejamento da assistência à saúde, em estar inserido nas redes de atenção, em obter resultados nos territórios, em utilizar ferramentas de gestão e planejamento e em fomentar a consciência sanitária (RIBEIRO, QUINTINO; COELHO, 2012). Os princípios, diretrizes e os processos de trabalho desse Projeto já foram discutidos na Unidade IV – O processo de trabalho da Vigilância em Saúde do Módulo I – SUS e o processo de trabalho em Vigilância em Saúde deste curso.

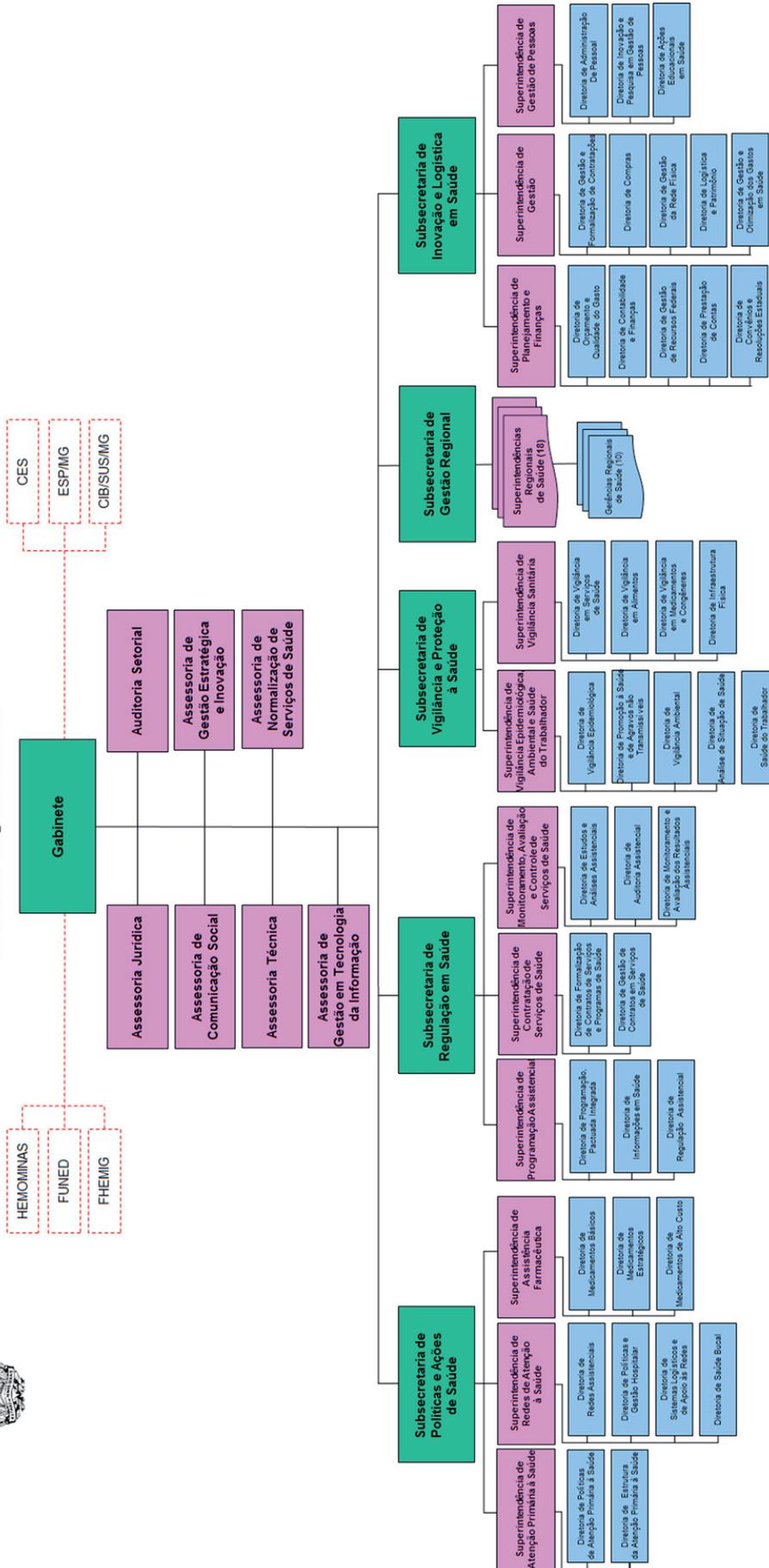
CURIOSIDADE

Você conhece a estrutura organizacional da Subsecretaria de Vigilância e Proteção à Saúde, onde estão inseridas as ações de Vigilância em Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (SES/MG)?

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE



Estrutura Organizacional *



ASSESSORIA DE GESTÃO ESTRATÉGICA E INOVAÇÃO
Dezembro /2011

* Lei Delegada nº 180, de 20 de janeiro de 2011
Decreto nº 45.812 de 14 de dezembro de 2011.

QUESTÕES ATUAIS DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Você sabia que a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) divulgou recentemente a Programação de Ações do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde 2013/2015? Essa programação possui uma metodologia que possibilita à articulação das diretrizes técnico-políticas dos entes federados, expressas em seus Planos de Saúde, com metas e indicadores prioritários, a programação de ações relevantes. Para tal são estruturados dois eixos temáticos:

I – Ações prioritárias do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, vinculadas ao Contrato Organizativo da Ação Pública (COAP). Este eixo refere-se às metas e indicadores do componente de Vigilância em Saúde integrantes do COAP, relacionando ações estratégicas a serem programadas para a consecução das metas definidas.

II – Ações prioritárias para o Sistema Estadual ou Municipal de Vigilância em Saúde. Neste eixo, Estados e Municípios podem programar ações de acordo com suas prioridades, utilizando a mesma metodologia empregada no Eixo I. Seu conteúdo deve ser coerente com a situação de saúde da população local e de sua exposição a riscos de adoecimento.

A programação possui Instrutivo e instrumento em Excel, e destina-se a Estados, Distrito Federal e Municípios, devendo ser atualizada anualmente, com base no Plano de Saúde local e no contexto da Programação Anual de Saúde, a qual passa necessariamente a integrar.

Este novo projeto do Ministério da Saúde é muito semelhante ao Projeto de fortalecimento de Vigilância em Saúde do Estado de MG. O município ao aderir ao projeto irá desenvolver ações para cumprir metas e os resultados serão avaliados através de indicadores definidos pelo Ministério da Saúde. O município então receberá mais incentivo financeiro do nível federal, além do que já recebe do nível Estadual. Ou seja, além de toda a construção política e regulamentar para implantação e efetivação do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde o financiamento dessas ações também está crescendo.

PARA REFLETIR

Será que dessa forma conseguiremos mudar nosso modelo de atenção à saúde?

O que, como profissionais envolvidos nesse processo, podemos estar desenvolvendo ou acrescentando para esse objetivo?

REFERÊNCIAS

BARRETO, Mauricio L. Papel da epidemiologia no desenvolvimento do Sistema Único de Saúde no Brasil: histórico, fundamentos e perspectivas. *Rev. bras. epidemiol.* [online]. 2002, v. 5, suppl. 1, pp. 4-17.

BRASIL. Ministério da Saúde. Vigilância em saúde no SUS: fortalecendo a capacidade de resposta aos velhos e novos desafios. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2006. p.10.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.252, de 22 de dezembro de 2009. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 23 dez. 2009. Seção 1, p. 65. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt3252_22_12_2009.html>. Acesso em: 24 nov. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes Nacionais da Vigilância em Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010a. 108 p. : – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 13).

BRASIL. Ministério da Saúde. Projeto de Vigilância e Controle de Doenças – VIGISUS III. Brasília, 2010b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/savigisus3_14_05_2010.pdf>. Acesso em: 17 mar. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. História da SVS. História do SVS. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=32355. Acesso em: 10 set. 2013.

BRITO, S, M, F. Avaliação de estados e municípios na execução do Projeto Vigisus II: limites e possibilidades. 2008. 96 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Pós-graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, Bahia, 2008.

FILHO, D. A. M. Reorganização da práticas e inovação tecnológica na Vigilância em Saúde e os 20 anos do SUS. Texto elaborado como subsídio à sistematização do Relatório da SVS (Gestão 2007-2008). Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/reorganizacao_svs_sus20anos.pdf. Acesso em: 10 set. 2013.

MINAS GERAIS. Escola de saúde Pública. Curso técnico de vigilância em saúde: módulo I: unidade 3: O SUS e a vigilância em saúde: guia do docente/Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte: ESP-MG, 2013.

RIBEIRO, Elice Eliane Nobre; QUINTINO, Nayara Dornelas; COELHO, Vanessa Maria Rodrigues. Visita técnica: “Projeto Fortalecimento da Vigilância em Saúde em Minas Gerais”, 2012, Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2012.

TEIXEIRA, C. F., PAIM, J. S. e VILASBOAS, A. L. SUS, Modelos assistenciais e vigilância da Saúde. Informe Epidemiológico do SUS, vol VII (2) CENEPI/MS, Brasília DF, 1998.

ATIVIDADE 6

VÍDEO - SOS SAÚDE



Tempo Estimado: 3 horas e 30 minutos

Objetivo

- Estabelecer relação entre os Sistemas de Saúde exibidos no Documentário SOS saúde e a Vigilância em Saúde do Brasil.

Material

- Vídeo: SOS Saúde - Michael Moore - 2h03m Disponível em : <http://www.youtube.com/watch?v=VoBleMNAwUg>

ATIVIDADE 7

RELEMBRANDO O SISTEMA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA



Tempo Estimado: 30 minutos

Objetivo

- Relembrar o conteúdo trabalhado relacionado ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

Material

- Texto: O Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

TEXTO PARA LEITURA

O SISTEMA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA



Sâmia Martins da Costa Silveira³

BUSCANDO NA MEMÓRIA

Foi apresentado no Módulo II – Território, na sua Unidade I – Território e a Vigilância em Saúde, uma breve explanação sobre o componente - Vigilância Sanitária da Vigilância em Saúde. Tratando principalmente da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

Agora vamos estudar o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária como um todo, conhecer seus componentes, entender seu funcionamento e compreender sua importância para a eficácia da Vigilância em Saúde e para a efetivação da integralidade no SUS.

A Portaria nº 3.252/2009, que aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios e dá outras providências, apresenta em seu capítulo II as questões relacionadas aos Sistemas.

Esta Portaria define em seu artigo nº 17, que o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde é coordenado pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde (MS) no âmbito nacional, conforme já apresentado anteriormente, e é integrado por:

- I. Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, de doenças transmissíveis e de agravos e doenças não transmissíveis;

³ Farmacêutica. Autoridade Sanitária. Núcleo de Vigilância Sanitária. Superintendência Regional de Saúde de Juiz de Fora. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Mestra em Saúde Coletiva. Especialista em Gestão em Serviços de Saúde, Acreditação e Auditoria Hospitalar. Especialista em Gestão da Assistência Farmacêutica.

- II. Subsistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental, incluindo ambiente de trabalho;
- III. Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública, nos aspectos pertinentes à Vigilância em Saúde;
- IV. Sistemas de Informação de Vigilância em Saúde;
- V. Programas de prevenção e controle de doenças de relevância em saúde pública, incluindo o Programa Nacional de Imunizações;
- VI. Política Nacional de Saúde do Trabalhador; e
- VII. Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2009).

MAS, E A VIGILÂNCIA SANITÁRIA? E O SISTEMA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA? POR QUE NÃO ESTÁ INSERIDO NESSES ITENS?

VAMOS ENTENDER!

O Sistema Nacional de Vigilância Sanitária é apresentado pela Portaria nº 3.252/2009 no mesmo Capítulo II, porém em artigo subsequente ao anterior. Isso porque o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária não é coordenado pela SVS/MS. Este Sistema é coordenado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

A Portaria nº 3.252/2009 apresenta o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária no artigo nº 18 da seguinte forma:

O Sistema Nacional de Vigilância Sanitária é coordenado pela ANVISA no âmbito nacional e é integrado por:

- I. ANVISA;
- II. Vigilâncias Sanitárias Estaduais;
- III. Vigilâncias Sanitárias Municipais;
- IV. Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública, nos aspectos pertinentes à vigilância sanitária; e
- V. Sistemas de Informação de Vigilância Sanitária.

Ainda complementa no artigo 19, que: o conjunto de ações definido pelo § 1º do art. 6º e pelos artigos 15 a 18 da Lei nº 8.080, de 1990, executado pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios compõe os Sistemas Nacionais de Vigilância em Saúde e Vigilância Sanitária (BRASIL, 2009).

A Vigilância Sanitária é colocada a parte, porém não dissociada do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, isso porque a Vigilância Sanitária possui algumas peculiaridades que vamos conhecer a partir de agora. Mas mesmo assim, ela está vinculada e é essencial para a eficácia das ações do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.252, de 22 de dezembro de 2009. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 dez. 2009. Seção 1, p. 65. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt3252_22_12_2009.html>. Acesso em: 24 nov. 2010.



ATIVIDADE 8

MEMÓRIA DE AULA

Tempo Estimado: 1 hora

Objetivo

- Registrar o conteúdo trabalhado relacionado ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

Material

- Nenhum



ATIVIDADE 9

LINHA DO TEMPO

Tempo Estimado: 3 horas

Objetivo

- Elaborar uma linha do tempo com as datas e pontos relevantes que se referem aos Aspectos históricos e formação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

Materiais

- Papel Kraft
- Pincel Atômico
- Texto: Aspectos históricos e formação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

TEXTO PARA LEITURA

ASPECTOS HISTÓRICOS E FORMAÇÃO DO SISTEMA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA



Sâmia Martins da Costa Silveira ⁴

A Vigilância Sanitária (VISA) é considerada a conformação mais antiga e complexa da Saúde Pública. Registros muito remotos, de períodos longínquos da história como o código de Hamurabi na Babilônia já demonstravam a preocupação dos indivíduos com relação às questões sanitárias. Porém, é com a configuração e nascimento das cidades, que se formata o início de ações institucionalizadas de VISA (COSTA; ROZENFELD, 2000).

No Brasil, o desenvolvimento das ações de VISA ganhou conformação no início do século XVIII, ainda no período colonial, seguindo o modelo e os regimentos adotados por Portugal. Com a mudança da corte portuguesa para o Brasil se incrementaram as intervenções de cunho sanitário e se iniciou a estruturação da Saúde Pública, com foco na contenção de epidemias e inserção do País nas rotas do comércio internacional (COSTA; ROZENFELD, 2000).

Em 1820, teve origem a Inspetoria de Saúde Pública do Porto do Rio de Janeiro e com ela foram estabelecidas normas para organizar a vida nas cidades. Em 1830 surgiram no Brasil os primeiros códigos de postura municipais. Diversos aspectos da vida urbana da época foram contemplados: cemitérios, embarcações, gêneros alimentícios, açougues, matadouros, casas de saúde e medicamentos (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007).

Assim, por meio da promulgação de leis, da estruturação e reformas de serviços sanitários e dos rearranjos da estrutura do Estado, a intervenção sanitária veio sendo institucionalizada no País. Do período monárquico, passando pela transição para a República e acompanhando a instauração da nova ordem política, econômica e social no País, foi se conformando no interior da área da Saúde Pública, um subsetor específico que hoje denominamos Vigilância Sanitária. (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007, p. 17).

Ao longo do século XX, ocorreram inúmeras reformas, de maior ou menor envergadura, bem

como intensa produção de leis concentradas, sobretudo na normatização das áreas direta ou indiretamente ligadas à saúde. Em 1950, com a criação do Ministério da Saúde (MS), ocorreu um rearranjo da VISA, que se confirmou com uma intensa ampliação da produção normativa, estabelecendo os fundamentos para as ações e organização da VISA. Destacam-se as Leis: n. 5.991, de 17 de dezembro de 1973 (BRASIL, 1973), n. 6.360, de 23 de setembro de 1976 (BRASIL, 1976), voltadas para a área do comércio de produtos e serviços ligados à saúde e a Lei n. 6.437, de 20 de agosto de 1977 (BRASIL, 1977a), que configura as infrações sanitárias e as penalidades em âmbito nacional. Vale lembrar que este conjunto de leis, embora com algumas alterações e evoluções, está vigente até hoje (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007).

Em 1976, foi oficialmente criada a Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária, por ocasião da reestruturação do MS, pelo decreto n. 79.056, de 30 de dezembro de 1976⁵. (BRASIL, 1977b). Seu artigo 13º determinou como responsabilidade da Secretaria:

[...] promover ou elaborar, controlar a aplicação e fiscalizar o cumprimento de normas e padrões de interesse sanitário relativos a portos, aeroportos, fronteiras, produtos médico-farmacêuticos, bebidas, alimentos e outros produtos ou bens, respeitadas as legislações pertinentes, bem como efetuar o controle sanitário das condições do exercício profissional relacionado com a saúde (BRASIL, 1977b)⁶.

Mesmo com a nova estruturação da Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária/MS, o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária ainda se apresentava frágil e desconexo na relação estabelecida entre os entes federados. A insuficiência de recursos e de valorização não permitiu que a organização das ações do sistema acompanhasse a demanda crescente dos serviços de saúde e de interesse da saúde, do parque produtivo e do crescimento tecnológico. Desse modo,

⁴ Farmacêutica. Autoridade Sanitária. Núcleo de Vigilância Sanitária. Superintendência Regional de Saúde de Juiz de Fora. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Mestra em Saúde Coletiva. Especialista em Gestão em Serviços de Saúde, Acreditação e Auditoria Hospitalar. Especialista em Gestão da Assistência Farmacêutica.

⁵ Decreto revogado recentemente pelo Decreto nº 8.077 de 15 de Agosto de 2013 que, regulamenta as condições para o funcionamento de empresas sujeitas ao licenciamento sanitário, e o registro, controle e monitoramento, no âmbito da Vigilância Sanitária, dos produtos de que trata a Lei nº 6.360/1976, e dá outras providências.

⁶ Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaTextoIntegral.action?id=193521&norma=207996>>.

a Vigilância Sanitária limitou sua atuação, adotando um modelo cartorial?⁷ (LUCCHESI, 2006)

Este panorama se agravou pelo conjunto de acontecimentos trágicos que o antecederam e o sucederam. Foi preciso atentar a regulação sanitária para: os problemas constantes relacionados aos medicamentos, como a talidomida na década de 1960, que resultou no nascimento de milhares de bebês com deformidades de membros em todo mundo; a adulteração de alimentos como a presença de cromo em gelatina; o descarte inadequado de resíduos tóxicos dos serviços de saúde, como o acidente com Césio 137 em Goiânia no ano de 1987⁸; o descontrolado uso de sangue, inclusive com a comercialização do mesmo e a constante transmissão do HIV; as mortes e os maus tratos com idosos em clínicas especializadas, como o caso da clínica médica Santa Genoveva; o desmazelo da qualidade dos serviços de saúde; água de diálise contaminada, como o caso de Caruaru. Este quadro despertou a população e as autoridades para a necessidade de se desenvolver ações que contribuíssem para efetiva segurança de produtos e serviços ligados à saúde (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007; DUARTE; TEIXEIRA, 2009).

Como consequência deste cenário, em consonância com a então promulgada Reforma Sanitária Brasileira e o esforço de diferentes atores, o tema VISA apareceu marcadamente na Constituição Federal de 1988 (CF/88) e também na Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/90), com conceito mais ampliado. Esta Lei, no artigo 6º, preconiza que a VISA está incluída no campo de atuação do SUS com sua concepção juridicamente estabelecida. De acordo com o Capítulo I, Artigo 6º, § 1º entende-se por Vigilância Sanitária:

[...] um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo:

- I. o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e*
- II. o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde (BRASIL, 1990)⁹.*

Ao contrário do conceito anterior, de caráter burocrático e normativo, o novo conceito de VISA definido na Lei n. 8.080/1990 (BRASIL, 1990), englobou o sentido de risco conferindo característica mais completa ao conjunto de ações da VISA (BRASIL, 1990, 2011).

Mesmo com a reformulação do sistema regulatório do Brasil, com implantação dos pressupostos da CF/88 (BRASIL, 2011) e da Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990), o que tange à VISA só veio a se efetivar em 1999. Nesse período, vários escândalos sanitários estavam sendo noticiados pela mídia nacional e expuseram à opinião pública a precariedade dos controles sanitários e a frágil capacidade de fiscalização dos órgãos responsáveis pela VISA no Brasil (COSTA, 1999).

Ao mesmo tempo encontrava-se em trâmite a reforma do Estado, com o objetivo de se adequar às novas concepções e necessidades da sociedade e do mercado. Com isso, a VISA foi mais uma vez reestruturada com maior reconhecimento da sua importância. De forma relativamente rápida, por medida provisória transformada na Lei n. 9.782, de 26 de janeiro de 1999 (BRASIL, 1999), foi definida a conformação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, com a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) para coordená-lo (DE SETA; DAIN, 2010; LUCCHESI, 2001). Esse sistema é um dos instrumentos do qual o SUS dispõe para realizar seus objetivos de prevenção e proteção, relacionados à saúde (BRASIL, 1999).

O Sistema Nacional de Vigilância Sanitária foi apontado no art. 1º da Lei n. 9.782, de 26 de janeiro de 1999 (BRASIL, 1999), como:

O conjunto de ações definido pelo § 1º do art. 6º e pelos arts. 15 a 18 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, executado por instituições da Administração Pública direta e indireta da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, que exerçam atividades de regulação, normatização, controle e fiscalização na área de vigilância sanitária (BRASIL, 1999)¹⁰.

Essa legislação cria e define também a ANVISA como, “autarquia sob regime especial, vinculada ao MS, com sede e foro no Distrito Federal, prazo de duração indeterminado e atuação em todo território nacional”

⁷ Entende-se por modelo cartorial aquele que se baseia apenas na análise documental, sem a confirmação das informações por meio de inspeção sanitária (LUCCHESI, 2006).

⁸ “Em setembro de 1987, dois catadores de sucata e de papel encontraram uma cápsula de Césio 137 abandonada em um terreno baldio no centro de Goiânia, levaram a peça para casa onde foi quebrada a marteladas. Os envolvidos no acidente distribuíram porções de pó radioativo e a contaminação atingiu uma área superior a 2000 m². O governo reconheceu oficialmente 12 mortes” (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007, p. 15).

⁹ Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>.

¹⁰ Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9782.htm>.

(BRASIL, 1999)¹¹. A Lei n. 9.782, de 26 de janeiro de 1999 (BRASIL, 1999), se estabeleceu nos moldes dos princípios e diretrizes do SUS e por isso segue o processo de descentralização. Isto é, configura-se, com as competências de cada esfera de governo, determinando as responsabilidades do nível Federal, Estadual e Municipal.

Assim, o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária deve funcionar como uma engrenagem interligada, interagindo com outros segmentos da saúde, conselhos de classe, órgãos dos poderes executivo, legislativo, judiciário, instituições de ensino e pesquisa e outros órgãos reguladores. Para ilustrar segue figura abaixo:

Figura 2: O Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e a sua intersetorialidade



Fonte: slide de treinamento interno do Núcleo de Vigilância Sanitária da Superintendência Regional de Saúde de Juiz de Fora

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei n. 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 19 dez. 1973. p. 13049. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L5991.htm>. Acesso em: 10 ago. 2010.

BRASIL. Lei n. 6.437, de 20 de agosto de 1977. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 ago. 1977a. p. 11145. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6437.htm>. Acesso em: 10 ago. 2010.

BRASIL. Decreto n. 79.056, de 30 de dezembro de 1976. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 7 jan. 1977b. Seção 1, p. 178. Retificação. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaTextIntegral>>.

action?id=193521&norma=207996>. Acesso em: 10 ago. 2010.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set 1990. Seção 1, p. 18055. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 10 ago. 2010.

BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil, 1988. 12.ed. Belo Horizonte: Assembleia Legislativa do Estado de Minas Gerais, 2011. 413 p.

BRASIL. Lei n. 9.782, de 26 de janeiro de 1999. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 27 jan. 1999. p. 1. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9782.htm>. Acesso em: 11 ago. 2010.

¹¹ Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9782.htm>.

BRASIL. Lei n. 6.360, de 23 de setembro de 1976. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 set. 1976. p. 12647. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6360.htm>. Acesso em: 10 ago. 2010.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. Para entender a gestão do SUS: vigilância em saúde. Brasília: CONASS, 2007. Coleção Progestores, tomo 2. v.6.

COSTA, Ediná Alves. A vigilância sanitária: defesa e proteção da saúde. 2. ed. São Paulo: Sobravime, 1999.

COSTA, Ediná Alves; ROZENFELD, Suely. Constituição da Vigilância Sanitária no Brasil. In: ROZENFELD, S. (Org.). Fundamentos da vigilância sanitária. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000. p. 15-40.

DE SETA, Marismary Horsth; DAIN, Sulamis. Construção do Sistema Brasileiro de Vigilância Sanitária: argumentos para debate. Ciência & saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, p. 3307-3317, nov. 2010. Suplemento. 3. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=1413-812320100009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 26 ago. 2013.

DUARTE, Ana Julia Calazans; TEIXEIRA, Márcia Oliveira de. Trabalho e educação na saúde: um olhar na vigilância Sanitária. In: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM EDUCAÇÃO EM CIÊNCIAS, 7., 2009, Florianópolis. Anais. Florianópolis: Associação Brasileira de Pesquisa em Educação em Ciências, 2009. Disponível em: <<http://www.fae.ufmg.br/abrapec/viempec/7enpec/pdfs/1157.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2013.

LUCCHESI, Geraldo. Globalização e regulação sanitária: os rumos da vigilância sanitária no Brasil. 2001. 245f. Tese (Doutorado)– Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/UserFiles/File/GT/Visa/Teses/tese_geraldo_lucchese.pdf>. Acesso em: 10 set. 2013.

LUCCHESI, Geraldo. A vigilância sanitária no Sistema Único de Saúde. In: DE SETA, Marismary. Horsth; PEPE, Vera Lúcia Edais; OLIVEIRA, Gisele O’Dwyer (Orgs.). Gestão e vigilância sanitária: modos atuais do pensar e fazer. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006. p. 33-47.



ATIVIDADE 10 DINÂMICA “QUEM É A PESSOA FAMOSA?”

Tempo Estimado: 1 hora

Objetivo

- Descontrair a turma.

Material

- Fotos de pessoas famosas.



ATIVIDADE 11 ESTUDO DIRIGIDO

Tempo Estimado: 2 horas

Objetivo

- Relacionar o Sistema Nacional com o Sistema Estadual de Vigilância Sanitária.

Material

- Texto: O Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e o Estado de Minas Gerais

TEXTO PARA LEITURA

O SISTEMA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA E O ESTADO DE MINAS GERAIS



Sâmia Martins da Costa Silveira¹²

O componente estadual do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária é formado pelos órgãos de VISA vinculados às suas respectivas Secretarias de Estado da Saúde (SES) ou no formato de agências como a ANVISA, no âmbito federal. No Brasil, os componentes estaduais de VISA, em sua maioria, estão delineados no primeiro formato descrito. Esses órgãos coordenam os sistemas estaduais e realizam ações de fiscalização e executam uma cooperação técnica com as VISA municipais. Os órgãos Estaduais, Distrital e Municipais de VISA se organizam de forma heterogênea, de acordo com as suas peculiaridades. (BRITO, 2007; DE SETA; DAIN, 2010).

No Estado de Minas Gerais, a VISA está inserida na SES. A SES/MG está atualmente constituída pelo Decreto n. 45.812, de 14 de dezembro de 2011 (MINAS GERAIS, 2011a), que dispõe sobre a organização da Secretária de Estado da Saúde de Minas Gerais. O artigo 4º descreve a estrutura orgânica da SES e define que a VISA no Estado de Minas Gerais está vinculada a Subsecretaria de Vigilância e Proteção à Saúde como Superintendência de Vigilância Sanitária.

Segundo o art. 45, do referido decreto, cabe a Superintendência de VISA do Estado de Minas Gerais:

[...] coordenar, acompanhar, avaliar e executar, em caráter complementar, as atividades referentes à eliminação, à diminuição e à prevenção de riscos à saúde, bem como o controle da prestação de serviços de interesse da saúde, competindo-lhe:

- I. *implementar, assessorar, monitorar e avaliar o sistema de vigilância sanitária de alimentos, de estabelecimentos de saúde, e de medicamentos e congêneres no Estado;*
- II. *assessorar, avaliar e aprovar projetos físicos de estabelecimentos de saúde e de interesse da saúde;*
- III. *implementar, monitorar e avaliar os Termos de Compromisso de Gestão e o Sistema Nacional de Informação em Vigilância Sanitária, no âmbito do Estado;*
- IV. *promover ações para redução dos fatores de riscos relacionados aos*

agravos da saúde de acordo com as Análises de Situação de Saúde;

V. instaurar, coordenar e monitorar os procedimentos administrativos relacionados à vigilância sanitária; e

VI. gerir, de modo coordenado com o Subsecretário de Vigilância e Proteção à Saúde, os recursos financeiros do Bloco Financeiro de Vigilância em Saúde referente ao componente de Vigilância Sanitária (MINAS GERAIS, 2011a, p. 23).

O Decreto n. 45.812, de 14 de dezembro de 2011 (MINAS GERAIS, 2011a) ainda determina que a Superintendência de VISA se estruture em Diretoria de Vigilância em Serviços de Saúde, Diretoria de Vigilância em Alimentos, Diretoria de Vigilância em Medicamentos e Congêneres, e Diretoria de Infraestrutura Física, define cada uma e determina suas competências.

Como forma de promover as ações de gestão regionalizada do SUS, a SES/MG, através do decreto supracitado, delineou administrativamente o Estado em Superintendências Regionais de Saúde e Gerências Regionais de Saúde. Atualmente, a SES/MG conta com 18 Superintendências Regionais de Saúde (SRS) e com 10 Gerências Regionais de Saúde (GRS), sendo que cada Regional de Saúde (RS) possui seu respectivo Núcleo de Vigilância Sanitária (NUVISA) (MINAS GERAIS, 2011b).

Essa configuração é estruturada pela Resolução SES/MG n. 3.070, 30 de dezembro de 2011 (MINAS GERAIS, 2011c), com o objetivo de organizar seu sistema de saúde para estender suas ações para além do nível central, que coordena todo o Estado, situado em Belo Horizonte.

Essa legislação define no seu art. 20 as competências dos NUVISA como:

[...] promover, acompanhar, avaliar e executar, em caráter complementar e suplementar, as atividades referentes à eliminação, à diminuição e à prevenção de riscos à saúde através do controle sanitário de bens de consumo e da prestação de serviços de saúde e de interesse da saúde no âmbito regional, competindo-lhe:

¹² Farmacêutica. Autoridade Sanitária. Núcleo de Vigilância Sanitária. Superintendência Regional de Saúde de Juiz de Fora. Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. Mestre em Saúde Coletiva. Especialista em Gestão em Serviços de Saúde, Acreditação e Auditoria Hospitalar. Especialista em Gestão da Assistência Farmacêutica.

- I. desenvolver ações integradas junto às demais áreas da Vigilância em Saúde e da Assistência;
- II. promover a gestão da VISA regional, [...] e divulgar normas e rotinas de Vigilância Sanitária de Alimentos, de Serviços de Saúde, de Medicamentos e Congêneres para os municípios e instituições;
- III. incentivar a realização de atividades educativas relativas ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária para o setor regulado e população;
- IV. desenvolver ações de Educação Permanente, [...], junto aos Sistemas Municipais e Microrregionais de Vigilância em Saúde;
- V. alimentar e manter atualizados os sistemas de informação de sua competência [...] e estimular, capacitar e acompanhar os municípios na alimentação de tais sistemas;
- VI. executar e coordenar, em parceria com os sistemas microrregionais e municipais, as

ações de coleta de amostras para controle de alimentos, medicamentos, cosméticos e insumos de interesse para a saúde;

- VII. receber, triar e avaliar os projetos físicos de reforma, ampliação e construção de estabelecimentos sujeitos ao controle sanitário, orientando os proponentes no que couber, [...];
- VIII. instaurar, instruir e julgar os processos administrativos relacionados à Vigilância Sanitária em primeira instância e segunda instância na área de abrangência regional;
- IX. contribuir para a efetivação da análise da situação de saúde com as informações de seu âmbito de atuação junto aos territórios sanitários microrregionais (MINAS GERAIS, 2011c, p. 43).

Os Núcleos de Vigilância Sanitária são formados minimamente por:



Fonte: Slide de treinamento interno do Núcleo de Vigilância Sanitária de Superintendência Regional de Saúde de Juiz de Fora

Setor - Infra Estrutura:

Todos os projetos arquitetônicos exigidos de estabelecimentos de saúde e de interesse à saúde são aprovados através de Parecer Técnico emitido pelo setor de infraestrutura física. As propostas de reformas destes estabelecimentos serão obrigatoriamente analisadas pelo referido setor, somente sendo realizadas após aprovação.

Setor - Alimentos, composto por:

- Baixa complexidade: Comércio de Alimentos - açougues, padarias, mercados/supermercados, lanchonetes, bares, restaurantes, feiras, etc..
- Média complexidade: Indústrias alimentícias, cozinhas industriais.
- Alta Complexidade: Indústria de Alimentos para fins especiais.

Setor - Estabelecimentos ou Serviços de Saúde, composto por:

- Baixa complexidade: salões de beleza, academias de ginástica, asilos, creches, escolas, hotéis e congêneres,

estações rodoviária/ferroviária, cemitérios, piscinas e locais de uso público para lazer ou religiosos.

- Média complexidade: Consultórios médicos, odontológicos, psicologia, fonoaudiologia, fisioterapia. Laboratórios clínicos, Citopatologia. Hospitais, Clínicas, Pronto Socorro. Serviços de radiologia. Unidades Básicas de Saúde: Policlínicas, Centro de Saúde, Posto de Saúde, etc.
- Alta complexidade: Serviços de transplantes, Hemodiálise, Hemoterapia, Bancos de Órgãos.

Setor - Medicamentos e Congêneres, composto por:

- Baixa complexidade: drogarias, óticas, comércio de artigos médico-hospitalares/ cosméticos / saneantes.
- Média complexidade: farmácias de manipulação, distribuidoras de medicamentos e congêneres, indústrias de cosméticos, produtos de higiene pessoal e perfumes, indústrias de saneantes domissanitários.
- Alta complexidade: indústrias farmacêuticas, farmoquímica, indústrias de produtos médicos.

As VISA municipais também são estruturadas de forma heterogênea, podendo adotar essa configuração ou não, de acordo com a sua atuação e realidade.

REFERÊNCIAS

BRITO, Rodrigo Lino de. Análise da política de descentralização das ações de vigilância sanitária no Brasil: do debate sobre o repasse de recursos ao compromisso com a responsabilidade sanitária. 2007. 206f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)– Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <<http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2007brito-rl.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2013.

DE SETA, Marismary Horsth; DAIN, Sulamis. Construção do Sistema Brasileiro de Vigilância Sanitária: argumentos para debate. *Ciência & saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, p. 3307-3317, nov. 2010. Suplemento. 3. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=1413-812320100009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 26 ago. 2013.

MINAS GERAIS. Decreto n. 45.812, de 14 de dezembro de 2011. *Diário do Executivo*, Belo Horizonte, MG, 16 dez. 2011a. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/institucional/objetivo-operacional-e-competencias-legais/legislacao-da-ses/Decreto%2045.812_2011%20-%20dispo%20sobre%20a%20organizacao%20da%20SES.pdf>. Acesso em: 11 set. 2013.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. Unidade 5: atualização das práticas de vigilância sanitária. In: _____. Curso de ações básicas de vigilância sanitária. Belo Horizonte: SES/MG, 2011b.

MINAS GERAIS. Resolução n. 3.070, 30 de dezembro de 2011c. *Diário Oficial do Estado de Minas Gerais*, Belo Horizonte, MG, 31 dez. 2011. p. 42. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/diarios/33400045/doemg-executivo-legislativo-31-12-2011-pg-42>>. Acesso em: 10 set. 2013.

Objetivo

- Compreender as práticas e atuação da Vigilância Sanitária

Material

- Texto: Práticas e atuação da Vigilância Sanitária

O campo de atuação da VISA é vasto e complexo, pois envolve todos os produtos e serviços ligados direta ou indiretamente à saúde. Este campo inclui medicamentos, alimentos, produtos para a saúde, saneantes, cosméticos em todos os níveis da cadeia produtiva e mercadológica, além dos serviços prestados a população e ao indivíduo (DE SETA; PEPE; COSTA, 2010).

Serviços como banco de células, tecidos e embriões humanos, procedimentos como os transplantes de órgãos, entre outros, retratam a complexidade do universo de ação da VISA, além de processos e produtos que envolvem, por exemplo, o uso de radiações ionizantes e somam ao alvo de suas

atividades. A qualidade dos medicamentos, alimentos, produtos para a saúde, cosméticos e saneantes, desde o processo de obtenção, comercialização, até o pós-uso, é monitorada pela VISA (DE SETA; LIMA, 2006).

A VISA faz parte do dia a dia do cidadão sem que, no entanto, este tenha consciência disso. Vários produtos e serviços utilizados diariamente pela população são passíveis do controle pela Vigilância Sanitária. O creme dental usado na higiene bucal, o bloqueador solar para impedir a ação danosa dos raios solares, a ida ao médico, ao dentista, à academia, dentre muitos outros produtos e serviços: são alguns exemplos onde a Vigilância Sanitária está presente (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007).

ATIVIDADE 12

PRÁTICAS E ATUAÇÃO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Tempo Estimado: 1 hora



TEXTO PARA LEITURA

PRÁTICAS E ATUAÇÃO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA

*Sâmia Martins da Costa Silveira*¹³



¹³ Farmacêutica. Autoridade Sanitária. Núcleo de Vigilância Sanitária. Superintendência Regional de Saúde de Juiz de Fora. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Mestre em Saúde Coletiva. Especialista em Gestão em Serviços de Saúde, Acreditação e Auditoria Hospitalar. Especialista em Gestão da Assistência Farmacêutica.

A capacidade de intervenção da VISA é assegurada mediante o poder de polícia¹⁴ administrativa no campo da saúde, determinada pelo poder/dever da Administração Pública, sua face mais visível atualmente para a sociedade e que a tem legitimado socialmente. Suas práticas de atuação compreendem atividades autorizativas como: registro de produtos, licenciamento de estabelecimentos, autorização de funcionamento; atividades normativas; atividades educativas em saúde e de comunicação com a sociedade. As atividades normativas e de autorização de funcionamento lhe aferem caráter regulatório, de regulação no campo da saúde, com forte repercussão econômica e política (DE SETA; REIS, 2009).

Nesse sentido, o fazer da VISA nunca está dissociado dos princípios jurídicos e da legislação sanitária. Esta passa por constantes revisões e ampliações, para acompanhar a complexidade do mundo contemporâneo. Esta complexidade proporciona avanços tecnológicos e também favorece mudanças no hábito de vida da população, provocando a exposição a novos riscos e agravos à saúde (MARINS, 2009).

As tecnologias sanitárias são envoltas por metodologias de suporte às ações de VISA previstas no arcabouço legal e envolvem: análise de projetos arquitetônicos; inspeção sanitária; investigação de denúncias e surtos; monitoramento da qualidade de produtos, por meio de análises de rotulagem, análises físico-química e/ou microbiológica; educação sanitária e uso do poder de polícia sanitária, com foco na promoção e proteção da saúde (SOUZA; COSTA, 2010).

A inspeção sanitária é um método de avaliação da qualidade dos processos, dos equipamentos, dos ambientes, bem como das rotinas de trabalho, que são demonstradas por meio de procedimentos e registro das operações. O processo investigativo faz parte da demanda das ações de VISA, na medida em que situações de desvios, não conformidades, são inerentes aos processos produtivos e as rotinas de trabalho. Estas devem ser identificadas, corrigidas e ações preventivas devem ser adotadas no sentido de evitá-las (DE SETA; LIMA, 2006).

VOCÊ SABIA?

A evolução em todo o âmbito econômico, produtivo e tecnológico produz além de vários fatores uma sociedade moderna, consumista e extremamente vulnerável aos riscos. É crescente o consumo de mercadorias, bens e serviços, inclusive de produtos de interesse sanitário, de tecnologias médicas e de serviços de saúde. Por isso, as ações de VISA se

inserir no âmbito das relações sociais de produção e consumo, onde se origina a maior parte dos problemas de saúde sobre os quais é preciso intervir. Assim, se faz necessário a regulação sanitária dessas relações, reconhecendo a vulnerabilidade do consumidor e criando instrumentos para proteger a saúde de toda a coletividade (LUCCHESI, 2001).

Sendo assim, a VISA é abordada como a área da saúde coletiva que trata das ameaças à saúde, resultantes do modo de vida contemporâneo, do desenvolvimento industrial e do consumo. “Dessa forma, a tarefa do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária é complexa, não somente por lidar com temas e fatos tecnologicamente complicados, mas, também, com expectativas e comportamentos das pessoas” (LUCCHESI, 2001, p. 58).

Nesse sentido, a VISA não compartilha das práticas e dos valores presentes no modelo médico-assistencial atual focado na doença. Ao contrário, pode ser entendida como campo de prática, que utiliza a estratégia da proteção e promoção da saúde baseada em fatores de risco. Assim, busca a mudança no modelo de atenção, composto por combinações de saberes e técnicas direcionadas à resolução dos problemas e ao atendimento das necessidades de saúde (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2009).

Por esse motivo, faz parte do trabalho dos fiscais e das autoridades sanitárias da VISA a identificação das irregularidades, presentes nos processos produtivos, produtos e serviços ligados à saúde. Essas irregularidades podem comprometer a qualidade dos produtos e serviços o que trás risco à população. Para buscar a redução desses desvios, o setor regulado tem uma gama de legislações que norteiam as atividades desenvolvidas que poderão ter impacto no campo da saúde. Para que essas legislações sejam cumpridas, a VISA utiliza a sua ação de fiscalização, o que pode desencadear punições diante de irregularidades encontradas. Em determinados momentos, é necessário a intervenção. Ao constatar o risco eminente à saúde da população, é preciso o exercício do poder de polícia, inerente à Vigilância Sanitária (SOUZA; COSTA, 2010).

Assim, o fato da VISA ser uma instituição mediadora entre os interesses sanitários coletivos e o setor produtivo e de prestador de serviços, pode explicar a sua baixa receptividade junto ao setor regulado. Esse quadro incide na correlação do desequilíbrio entre o poder econômico e o grau de organização e conscientização sanitária da sociedade brasileira (LUCCHESI, 2001; NORONHA; LIMA; MACHADO, 2009).

¹⁴ Considera-se poder de polícia a atividade da administração pública que, limitando ou disciplinando direito, interesse ou liberdade, regula a prática de ato ou abstenção de fato, em razão de interesse público concernente à segurança, à higiene, à ordem, aos costumes, à disciplina da produção e do mercado, ao exercício de atividades econômicas dependentes de concessão ou autorização do Poder Público, à tranquilidade pública ou ao respeito à propriedade e aos direitos individuais ou coletivos. (BRASIL, 1966).

Nesse sentido, Lucchese (2001), aponta que:

[...] faz ressaltar a importância crucial da internalização, em nosso país, da visão regulatória da vigilância sanitária no plano cultural das comunidades, principalmente no nível local. Talvez pelo formato do arranjo assumido e da sua concepção regulatória, a vigilância sanitária não faz parte da cultura da vida social nacional. O Sistema Nacional De Vigilância Sanitária precisa de uma doutrina que mude a concepção tradicional da ação em vigilância sanitária e que faça com que a preocupação com o risco sanitário e a qualidade de vida seja incorporadas às culturas locais, regionais e nacional pela sociedade. Um dos caminhos, talvez o principal, para esta mudança cultural, traduz-se na incorporação da sociedade, em todas as suas formas de representação, aos debates dos temas mais importantes à regulação do risco em cada local ou região, notadamente os polêmicos assuntos típicos do avanço tecnológico contemporâneo. (LUCCHESI, 2001, p. 214).

Ao se pensar a VISA como prática social torna-se também necessário que os diversos atores sociais atuem como sujeitos ativos do processo. Isto não é uma realidade. Além da precariedade das relações, ainda é frágil a participação dos envolvidos nesse processo. Essa questão representa um desafio à inclusão, do setor regulado, dos demais atores sociais, cidadãos, gestores, profissionais de saúde na efetivação dos princípios da VISA (segurança e qualidade).

Outro desafio para as práticas de VISA é a sua real inserção na agenda de transformação do setor saúde e do SUS, levando-se em conta que dentre as atribuições importantes da VISA na promoção e proteção da saúde constam as ações de educar e informar os profissionais da saúde e a sociedade.

Não devemos nos esquecer que foi devido aos agravos à humanidade, que foram criadas e instruídas as ações de Vigilância Sanitária no mundo. A sociedade pagou com muitas vidas para acumular conhecimentos capazes de eliminar, prevenir ou pelo menos, minimizar os danos à saúde do homem. Aprendemos que nem sempre a ciência é para o bem, e que a liberdade de mercado acaba onde começa o direito à vida, sendo que ao Estado cabe o dever de intervir na proteção da saúde dos cidadãos.

CURIOSIDADE

Alguns estudiosos da área de VISA (ARREAZA; MORAES, 2010; COSTA, 1999; LUCCHESI, 2001) afirmaram que um sistema contínuo de Vigilância não é suficiente para constituir princípios eficazes a não ser que as informações coletadas e analisadas sejam disseminadas para a população como prática de saúde pública. Desta forma, devem ser valorizadas as ações educativas e de desenvolvimento da consciência sanitária, estendendo a compreensão da VISA para além de seu aspecto coercitivo.

Nessa abordagem, se faz prioritário, atualmente, valorizar no sistema de saúde os meios que geram espaços de participação para a construção de políticas promotoras de saúde. A formulação desse processo, numa rede de atenção em saúde, conduz em repensar a rotina de trabalho, que deve ser integrada ao saber informativo, a politização dos usuários com base na informação e na comunicação (DUARTE; TEIXEIRA, 2009).

Há um chamado para se repensar as formas de arranjo dos processos de trabalho da VISA, de modo a incorporar novas tecnologias de gestão, para romper o tradicional gerenciamento por classe de produtos e serviços, com base na fiscalização. O objetivo então é superar a fragmentação na abordagem dos problemas sanitários, em uma perspectiva intersetorial (SOUZA; COSTA, 2010).

REFERÊNCIAS

- ARREAZA, Antônio Luis Vicente; MORAES, José Cássio. Vigilância da saúde: fundamentos, interfaces e tendências. Ciência & saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, p. 2215-2228, nov. 2010. Suplemento 13. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=1413-812320100009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 26 ago. 2013.
- BRASIL. Lei n. 5.172, de 25 de outubro de 1966. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 27 out. 1966. p. 12452. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L5172.htm>. Acesso em: 22 fev. 2011.
- CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. Para entender a gestão do SUS: vigilância em saúde. Brasília: CONASS, 2007. Coleção Gestores, tomo 2. v.6.
- COSTA, Ediná Alves. A vigilância sanitária: defesa e proteção da saúde. 2. ed. São Paulo: Sobravime, 1999.

DE SETA, Marismary Horsth; LIMA, Sheyla Maria Lemos. Organização e Gestão: o que compreender para o trabalho da vigilância sanitária. In: DE SETA, Marismary Horsth; PEPE, Vera Lúcia Edais; OLIVEIRA, Gisele O’Dwyer (Orgs.). Gestão e vigilância sanitária: modos atuais do pensar e fazer. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006. p. 195-218.

DE SETA, Marismary. Horsth; PEPE, Vera Lúcia Edais; COSTA, Ediná Alves. As autoras respondem. Ponto de chegada e de partida: o debate sobre a construção federativa do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Ciência & saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, p. 3318-3328, nov. 2010. Suplemento. 3. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=1413-812320100009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 26 ago. 2013.

DE SETA, Marismary. Horsth; REIS, Lenice Gnocchi da Costa. As vigilâncias do campo da saúde: aportes e implicações para a gestão de sistemas e de serviços de saúde. In: OLIVEIRA, Roberta Gondin; GRABOIS, Victor; MENDES JÚNIOR, Walter Vieira (Orgs.). Qualificação de gestores do SUS. Rio de Janeiro: ENSP, 2009. p. 201-347. Programa de Educação a Distância.

DUARTE, Ana Julia Calazans; TEIXEIRA, Márcia Oliveira de. Trabalho e educação na saúde: um olhar na vigilância sanitária. In: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM EDUCAÇÃO EM CIÊNCIAS, 7., 2009, Florianópolis. Anais. Florianópolis: Associação Brasileira de Pesquisa em Educação em Ciências, 2009. Disponível em: <<http://www.fae.ufmg.br/abrapec/viempec/7enpec/pdfs/1157.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2011.

www.fae.ufmg.br/abrapec/viempec/7enpec/pdfs/1157.pdf>. Acesso em: 15 set. 2011.

LUCCHESI, Geraldo. Globalização e regulação sanitária: os rumos da vigilância sanitária no Brasil. 2001. 245f. Tese (Doutorado)– Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/UserFiles/File/GT/Visa/Teses/tese_geraldo_lucchese.pdf>. Acesso em: 10 set. 2010.

MARINS, Bianca Ramos. A vigilância sanitária, o cidadão e o direito à comunicação: um estudo sobre a rotulagem de alimentos. 2009. 286f. Tese (Doutorado em Vigilância Sanitária de produtos)– Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <[http://direve.iciq.fiocruz.br/direve/xmlListT.php?xml\[\]=http://\[SERVERNAME\]/cgibin/wxis.exe/?IsisScript=direve/search.xis|card=1568|lang=pt&xml\[\]=GET&xsl=xsl/direve-show.xsl&lang=pt](http://direve.iciq.fiocruz.br/direve/xmlListT.php?xml[]=http://[SERVERNAME]/cgibin/wxis.exe/?IsisScript=direve/search.xis|card=1568|lang=pt&xml[]=GET&xsl=xsl/direve-show.xsl&lang=pt)>. Acesso em: 24 ago. 2011.

NORONHA, José Carvalho de; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira. O Sistema Único de Saúde ? SUS. In: GIOVANELLA, Lígia et al. (Orgs.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009. p. 435-472.

SOUZA, Gisélia Santana; COSTA, Ediná Alves. Considerações teóricas e conceituais a cerca do trabalho em Vigilância Sanitária, campo específico do trabalho em saúde. Ciência & saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, p. 3329-3340, nov. 2010. Suplemento 3.



ATIVIDADE 13

VIDEO

Tempo Estimado: 1 hora e 30 minutos

Objetivo

- Relacionar os pontos críticos no exercício da VISA com a realidade dos municípios envolvidos no curso de TVS.

Material

- Vídeo: Entrevista Presidente da ANVISA. Disponível em <http://www.youtube.com/watch?v=nl4V59YGhu4> Aprox. 15 min.



ATIVIDADE 14

O RISCO COMO FOCO PRINCIPAL DA ATUAÇÃO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Tempo Estimado: 3 horas e 30 minutos

Objetivo

- Compreender o foco principal da atuação da Vigilância Sanitária.

Materiais

- Texto : O risco como foco principal da atuação da Vigilância Sanitária.
- Vídeo: “Cozinhas de restaurantes com baratas, vejam o que os fiscais encontram.” Disponível em: <http://www.youtube.com/watch?v=INHIEs5019Q>.
- Papel Kraft
- Pincel Atômico

Formem grupos para realizar as atividades abaixo

- Cada grupo deverá realizar a sistematização da análise de risco, em cartaz, seguindo os passos abaixo:
 1. Análise/Gerenciamento do Risco - Quais condutas e ações devem ser adotadas para eliminar se possível esse risco ou pelo menos minimizar seus prováveis danos?
 2. Comunicação do risco - Propor uma forma de comunicação do risco para alertar a população sobre o risco identificado pelo grupo.

TEXTO PARA LEITURA

O RISCO COMO FOCO PRINCIPAL DA ATUAÇÃO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Sâmia Martins da Costa Silveira ¹⁵



PARA REFLETIR

“Se podes olhar, vê. Se podes ver, repara”.

Livro dos Conselhos in Saramago, J. Ensaio sobre a cegueira.

O termo “risco” tem vários sentidos. Uma das acepções deriva da palavra italiana *riscare*, cujo significado original era “navegar entre rochedos perigosos”. O conceito de risco provém da teoria das probabilidades, advinda dos jogos de carta, na França do século XVII (FREITAS, 2001). “A literatura evidencia o uso do termo risco em relação a perigo, probabilidade, possibilidade, ameaça, aventura e incerteza” (LIEBER, 2002; SPINK, 2001¹⁶ apud BARBOSA; COSTA, 2010, p. 3363).

Nesse sentido, historicamente, o risco assumiu um poder normativo na sociedade. As medidas de risco são responsáveis por estabelecer normas, condutas, comportamentos e servir como estratégia de governo organizando a vida em sociedade (CZERESNIA, 2008).

No que compete a VISA, pode-se dizer que o risco refere-se à probabilidade de ocorrência de um agravo ou dano e está relacionado à existência ou ausência de um conjunto de medidas preventivas que busquem as melhores condições para que ele seja evitado (CZERESNIA, 2008). Para a VISA, os fatores de risco são entendidos como os componentes críticos dos acontecimentos, fatos

ou coisas que possam vir a aumentar o risco à saúde dos indivíduos e da coletividade. Estes fatores de risco quando concretizados geram aumento da demanda de serviços, mortes, sofrimento, baixa produtividade e prejuízos econômicos (COSTA, 2008).

No mundo globalizado, a população está cada vez mais exposta ao consumo de produtos e serviços, dos quais se tem pouco conhecimento. Isso porque globalização diz respeito a um processo de intensificação das relações sociais e econômicas em escala mundial, que ligam localidades distantes de tal maneira que acontecimentos locais são modelados por eventos ocorrendo a muitas milhas de distância e vive-versa (GIDDENS, 1990). Tal definição expressa uma civilização atual envolta por um estilo de vida complexo com intenso incremento tecnológico disponível, necessidade de respostas rápidas, alimentos processados, busca incessante do lucro e o consumismo (BARBOSA; COSTA, 2010). Nessa interface ocorre também o processo de socialização do risco com o desenvolvimento na atualidade da chamada sociedade do risco¹⁷ (BECK, 1998 apud BARBOSA; COSTA, 2010).

¹⁵ Farmacêutica. Autoridade Sanitária. Núcleo de Vigilância Sanitária. Superintendência Regional de Saúde de Juiz de Fora. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Mestre em Saúde Coletiva. Especialista em Gestão em Serviços de Saúde, Acreditação e Auditoria Hospitalar. Especialista em Gestão da Assistência Farmacêutica.

¹⁶ SPINK, Mari Jane P. Tópicos do discurso sobre risco: risco-aventura como metáfora na modernidade tardia. Cadernos de saúde pública, Rio de Janeiro, v. 17, n. 6, p. 1277-1311, 2001.

¹⁷ Diz respeito a uma fase no desenvolvimento da sociedade moderna, em que os riscos sociais, políticos, econômicos e individuais tendem cada vez mais a escapar das instituições para o controle e a proteção da sociedade industrial (BECK, 1997). BECK, Ulrich. La sociedad del riesgo: hacia una nueva modernidad. Madrid: Ibérica, 1998. Ediciones Piadós.

Nesse aspecto, o risco ganha feição social, entendido como elemento socialmente construído. O processo envolto na garantia da segurança sanitária e do controle dos riscos precisa ser tratado como responsabilidade compartilhada entre poder público, técnicos da área e sociedade, tanto consumidora como produtora de bens (MARINS, 2009).

Porém, a realidade atual envolve empresas, serviços e inclusive profissionais, que expõem a coletividade a riscos desnecessários. O marketing e a publicidade são realizados com foco na comercialização dos produtos e raramente revelam os danos que o consumo de tais produtos e serviços podem ocasionar. A própria ciência moderna conjuga o risco/benefício de seus desenvolvimentos com o mercado capitalista. O cidadão, portanto, na maioria das vezes, não tem todas as informações que necessita para avaliar risco/benefício dos produtos e serviços e realizar escolhas de qualidade que preservem, de fato, a sua saúde (BARROS, 2004).

Por isso, a regulação dos riscos busca tornar a vida mais segura, eliminando ou reduzindo a exposição a certas substâncias, situações/procedimentos e até pessoas (como médicos e outros profissionais desqualificados). Tem-se hoje ampla e complexa rede de sistemas de regulamentação, que atuam das mais variadas formas. Mas mesmo assim não dão conta da demanda crescente dos problemas relacionados aos riscos sanitários (LUCCHESI, 2001, p. 55).

Assim, diante desse cenário foi se configurando como prática sanitária, a necessidade de se regular as relações de produção e consumo, reconhecendo a vulnerabilidade do consumidor, exposto constantemente aos riscos, e criando instrumentos para proteger a saúde de toda a coletividade (CAMPOS; WERNECK; TONON, 2001).

Dessa forma, a VISA deve pautar-se na identificação, avaliação, gerenciamento e comunicação do risco, provenientes das áreas ligadas direta ou indiretamente à saúde e que envolvem bens e serviços que possam afetar a saúde, voltando-se para a qualidade de vida. A percepção e avaliação do risco estão intimamente relacionadas à informação, ao princípio da incerteza, a pesquisa e ao conhecimento, ou mesmo a falta dele (LUCCHESI, 2001).

**MAS, COMO ASSIM?
VAMOS ENTENDER!**

A sistematização da análise do risco, de suma importância para as agências reguladoras, é largamente aceita tanto pelas agências como pela

comunidade acadêmica e centros de pesquisa. Foi construída em 1983, no formato de um documento, o National Research Council (NRC) pela Academia Nacional de Ciências dos Estados Unidos, contratada pelo Food and Drug Administration (FDA)¹⁸

O comitê indicado pela Academia definiu duas dimensões básicas para os sistemas que desenham as políticas regulatórias em saúde:

- a) Avaliação do risco: de natureza mais científica, consiste no uso de bases concretas de dados para definir os efeitos de uma exposição (indivíduos ou populações) a materiais ou situações;
- b) Gerência do risco: de orientação mais político-administrativa, é o processo de ponderar as alternativas de políticas e selecionar a ação regulatória mais apropriada, integrando os resultados da avaliação do risco com as preocupações sociais, econômicas e políticas para chegar a uma decisão; decisão do que fazer com o risco avaliado (NATIONAL RESEARCH COUNCIL, 1983¹⁹ apud LUCCHESI, 2001, p. 60).

A identificação de fatores de risco compreendidos como, as circunstâncias do ambiente ou características das pessoas que conferem maior ou menor probabilidade de acometimento de dano à saúde, é fundamental para um controle mais eficaz do risco (BARBOSA; COSTA, 2010).

Após a identificação do risco, se realiza a avaliação do mesmo, que é estabelecida na relação entre o risco e o benefício definido pelo produto ou serviço de interesse da saúde. Trata-se de uma atividade de cunho estatístico e científico, realizada em diversas fases. Na maioria das vezes, é um método complexo, de alto custo e que envolve recursos humanos altamente qualificados, técnicas específicas e equipamentos sofisticados. Por isso, a avaliação do risco nestas condições é quase inviável nos países em desenvolvimento, sendo determinadas pelas avaliações já existentes. Na falta de uma avaliação concreta do risco, a VISA se baseia no gerenciamento do risco tendo como um dos seus instrumentos o princípio da precaução²⁰ (CZERESNIA, 2008).

O gerenciamento do risco advém da sua avaliação ou mesmo quando essa condição não existe. O gerenciamento envolve a administração e o acompanhamento do risco. É preciso tomar decisões sobre a forma de controlar o risco, confrontando os dados técnicos da avaliação com inúmeros fatores conjunturais de ordem cultural, econômica e política, que influenciam neste gerenciamento. Quando a avaliação não é precisa ou não existe restam os outros fatores. É neste momento que a VISA precisa

¹⁸ Agência Regulatória dos Estados Unidos da América responsável pela administração e regulação de medicamentos e alimentos.

¹⁹ NATIONAL RESEARCH COUNCIL. Risk Assessment in the Government: managing the process. Washington DC: National Academy Press, 1983.

²⁰ Princípio utilizado por órgãos reguladores quando da ausência de comprovação concreta do risco através da avaliação do mesmo. O princípio da precaução antecipa o risco (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007).

decidir se irá atuar com maior ou menor rigidez, intervindo para minimizar o risco. O dever do Estado de intervir e de prevenir danos à saúde pressupõe prudência, não sendo admissível permitir o risco quando ele é passível de reconhecimento, e, pelo menos, de ser evitado. Neste caso, muitas vezes, faz-se necessário a coerção e punição (DE SETA; PEPE, 2006; NOBRE, 2006).

Como conseqüência desse processo, é obrigação da VISA difundir as informações obtidas. Considera-se então a comunicação do risco que pode fazer parte do gerenciamento do risco ou ser mais uma etapa do processo de regulação do risco. Com a comunicação do risco, a VISA melhora a consciência sanitária do setor regulado e da população, aumentando a capacidade dos cidadãos escolherem, dentre as diversas opções existentes, aquela que ofereça menor risco. Além disso, podem exigir seus direitos de forma mais esclarecida, e dessa forma, atuarem como parceiros do poder público no âmbito da VISA (LINS, 2001; LUCHESE, 2001).

Existem riscos à saúde em incontáveis áreas. Existem sérios riscos no consumo de medicamentos, vacinas, alimentos, saneantes, cosméticos, agrotóxicos, hemoderivados, na circulação de pessoas e mercadorias. Há risco no uso indevido de tecnologias e matérias primas, na manipulação e deposição de resíduos industriais e radioativos e na degradação ambiental. Enfim, há risco inclusive quando se procura um profissional e os serviços assistenciais de saúde. Todo esse apanhado está intrínseco no limiar cultural da sociedade do risco que subestima o risco, possui uma visão material da vida e mistifica a ciência sem questioná-la (FREITAS, 2001).

Educar e informar a sociedade, desenvolvendo a consciência dos riscos a que está exposta e como evitá-los é uma tarefa primordial da VISA, que deve apoderar-se da necessidade desta dimensão educativa. A relação entre VISA e sociedade deve estar fundamentada na noção de cidadão, de sujeito ativo, dotado de direitos e deveres, e não somente na concepção de consumidor, para com isso, somar instrumentos eficientes e eficazes de proteção a saúde individual e coletiva. O Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, com uma participação social ativa e consciente, terá maior amplitude nas suas ações antecipatórias dos riscos. Dessa forma, suas atitudes de prevenção terão embasamento prático, permitindo sobrepujar a freqüente prática de agir a posteriori, quando o prejuízo já foi causado (MARINS, 2009).

As tragédias evitáveis como a pílula anticoncepcional de “farinha” e, atualmente, a ocorrência cada vez maior de medicamentos falsificados, medicamentos manipulados com desvio de qualidade, erros evitáveis em serviços de saúde, tecnologias de saúde sem os devidos controles, ocasionam uma intensa mobilização e indignação social com ampla cobertura

da imprensa. Esses fatos confirmam a importância das práticas sanitárias, na conjuntura de como lidar com a fronteira e precariedade do conhecimento do risco suposto. O progresso da ciência, a inclusão tecnológica, a longevidade, o aparecimento de novos agravos, a exposição a novos riscos estarão continuamente colocando novos desafios a serem enfrentados e vencidos pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, Ana Oliveira de; COSTA, Ediná Alves. Os sentidos de segurança sanitária no discurso da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Ciência & saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, p. 3361-3370, nov. 2010. Suplemento 3. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=1413-812320100009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 26 fev. 2011.

BARROS, José Augusto Cabral de. Políticas farmacêuticas: a serviço dos interesses da saúde? Brasília: UNESCO, 2004.

CAMPOS, Francisco Eduardo de; WERNECK, Gustavo Azeredo Furquim; TONON, Lídia Maria. *Vigilância Sanitária*. Belo Horizonte: COOPMED, 2001. Caderno de Saúde.

COSTA, Ediná Alves. O trabalhador de vigilância sanitária e a construção de uma nova vigilância sanitária: fiscal ou profissional de saúde? In: _____. *Vigilância sanitária: desvendando o enigma*. Salvador: Ed. EdUFBA, 2008. p.77-90.

CZERESNIA, Dina. Risco epidemiológico e vigilância sanitária. In: COSTA, E. (Org.). *Vigilância Sanitária desvendando o enigma*. Salvador: EdUFBA, 2008. p. 125-134.

DE SETA, Marismary Horsth; PEPE, Vera Lúcia Edais. *Vigilâncias em saúde*. Rio de Janeiro: ENSP, 2006. Programa de Educação a Distância. Mimeografado.

FREITAS, Carlos Machado de. Riscos e processos decisórios: implicações para a vigilância sanitária. In: SEMINÁRIO TEMÁTICO DA Anvisa, 10., 2001, Brasília. Anais. Brasília: Anvisa, 2001. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/institucional/snvs/coprh/seminario/Riscos_processos.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2010.

GIDDENS, Anthony. *As conseqüências da modernidade*. São Paulo: UNESP, 1990.

LIEBER, Renato Rocha; ROMANO-LIEBER, Nicolina Silvana. O conceito de risco: Janus reinventado. In: Minayo, Maria Cecília Souza de. (Org.). *Saúde e ambiente sustentável: estreitando nós*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002. p. 69-111.

LINS, Maria José Castro Almeida de. Necessidades e demandas de informações: uma abordagem a partir da vigilância sanitária. 2001. 282f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)– Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001. Disponível em: <<http://teses.icict.fiocruz.br/pdf/linsmjcam.pdf>>. Acesso em: 2 fev. 2011.

LUCCHESI, Geraldo. Globalização e regulação sanitária: os rumos da vigilância sanitária no Brasil. 2001. 245f. Tese (Doutorado)– Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/UserFiles/File/GT/Visa/Teses/tese_geraldo_lucchese.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2010.

MARINS, Bianca Ramos. A vigilância sanitária, o cidadão e o direito à comunicação: um estudo sobre a rotulagem de alimentos. 2009. 286f. Tese

(Doutorado em Vigilância Sanitária de produtos)– Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <[http://direve.icict.fiocruz.br/direve/xmlListT.php?xml\[\]=http://\[SERVERNAME\]/cgibin/wxis.exe/?IscScript=direve/search.xis|card=1568|lang=pt&xml\[\]=GET&xsl=xsl/direve-show.xsl&lang=pt](http://direve.icict.fiocruz.br/direve/xmlListT.php?xml[]=http://[SERVERNAME]/cgibin/wxis.exe/?IscScript=direve/search.xis|card=1568|lang=pt&xml[]=GET&xsl=xsl/direve-show.xsl&lang=pt)>. Acesso em: 24 ago. 2011.

NOBRE, Patrícia Fernandes Silva da. Estado, direito e saúde: considerações sobre a formalização do Direito Sanitário e sobre o conceito de Vigilância Sanitária. 2006. 72f. Dissertação (Mestrado em Ciências)– Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=490849&indexSearch=ID>>. Acesso em: 30 fev. 2011.



ATIVIDADE 15

RODA DE ENTREVISTA

Tempo Estimado: 3 horas

Objetivo

- Relacionar Educação e informação em Vigilância Sanitária.

Materiais

- Texto: Educação e Informação em Vigilância Sanitária: a busca da consciência sanitária para a proteção e promoção da saúde.
- Sugestão: Vídeo Desvios históricos Aprox. 08 minutos. Disponível em: <https://www.facebook.com/video/video.php?v=354422744650781>

Perguntas para entrevista

1. Como você percebe a importância, hoje, da Vigilância Sanitária na saúde da população brasileira? Você acha que se pode falar em evolução?
2. No seu exercício profissional, existe a participação da Vigilância Sanitária? Se sim, relate como? Se não, explique o por quê.
3. Você considera que no seu exercício profissional existe um olhar crítico de vigilante? Como essa prática pode avançar?
4. Como você vê a consciência sanitária em Vigilância sanitária no exercício da cidadania? Ela existe no nosso País?

TEXTO PARA LEITURA

EDUCAÇÃO E INFORMAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA: A BUSCA DA CONSCIÊNCIA SANITÁRIA PARA A PROTEÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE



Sâmia Martins da Costa Silveira ²¹

VOCÊ SABIA?

As ações empreendidas pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária devem ser realizadas a tempo de impedir a ocorrência de danos e/ou agravos à saúde e devem promover ações voltadas à construção de uma cultura social mais consciente da necessidade de se exigir produtos e serviços de qualidade, e de controle das relações de consumo de interesse da saúde.

Dessa forma,

[...] o exercício da Vigilância Sanitária na proteção da saúde da população torna-se mais eficiente com o envolvimento e a participação de forma ativa do cidadão, para isso é necessário que as informações sobre os riscos a que a população está exposta sejam sistemáticas. O envolvimento da VISA no processo de educação construindo a consciência sanitária no cidadão é um processo perene (MINAS GERAIS, 2011, p. 8).

A VISA necessita dispor de instrumentos para a promoção de uma mudança cultural estigmatizada em relação a sua atuação. A educação sanitária é o caminho na concretização da promoção e prevenção da saúde, que deve estar disposta em conjunto com a capacidade da VISA de estimular uma percepção mais cuidadosa dos profissionais de saúde, do setor regulado e de toda população, com relação à saúde (LUCCHESE, 2006).

Como em toda atividade reguladora, o ambiente de ação da VISA é dotado de grande complexidade, caracterizado por conflitos de interesses. Além disso, como os objetivos são múltiplos, múltiplas são também as intervenções, que devem ser de caráter multidisciplinar (DE SETA; PEPE, 2006). Em vista disso, a efetividade do controle sanitário requer um esforço permanente de articulação intersetorial, de integração intrassetorial e a incorporação e aprimoramento de novas práticas, principalmente a informação, conhecimento e a educação sanitária para o desenvolvimento de uma consciência sanitária coletiva (MENDES, 2002).

Segundo a Carta de Otawa, a promoção da saúde é a capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida, o que inclui uma maior participação no controle deste processo e demonstra

a necessidade de apoderamento das pessoas como atores principais na manutenção da saúde individual e coletiva (O'DWYER; TAVARES; DE SETA, 2007).

A relação da produção e disseminação do conhecimento em VISA com a sociedade civil regulada, instituições de ensino e pesquisa e os profissionais de saúde é de suma importância para o aprimoramento dos instrumentos de informação e para tornar mais efetiva a comunicação entre o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e a população. A própria VISA, em seu processo laboral, requer conhecimentos interdisciplinares, exigidos pela prática e necessários para embasar um pensar integrado as demandas sociais (DUARTE; TEIXIERA, 2009).

PARA REFLETIR

Segundo Fortes (2006), há um grande espaço, precariamente explorado, para as ações educativas no âmbito da VISA, tanto no que se refere ao entendimento do risco à saúde, envolvido nos atos e nas situações cotidianas, quanto no que se relaciona aos direitos e deveres, no exercício da cidadania.

Assim, nas relações contemporâneas de regulador e setor regulado amplia-se a abrangência da atuação da VISA para alcançar transformações no âmbito da promoção e proteção das condições de saúde. Suas funções normativas e regulatórias tornam-se complementares à função educativa que informa e orienta. Esta contribui para a construção da consciência sanitária, dando aos cidadãos meios de defesa contra inumeráveis riscos e contra práticas nocivas do sistema produtivo e tecnológico, imperativos nas relações de consumo (LUCCHESE, 2001).

A educação é um instrumento de proteção e precaução na interlocução da VISA com a sociedade. Historicamente, é observada uma situação de precariedade de conhecimento sobre os reais problemas de saúde do País. Entretanto, informar é produzir subsídios para reduzir as incertezas sobre fatos e causalidades. A informação é uma ferramenta essencial para a tomada de decisões para a mobilização de novos comportamentos e para a transparência das ações de VISA (COSTA, 2008).

²¹ Farmacêutica. Autoridade Sanitária. Núcleo de Vigilância Sanitária. Superintendência Regional de Saúde de Juiz de Fora. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Mestre em Saúde Coletiva. Especialista em Gestão em Serviços de Saúde, Acreditação e Auditoria Hospitalar. Especialista em Gestão da Assistência Farmacêutica.

Dentro deste contexto, temos que uma das maiores conquistas do SUS é o seu caráter estruturalmente democrático. A noção de promoção à saúde em sua forma mais completa se resume em um dos formatos de tradução da democracia política e da qualidade informativa em linguagem sanitária. Dessa forma, promover saúde é também democratizar o acesso a informações e ao conhecimento (sobre o que tem sentido na vida das pessoas e o que elas têm direito de saber) e serviços (não apenas a sua existência, mas sua ligação com a vida e com valores da comunidade onde está inserido). No caso da VISA, a democratização das informações, principalmente relacionadas aos riscos, é um dos caminhos de conquista da cidadania e promove uma conformação das práticas sanitárias necessárias, com apoio conjunto da sociedade, que passa a ser sabedora dos conhecimentos em VISA e dos seus direitos e deveres como cidadão (COSTA, 2008; BODSTEIN, 2000).

Lucchese (2001), estudioso em VISA confirmou esse saber, já que afiançou ser a informação e a educação sanitária em saúde, fundamentais para democratização do conhecimento. O desenvolvimento articulado do tripé comunidade, setor regulador e profissionais de saúde, torna possível, por meio da educação, a formação de um sistema de VISA mais eficiente, uma vez que estarão reunidos os segmentos que participam das ações de Vigilância em Saúde. O mesmo autor ressaltou que, nas relações mercadológicas, de consumo e de tecnologias desenvolvidas, no mundo contemporâneo, se abrem janelas desafiadoras para a VISA em suas múltiplas ações. Estas necessitam transpor a fiscalização, para ir além e efetivar-se em novas propostas.

Democratizar informações em saúde e principalmente as que se referem a VISA significa ampliar direitos sanitários, promover e proteger à saúde. Portanto, diante de um cenário complexo e tortuoso da contemporaneidade, a conscientização do setor regulado, da comunidade e dos profissionais de saúde é um pré-requisito para se alcançar um elevado nível de envolvimento com a promoção da saúde da população (PAIM, 2003).

Segundo Schall e Struchiner (2010), sem a população informada e mobilizada é impossível fazer VISA. Assim, o papel do cidadão consciente frente às questões da saúde, diante toda complexidade de exposição a riscos, é fundamental para o exercício da missão sanitária. Não basta apenas seguir normas e determinações legais para prevenir riscos sanitários ou mesmo para melhorar a saúde da população. É preciso concretizar a educação e o conhecimento de VISA em um processo que estimule o diálogo, a indagação, a reflexão, os questionamentos, a ação partilhada, para que desta

forma, a VISA se apresente como uma instituição atenta às necessidades coletivas.

A prevenção e a promoção da saúde passam a ser mais eficazes quando a população é educada, modifica seus hábitos e desenvolve a consciência dos riscos a que é exposta e como evitá-los. Isto significa uma possibilidade de reconsideração dos objetos das práticas de VISA voltados para a educação sanitária, a partir de reorientações das ações construindo um novo panorama sanitário. Sendo assim, este caminho pressupõe o desenvolvimento de ações de VISA em um processo participativo, a partir da reflexão sobre a educação sanitária, o reconhecimento de risco à saúde. Pressupõe o acesso da população às informações diversificadas e eficazes que definam a produção de benefícios e não apenas divulgação dos riscos, informações que pretendam fornecer visibilidade ao exercício da cidadania. Introduzida neste cenário a VISA define outro ponto importante na sua conformação, pois certifica sua real inserção na agenda de transformação do setor saúde e do SUS por meio de seus princípios e diretrizes (ALVES, 2005; COSTA, 2008; FORTES, 2006).

Segundo Marin e outros (2003), educar implica em algo mais do que a simples divulgação de conhecimento, deve envolver processos que contribuam para a mudança de atitude e mesmo de conduta das pessoas. Tal desafio somente será enfrentado a partir do entendimento de que as ações de educação sanitária têm maior impacto quando valoriza o indivíduo e torna-o ativo, inserido no processo.

O modelo de VISA no Brasil, historicamente, foi baseado no poder de polícia, onde as ações de vigilância praticamente se restringiam à elaboração de norma técnicas e jurídicas à fiscalização e à punição. A redução das atividades de vigilância ao poder de polícia e às ações fiscalizatórias, no entanto, é uma distorção do modelo, cujo objetivo é a melhoria da qualidade de vida da população, da promoção e da proteção da saúde. Isso significa que a VISA não pode mais se limitar a regular, vigiar e punir (BARRETO, 2004).

Portanto, criar canais que viabilizem o acesso e a circulação constante da informação, conhecimento e educação sanitária, além de realizar pesquisa nessa área, é uma decisão política fundamental para a efetivação do SUS e da VISA. Já que “poucos sabem o que a VISA pode oferecer e qual é o valor dessa oferta”.²²

REFERÊNCIAS

ALVES, Vânia Sampaio. Um modelo de educação em saúde para o programa de saúde da família:

²² Gonzalo Vecina Neto – Ex Diretor Presidente da ANVISA, em entrevista a revista Radis.

pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. Interface: comunicação, saúde e educação, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 39-52, set./fev. 2005. Disponível em: <<http://www.interface.org.br/>>. Acesso em: 15 Dez. 2011.

BARRETO, Maurício L. O conhecimento científico e tecnológico como evidência para políticas e atividades regulatórias em saúde. Ciência & saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 329-338, abr./jun. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=1413-812320040002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 18 fev. 2011.

BODSTEIN, Regina Cele de. Complexidade da ordem social contemporânea e redefinição da responsabilidade pública. In: ROZENFELD, S. (Org.). Fundamentos da vigilância sanitária. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000. p. 63-97.

COSTA, Ediná Alves. O trabalhador de vigilância sanitária e a construção de uma nova vigilância sanitária: fiscal ou profissional de saúde? In: _____. Vigilância sanitária: desvendando o enigma. Salvador: Ed. UFBA, 2008. p.77-90.

DE SETA, Marismary Horsth; PEPE, Vera Lúcia Edais. Vigilâncias em saúde. Rio de Janeiro: ENSP, 2006. Programa de Educação a Distância. Mimeografado.

DUARTE, Ana Julia Calazans; TEIXEIRA, Márcia Oliveira de. Trabalho e educação na saúde: um olhar na vigilância Sanitária. In: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM EDUCAÇÃO EM CIÊNCIAS, 7., 2009, Florianópolis. Anais. Florianópolis: Associação Brasileira de Pesquisa em Educação em Ciências, 2009. Disponível em: <<http://www.fae.ufmg.br/abrapec/viempec/7enpec/pdfs/1157.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2011.

FORTES, Paulo Antônio Carvalho de. Vigilância sanitária, ética e construção da cidadania. In: DE SETA, Marismary Horsth; PEPE, Vera Lúcia Edais; OLIVEIRA, Gisele O'Dwyer (Orgs.). Gestão e vigilância sanitária: modos atuais do pensar e fazer. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006. p. 61-69.

LUCCHESI, Geraldo. Globalização e regulação sanitária: os rumos da vigilância sanitária no Brasil.

2001. 245f. Tese (Doutorado)– Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/UserFiles/File/GT/Visa/Teses/tese_geraldo_lucchese.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2010.

LUCCHESI, Geraldo. A vigilância sanitária no Sistema Único de Saúde. In: DE SETA, Marismary. Horsth; PEPE, Vera Lúcia Edais; OLIVEIRA, Gisele O'Dwyer (Orgs.). Gestão e vigilância sanitária: modos atuais do pensar e fazer. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006. p. 33-47.

MARIN, Nelly. et al. (Orgs.) Assistência farmacêutica para gerentes municipais. 20. ed. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2003.

MENDES, Eugênio Vilaça. Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas. Fortaleza: Escola de Saúde Pública, 2002.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. Unidade 5: atualização das práticas de vigilância sanitária. In: _____. Curso de ações básicas de vigilância sanitária. Belo Horizonte: SES/MG, 2011.

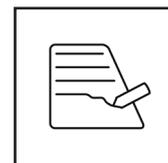
O'DWYER, Gisele; TAVARES, Maria de Fátima Lobato; DE SETA, Marismary Horst. O desafio de operacionalizar as ações de vigilância sanitária no âmbito da promoção da saúde e no locus saúde da família. Interface: comunicação, saúde e educação, Botucatu, v. 11, n. 23, p. 467-484, set./dez. 2007. Disponível em: <<http://www.interface.org.br/>>. Acesso em: 15 dez. 2011.

PAIM, Jairnilson Silva. Epidemiologia e planejamento: a recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS. Ciência & saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 557-567, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=1413-812320030002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 11 maio 2011.

SCHALL, Virgínia; STRUCHINER, Miriam. Educação em saúde: novas perspectivas. Cadernos de saúde pública, Rio de Janeiro, v. 15, p. S4-S6, 2010. Suplemento 2. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v15s2/1282.pdf>>. Acesso em: 17 mar. 2011.

ATIVIDADE 16 INTEGRAÇÃO DAS PRÁTICAS

Tempo Estimado: 2 horas



Objetivo

- Entender a importância de integrar as práticas da Vigilância em Saúde, Vigilância Sanitária e Atenção Primária em saúde.

Material

- Texto: Vigilância em Saúde, Vigilância Sanitária e Atenção Primária em saúde: em busca da integração das práticas.



TEXTO PARA LEITURA

VIGILÂNCIA EM SAÚDE, VIGILÂNCIA SANITÁRIA E ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: EM BUSCA DA INTEGRAÇÃO DAS PRÁTICAS

Sâmia Martins da Costa Silveira ²³

O modelo de saúde atual e ainda predominante, biomédico e baseado na doença, reduz a importância das ações de saúde na dimensão coletiva, assim como das ações de VISA, influenciando negativamente nesta área, pouco priorizada e integrada às demais políticas de saúde, e ainda, pouco reconhecida pela sociedade.

Neste cenário, a integralidade possui íntima relação com a VISA. Inserido está também o contexto do modelo tecnológico de Vigilância em Saúde, instituído como forma de concretizar a integralidade e as ações de proteção e promoção da saúde, considerando de suma importância a integração da VISA com a atenção primária e a concretização da consciência sanitária.

Ainda hoje, em muitas localidades no Brasil, a VISA permanece dissociada do SUS. Sua face mais visível restringiu-se à intensa produção normativa e à fiscalização de produtos e serviços. Mas essa realidade está começando a mudar, os saberes e práticas da área de VISA vêm se tornando cada vez mais relevantes e muitos esforços estão sendo feitos para expandir o escopo da atuação ampliada da VISA (O'DWYER; TAVARES; DE SETA, 2007).

Essa atuação ampliada é apresentada por Costa (2008), como a “Nova Vigilância Sanitária”, em oposição à atual, onde o sujeito da ação deixa de ser somente o fiscal para incorporar a equipe de saúde, representantes das distintas instâncias do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e da população organizada. O objeto de ação evolui de produtos e serviços para riscos, danos, necessidades sanitárias e determinantes sociais do processo saúde/doença, cuidado e qualidade de vida.

A “Nova Vigilância Sanitária” ainda não é uma realidade generalizada, mas uma busca que começa a ganhar forma no cenário contemporâneo do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. Este novo panorama da VISA implica substancialmente na integralidade da atenção à saúde no SUS.

A maior parte das ações que envolvem a integralidade do SUS refere-se à assistência e ao cuidado em saúde propriamente dito. Faz-se necessário incorporar o princípio da integralidade às ações de VISA e a VISA ao princípio da integralidade. O preceito da integralidade qualifica a Vigilância, que qualifica a assistência, que volta a qualificar a VISA, em um ciclo preventivo e não de demandas de denúncias ou acontecimentos graves (MATTOS; 2007).

É necessário que se tenha clareza que os limites da construção da integralidade estão relacionados, em grande parte, à permeabilidade das instituições públicas e sociais, e aos valores democráticos defendidos no texto constitucional. O modelo de gestão, a cultura política e os programas de governo, quando favoráveis a esses valores, elevam a possibilidade do surgimento de um agir em saúde capaz de renovar e criar novas práticas, mediante a inclusão de diferentes conhecimentos (PAIM, 2008).

A Vigilância em Saúde (VS), como já foi estudada, é uma tecnologia complexa que articula o enfoque populacional (promoção) com o enfoque do risco (proteção) e o enfoque clínico (assistência), constituindo-se, de fato, uma forma holística de pensar e de agir em saúde. Assim, é uma referência para a formulação de propostas e uma estratégia de organização que assume configurações específicas de acordo com as situações de saúde das populações em cada estado ou município. A VS engloba, principalmente, dois princípios do SUS: a integralidade e a descentralização. Além disso, considera a atenção primária, sua principal parceira (ARREAZA; MORAES, 2010).

A VS objetiva motivar os sujeitos para as práticas de saúde e engloba o conjunto de profissionais de saúde. Ela envolve a população organizada com suas conformações sociais, que afetam os distintos grupos populacionais em função de suas condições de vida. Nesse aspecto, a intervenção extrapola o uso de conhecimentos e tecnologias médico-sanitárias, pois

²³ Farmacêutica. Autoridade Sanitária. Núcleo de Vigilância Sanitária. Superintendência Regional de Saúde de Juiz de Fora. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Mestre em Saúde Coletiva. Especialista em Gestão em Serviços de Saúde, Acreditação e Auditoria Hospitalar. Especialista em Gestão da Assistência Farmacêutica.

abrange técnicas de planejamento e de comunicação social que estimulam a mobilização, a organização e a atuação de diversos grupos na promoção e na defesa da saúde (TEIXEIRA; PAIM; VILASBOAS, 1998).

A VISA está inserida na concepção delineada pela VS, reformulada para um modelo de organização pautado numa “inteligência sanitária” que se articula, permanentemente, por um lado, com as necessidades de saúde da população e do ambiente e, por outro, com as demandas e questões que emergem do mercado (COSTA, 1999; LUCCHESI, 2001).

Mudanças de gestão e organização do sistema de saúde são necessárias, especialmente, as relacionadas às práticas que ocorrem na “ponta”, isto é, no espaço onde interagem os profissionais de saúde e a população em seus distintos segmentos. Também são necessárias transformações na própria concepção acerca do complexo saúde-doença-cuidado e suas inter-relações com os determinantes e condicionantes econômicos, socioambientais e culturais da saúde.

Desse modo, a VS precisa ser construída com participação ativa dos profissionais de saúde, inclusive os da VISA, pois requer mudança na forma de pensar e de agir com relação à saúde e sua promoção, proteção e recuperação, no plano individual e coletivo. Como prática social, exige o engajamento dos sujeitos interessados em refletir criticamente suas concepções e práticas, de modo a reelaborar, continuamente, suas idéias, noções e conceitos acerca da saúde.

O aprendizado dessa nova prática somente pode ser desenvolvido a partir de uma análise crítica dos conhecimentos que cada profissional realiza em seu cotidiano; exige um esforço de autorreflexão e uma abertura ao novo, às possibilidades que se colocam para aqueles que pretendem fazer parte do processo de construção desse sistema de saúde.

De um lado, há um saber específico, quanto à qualidade e segurança sanitária de produtos e serviços, que precisa dialogar com os saberes da população e dos profissionais que atuam nas demais ações de saúde. Assim, ao lidar com produtos e serviços presentes no cotidiano dos indivíduos e relacionados com suas necessidades básicas, a VISA constitui um privilegiado espaço de comunicação e promoção da saúde. De outro lado, na interação da VISA com a sociedade, deve-se, também, considerar a sua participação na definição dos riscos com os quais se aceita conviver, reduzindo-se o caráter eminente e pretensamente técnico da atual forma de decisão regulatória de que os segmentos de caráter popular

não participam nem influem. (O'DWYER; TAVARES; DE SETA, 2007, p. 476).

A atenção primária à saúde é um campo e uma estratégia para se alcançar as pretensões da “Nova Vigilância Sanitária”, como forma de desenvolver um diálogo mais ativo com a sociedade e buscar a uma maior conscientização da população.

É importante ressaltar que atualmente é baixa a demanda social por ações coletivas de promoção e proteção da saúde, e que o espaço em que se constituiu a VISA é restrito frente à população devido ao seu histórico emblemático. Por isso, um dos principais desafios é garantir que as ações educativas cheguem à população e que recursos de proteção à saúde sejam utilizados na prática de todos os profissionais de saúde. Uma forma legítima de buscar essa realidade se faz por meio da parceria com as equipes de saúde da família, que são os profissionais de saúde mais próximos da população.

A equipe de saúde da família pode ser o elo entre a comunidade e a equipe de VISA. O agente comunitário é o primeiro profissional com o qual a comunidade se identifica e também o primeiro a ter a possibilidade de identificar situações de risco para o contexto da Vigilância em Saúde. Além disso, esse profissional pode transmitir conhecimento e informação, promovendo a consciência sanitária da comunidade.

Dessa forma, inserir o olhar vigilante e a dimensão educativa, informativa e de comunicação do risco da VISA no campo da atenção primária, especialmente vinculada com a Estratégia da Saúde da Família (ESF), no contexto da Vigilância em Saúde, é levar o desenvolvimento de ações abrangentes capazes de estimular a mudança do estilo de vida da comunidade. Isso permitirá operacionalizar ações para responder às necessidades sociais em VISA e possibilitará também a maior visibilidade social da VISA, tornando o cidadão nosso maior fiscal. Nessa perspectiva a VISA estará desenvolvendo a promoção e a proteção da saúde indo além do campo fiscalizatório e do atendimento mercadológico pela demanda de Alvará Sanitário.

O entendimento dos usuários e da comunidade sobre a importância de utilizar serviços de boa qualidade aponta para a possibilidade de avanços no exercício da cidadania, a ser conquistado com base na orientação conjunta da VISA e outros profissionais de saúde, neste caso, os integrados a atenção primária e a Vigilância em Saúde.

REFERÊNCIAS

ARREAZA, Antônio Luis Vicente; MORAES, José Cássio. Vigilância da saúde: fundamentos, interfaces e tendências. Ciência & saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, p. 2215-2228, nov. 2010. Suplemento 13. Disponível

em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=1413-812320100009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 26 fev. 2012.

COSTA, Ediná Alves. A vigilância sanitária: defesa e proteção da saúde. 2. ed. São Paulo: Sobravime, 1999.

COSTA, Ediná Alves. O trabalhador de vigilância sanitária e a construção de uma nova vigilância sanitária: fiscal ou profissional de saúde? In: _____. Vigilância sanitária: desvendando o enigma. Salvador: Ed. EdUFBA, 2008. p.77-90.

LUCCHESI, Geraldo. Globalização e regulação sanitária: os rumos da vigilância sanitária no Brasil. 2001. 245f. Tese (Doutorado)– Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/UserFiles/File/GT/Visa/Teses/tese_geraldo_lucchese.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2013.

MATTOS, Ruben Araújo de. A. Repensando a organização da rede de serviços de saúde a partir do princípio da integralidade. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Orgs.). Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2007. p. 369-383.

O'DWYER, Gisele; TAVARES, Maria de Fátima Lobato; DE SETA, Marismary Horst. O desafio de operacionalizar as ações de vigilância sanitária no âmbito da promoção da saúde e no lócus saúde da família. Interface: comunicação, saúde e educação, Botucatu, v. 11, n. 23, p. 467-484, set./dez. 2007.

Disponível em: <<http://www.interface.org.br/>>. Acesso em: 15 dez. 2011.

PAIM, Jairnilson Silva. Modelos assistenciais: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção da saúde. In: COSTA, Ediná Alves (Org.). Vigilância sanitária: desvendando o enigma. Salvador: EdUFBA, 2008. p. 77-90.

TEIXEIRA, Carmen Fontes; PAIM, Jairnilson Silva; VILASBOAS, Ana Luiza. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. Informe epidemiológico do SUS, Brasília, v. 7, n. 2, p. 7-28, abr./jun. 1998.

PARA REFLETIR

"Um homem precisa viajar. Por sua conta, não por meio de histórias, imagens, livros ou TV.

Precisa viajar por si, com seus olhos e pés, para entender o que é seu.

Para um dia plantar as suas próprias árvores e dar-lhes valor. Conhecer o frio pra conhecer o calor.

E o oposto.

Sentir a distância e o desabrigo para estar bem sob o próprio teto.

Um homem precisa viajar para lugares que não conhece para quebrar essa arrogância que nos faz ver o mundo como o imaginamos, e não simplesmente como é ou pode ser; que nos faz professores e doutores do que não vimos, quando deveríamos ser alunos, e simplesmente ir ver".

Amyr Klink, em Mar sem fim



ATIVIDADE 17
AVALIAÇÃO

Tempo Estimado: 2 horas

Objetivo

- Verificar se o aluno absorveu os conhecimentos apresentados na Unidade, identificando os progressos e as dificuldades do aluno, visando recuperá-lo.

Material

- Papel A4

ATIVIDADE 18
PASSA OU REPASSA

Tempo Estimado: 4 horas

Objetivo

- Fixar os conteúdos trabalhados nessa unidade de forma descontraída.

Materiais

- Tarjetas com perguntas.
- Sugestão: balão, baralho, etc.



ATIVIDADE DE DISPERSÃO

MÓDULO III

UNIDADE 2

Carga Horária 40 Horas

No módulo I, unidades I e II foi realizado na atividade de dispersão o diagnóstico situacional do seu município. Nestas atividades você verificou a organização da saúde no seu município, as principais doenças existentes, as principais causas de mortalidade e analisou os sistemas de informação.

Nas Unidades III e IV deste mesmo módulo você realizou o diagnóstico situacional da Vigilância em saúde do seu município. Além disso, na unidade IV, você elaborou um plano de ação para integrar a Vigilância em saúde e a Atenção Primária em Saúde.

Na atividade de dispersão da Unidade I do Módulo II você avaliou o Projeto de Fortalecimento da Vigilância em Saúde em seu município.

Passo 1:

Agora com todas essas informações anteriores você deverá:

- Fazer uma visita a uma Unidade Básica com Estratégia da Saúde da Família e realizar uma inspeção sanitária ampliada, verificando os pontos descritos com base na RESOLUÇÃO DA DIRETORIA COLEGIADA - RDC Nº. 63 DE 25 DE NOVEMBRO DE 2011²⁴. Além disso, você irá verificar com a equipe de saúde dessa unidade quais as ações são realizadas para implantação do olhar de vigilante da equipe, quais ações são adotadas frente as diretrizes da Nova Vigilância Sanitária estudadas nesta unidade e quais as principais dificuldades e desafios encontrados pela equipe de saúde.
- Com base nessas orientações você irá construir um relatório de inspeção articulando todas as informações coletadas.

Passo 2:

- Buscar com a equipe de Vigilância em Saúde do seu município as ações de Vigilância Sanitária realizadas nesse primeiro ano do Projeto de Fortalecimento de Vigilância em Saúde. Quais metas foram cumpridas e quais não foram cumpridas nos três monitoramentos realizados. Descreva também o resultado alcançado ao final desse primeiro ano do projeto para a área temática de Vigilância Sanitária.

Passo 3:

- Com base nas informações coletadas no passo 1 e no passo 2 construa uma agenda estratégica para implantação da integração da Vigilância Sanitária com a Atenção Primária em Saúde e com a Vigilância em Saúde da seguinte forma:
 1. Elencar os problemas a serem enfrentados para se alcançar os objetivos;
 2. Descrever as principais causas desses problemas;
 3. Definir os atores envolvidos e que deverão interferir nos problemas, pensando sempre na viabilidade;
 4. Propor estratégias e definir operações para enfrentar os nós críticos;
 5. Elaborar o plano de ação seguindo o modelo abaixo:

²⁴ Disponível em <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/rdcs/RDC%20N%C2%BA%2063-2011.pdf>

Caracterize o problema:				
Descreva os objetivos do plano de ação:				
Ações(O que fazer)	Estratégias (como fazer)	Resultados esperados	Responsáveis (quem – atores/instituições) Coloque o nome e o contato da pessoa responsável	Prazo

A agenda estratégica é composta pelos itens 1, 2, 3 e 4 e pelo quadro acima, sendo que o quadro deverá ser construído para cada problema elencado. **Fique atento, para cada passo 1, 2 e 3 você deverá entregar um produto, um material.**