

A DESVALORIZAÇÃO ESTRUTURAL DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA NO BRASIL E SEUS REFLEXOS SOBRE A SAÚDE PÚBLICA

THE STRUCTURAL DEVALUATION OF SANITARY SURVEILLANCE IN BRAZIL AND ITS IMPACTS ON PUBLIC HEALTH

Karen Karina Siqueira¹
Cláudio Luiz Ferreira Júnior²

RESUMO: A vigilância sanitária ocupa posição estratégica no Sistema Único de Saúde (SUS), por articular regulação, fiscalização, prevenção de riscos e proteção da saúde coletiva. Apesar dessa centralidade, sua posição institucional permanece fragilizada em grande parte do território brasileiro, sobretudo em contextos municipais marcados por dependência política, baixa capacidade técnico-operacional e financiamento instável. Este artigo teve como objetivo discutir os determinantes estruturais da desvalorização da vigilância sanitária no Brasil e suas repercussões para a efetividade do controle sanitário, para a equidade em saúde e para a capacidade regulatória do Estado. Realizou-se revisão narrativa da literatura com enfoque analítico, fundamentada em artigos científicos, e documentos institucionais nacionais e internacionais. A análise foi organizada em quatro eixos: lugar institucional da vigilância sanitária no SUS; efeitos da descentralização e das desigualdades federativas; trabalho, recursos humanos e vulnerabilidade organizacional; e legitimidade pública, participação social e comunicação. Os achados indicam que a desvalorização da vigilância sanitária não decorre apenas de restrições orçamentárias, mas de um arranjo político-institucional que reduz sua autonomia técnica, fragmenta sua base material e limita sua visibilidade social. Conclui-se que o fortalecimento da área depende de medidas combinadas de proteção institucional, financiamento estável, regionalização solidária, qualificação permanente das equipes e ampliação da legitimidade pública da ação regulatória.

Palavras-chave: Vigilância sanitária. Sistema Único de Saúde. Saúde pública. Regulação sanitária. Gestão em saúde.

¹ Farmacêutica, Mestre em Ciências Farmacêuticas, Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais.

² Farmacêutico, Doutor em Ciências da Saúde, Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais.

ABSTRACT: Health surveillance occupies a strategic position within Brazil's Unified Health System (SUS), as it brings together regulation, inspection, risk prevention, and the protection of collective health. Despite this central role, its institutional position remains fragile across much of Brazilian territory, especially in municipal contexts marked by political dependence, low technical and operational capacity, and unstable funding. This article aimed to discuss the structural determinants of the devaluation of health surveillance in Brazil and their repercussions for the effectiveness of sanitary control, health equity, and the State's regulatory capacity. A narrative literature review with an analytical approach was conducted, based on scientific articles and national and international institutional documents. The analysis was organized into four axes: the institutional place of health surveillance within the SUS; the effects of decentralization and federal inequalities; work, human resources, and organizational vulnerability; and public legitimacy, social participation, and communication. The findings indicate that the devaluation of health surveillance does not result solely from budgetary constraints, but from a political-institutional arrangement that reduces its technical autonomy, fragments its material base, and limits its social visibility. It is concluded that strengthening the field depends on combined measures of institutional protection, stable funding, cooperative regionalization, continuous workforce training, and the expansion of the public legitimacy of regulatory action.

Keywords: Sanitary surveillance. Unified Health System. Public health. Health regulation. Health management.

I INTRODUÇÃO

A vigilância sanitária integra o núcleo duro das responsabilidades estatais na proteção da saúde, uma vez que incide sobre produtos, serviços, ambientes, processos e tecnologias capazes de produzir riscos individuais e coletivos. No plano jurídico-institucional, sua centralidade pode ser observada na Constituição Federal de 1988, na Lei Orgânica da Saúde e na criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), marcos que consolidaram a regulação sanitária como dimensão constitutiva do SUS (Brasil, 1988; Brasil, 1990; Brasil, 1999).

Entretanto, a trajetória histórica do setor mostra que essa centralidade normativa não se converteu, de forma homogênea, em prioridade política, estrutura material e autonomia técnica. A literatura brasileira assinala que a vigilância sanitária foi se constituindo como campo atravessado por tensões permanentes entre o poder de polícia administrativa, a lógica da proteção coletiva, as pressões do mercado e os limites da capacidade estatal (Costa; Rozenfeld, 2000; Lucchese, 2006; Costa; Fernandes; Pimenta, 2008; De Seta; Dain, 2010).

Embora a municipalização ampliou a capilaridade das ações sanitárias, também expôs a vigilância sanitária à heterogeneidade de recursos, à dependência das prioridades dos gestores locais e à fragmentação das capacidades institucionais. Em consequência, a oferta de proteção sanitária passou a conviver com padrões muito distintos de estrutura, financiamento e capacidade operacional entre municípios e regiões de saúde (Cohen; Moura; Tomazelli, 2004; Cohen, 2009; Marangon; Scatena; Costa, 2010).

Além da desigualdade federativa, a área convive com problemas persistentes de recursos humanos, baixa visibilidade social e frágil legitimidade pública, os trabalhadores da vigilância sanitária atuam em ambiente institucional frequentemente marcado por equipes reduzidas, formação heterogênea, pouca estabilidade decisória e pressão política sobre atos fiscalizatórios (Leal; Teixeira, 2009; Teixeira et al., 2018). A pandemia de COVID-19 tornou esses limites mais nítidos ao exigir respostas rápidas de estruturas que, em muitos lugares, já operavam em patamar aquém do necessário (Araújo et al., 2023; Teixeira, 2022).

Diante desse quadro, o presente artigo tem como objetivo discutir os determinantes estruturais da desvalorização da vigilância sanitária no Brasil e suas repercussões para a efetividade do controle sanitário, a equidade em saúde e a capacidade regulatória do Estado. Parte-se da hipótese de que essa desvalorização não é meramente orçamentária, mas resulta de um arranjo político-institucional que reduz a autonomia técnica da área, naturaliza sua precarização material e limita sua inteligibilidade pública como política de proteção social.

2 MÉTODO

Trata-se de revisão narrativa, de caráter crítico e natureza exploratória, com base em produções científicas, marcos normativos e interpretação institucional. Diferentemente das revisões sistemáticas, a revisão narrativa permite sintetizar contribuições heterogêneas e construir um argumento interpretativo orientado por problema teórico claramente delimitado (Rother, 2007).

A busca bibliográfica foi conduzida nas bases SciELO, LILACS/BVS, PubMed/MEDLINE e Google Scholar, priorizando publicações entre 2000 e 2025, sem exclusão de obras clássicas consideradas estruturantes para o campo. Foram empregados, em português os descritores: “vigilância sanitária”, “regulação sanitária”, “Sistema Único de Saúde”, “descentralização”, “financiamento”, “recursos humanos”, combinados com os operadores booleanos AND e OR.

Também foram incluídos documentos institucionais da ANVISA, do Conselho Nacional de Saúde, da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), por sua relevância para a discussão sobre fortalecimento de sistemas regulatórios, governança e capacidades institucionais. Após busca e organização textual organizou-se o material em quatro tópicos: lugar institucional da vigilância sanitária no SUS; efeitos da descentralização e das desigualdades federativas; trabalho, recursos humanos e vulnerabilidade organizacional; e legitimidade pública, participação social e comunicação.

Após a seleção dos artigos e documentos, usou-se Inteligência Artificial (IA) para auxílio na síntese dos temas trabalhados, todas as informações organizadas foram conferidas pelos autores. A IA, chat GPT versão PRO,

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 O lugar institucional da vigilância sanitária no SUS

A vigilância sanitária ocupa posição singular no SUS porque combina funções regulatórias, educativas, fiscalizatórias e preventivas. Sua atuação não se limita à resposta a danos já instalados; ao contrário, incide sobre a produção social do risco e, por isso, depende de capacidade estatal para agir antes que o agravo se materialize, o que a torna diferente de outros eixos da vigilância em saúde. Essa característica explica, em parte, sua menor visibilidade pública quando comparada a áreas assistenciais mais imediatamente perceptíveis pela população (Costa, 2004; Lucchese, 2006; De Seta; Dain, 2010).

Ao mesmo tempo, essa posição estratégica expõe o setor a conflitos contínuos, uma vez que a vigilância sanitária interfere em circuitos econômicos, define padrões de conformidade, impõe exigências técnicas e limita práticas produtivas ou comerciais consideradas incompatíveis com a proteção da saúde. Por isso, o seu fortalecimento não depende apenas de competência técnica, mas de respaldo político e institucional para sustentar decisões que frequentemente contrariam interesses econômicos imediatos. Essa tensão constituiu historicamente a identidade do campo e ajuda a explicar a distância entre a densidade normativa da área e seu reconhecimento efetivo como política estruturante (Costa; Rozenfeld, 2000; Costa; Fernandes; Pimenta, 2008; De Seta; Oliveira; Pepe, 2017).

No SUS, a vigilância sanitária não pode ser compreendida como apêndice burocrático. Ela compõe o conjunto de ações essenciais à integralidade do sistema, seja pela regulação de produtos e serviços, seja pela contribuição ao enfrentamento de emergências, ao monitoramento

de estabelecimentos e à proteção da população usuária. A definição legal da vigilância sanitária formalizou uma vasta área de atuação na qual ela teria a responsabilidade de intervir sobre riscos e problemas sanitários que decorressem dos processos de produção e consumo de bens, da prestação de serviços de interesse da saúde, ou do ambiente (Brasil, 1990).

Quando sua institucionalidade é enfraquecida, não se perde apenas capacidade de fiscalização; perde-se também capacidade de prevenir danos, qualificar o cuidado e reduzir assimetrias de risco em uma sociedade profundamente desigual (Teixeira et al., 2018; Teixeira, 2022).

3.2 Descentralização, federalismo e desigualdades

A descentralização do SUS ampliou a responsabilidade dos municípios sobre a execução de ações sanitárias, mas isso ocorreu em um federalismo marcado por forte desigualdade de capacidades administrativas, técnicas e fiscais. O problema, portanto, não reside na descentralização em si, mas na assimetria entre encargos transferidos e condições concretas para executá-los. Em contextos locais de baixa arrecadação, pequena escala administrativa e elevada rotatividade de gestores, a vigilância sanitária tende a operar com baixa autonomia, infraestrutura limitada e grande dependência de decisões discricionárias do Executivo municipal (Arretche, 2002).

Estudos sobre a descentralização da vigilância sanitária no estado do Rio de Janeiro e em Mato Grosso demonstraram que a simples transferência formal de atribuições não garante consolidação institucional. Persistem dificuldades relacionadas à regionalização incompleta, à fragmentação do financiamento, à falta de integração entre instâncias do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e à heterogeneidade dos processos de trabalho. Em muitos cenários, a descentralização produziu capilaridade administrativa sem equivalência em capacidade de resposta sanitária (Cohen; Moura; Tomazelli, 2004; Cohen, 2009; Marangon; Scatena; Costa, 2010).

Essa heterogeneidade também se expressa na infraestrutura disponível para as equipes locais. Avaliações sobre vigilâncias municipais mostram variações significativas quanto a pessoal, equipamentos, rotinas, apoio laboratorial e condições de deslocamento, o que repercute diretamente na cobertura e na qualidade das inspeções. A consequência é um padrão desigual de proteção sanitária, em que o lugar de residência e a capacidade administrativa do município influenciam a intensidade da ação estatal sobre riscos à saúde (Medeiros; Machado; Pessoa Júnior, 2017).

Do ponto de vista do financiamento, a literatura evidencia que a distribuição de recursos para a vigilância sanitária esteve historicamente condicionada por critérios nem sempre suficientes para superar desigualdades de base. Ainda que o repasse federal tenha importância indiscutível, sua fragmentação e a coexistência de diferentes arranjos locais dificultam o planejamento de longo prazo e a consolidação de estruturas permanentes. Assim, o subfinanciamento não é apenas insuficiência quantitativa; ele é também instabilidade decisória e baixa previsibilidade institucional (Battesini; Andrade; De Seta, 2017).

3.3 Trabalho, recursos humanos e vulnerabilidades

A vulnerabilidade institucional da vigilância sanitária manifesta-se de modo particularmente agudo no plano do trabalho. Não obstante, a literatura descreve um cenário de composição multiprofissional heterogênea, vínculos laborais instáveis, ausência de carreiras estruturadas em muitos entes federados e insuficiência de políticas continuadas de formação e educação permanente (Leal; Teixeira, 2009; Costa; Fernandes; Pimenta, 2008).

Essa fragilidade dos recursos humanos repercute sobre a consistência do processo regulatório. Em ambientes com apoio jurídico limitado, pouca proteção institucional e intensa interferência político-administrativa, o trabalhador tende a atuar sob dupla pressão: de um lado, a exigência de observância estrita das normas; de outro, a instabilidade das condições concretas para fazê-las cumprir. O resultado frequente é a produção de insegurança decisória, seletividade na ação fiscalizatória e dificuldade de sustentar tecnicamente medidas de maior impacto sobre estabelecimentos e serviços regulados (Leal; Teixeira, 2009).

A pandemia de COVID-19 tornou esse quadro ainda mais evidente. Estudo sobre o trabalho em vigilância sanitária durante a pandemia registrou sobrecarga, ampliação de atribuições, reorganização emergencial das rotinas e desgaste psicossocial dos profissionais, ao mesmo tempo em que se mantinham insuficiências históricas de pessoal e de suporte institucional. A crise sanitária mostrou que a resiliência do setor depende menos de respostas improvisadas e mais de estruturas estáveis, protegidas e tecnicamente qualificadas (Araújo et al., 2023; Teixeira, 2022).

3.4 Legitimidade pública, participação social e comunicação

A desvalorização da vigilância sanitária não se explica apenas por déficits internos de estrutura. Ela também se alimenta da dificuldade de tornar inteligível para a sociedade o valor

público de uma política cujo êxito, muitas vezes, consiste justamente em evitar que o dano aconteça. Como seus resultados são predominantemente preventivos, a área tende a ser percebida de forma residual, associada mais à interdição e à punição do que à proteção coletiva e à garantia de direitos.

Essa percepção é agravada quando a ação fiscalizatória é capturada por narrativas simplificadoras que opõem regulação e desenvolvimento econômico. Em tais contextos, o fiscal sanitário pode ser simbolicamente convertido em obstáculo, e não em agente de proteção social. A literatura destaca que o enfrentamento desse problema requer ampliar a participação social, fortalecer a transparência das decisões regulatórias e construir linguagens institucionais capazes de demonstrar que a regulação sanitária é parte constitutiva da cidadania em saúde, e não mero aparato burocrático (Oliveira; Dallari, 2011; Martins; Scherer, 2022).

A experiência internacional reforça essa compreensão ao enfatizar que sistemas regulatórios robustos dependem não apenas de competências técnicas, mas também de independência institucional, governança clara e confiança pública. O Global Benchmarking Tool da OMS e os relatórios regionais da OPAS associam maturidade regulatória à existência de arranjos estáveis de coordenação, capacidade técnica protegida e legitimidade institucional perante sociedade e regulados. Embora tais referências se concentrem sobretudo em produtos médicos e tecnologias, suas implicações são relevantes para a vigilância sanitária em sentido mais amplo, pois recolocam a comunicação pública e a governança como componentes estruturais da proteção em saúde (WHO, 2021; PAHO, 2021).

7

3.5 Direções para o reposicionamento institucional da vigilância sanitária

A literatura analisada nesse estudo norteia que o fortalecimento da vigilância sanitária depende de um reposicionamento institucional assentado em medidas convergentes, como a proteção da autonomia técnica, financiamento e valorização do trabalho e da inteligência institucional. Em contextos de alta interferência político-administrativa, o reforço de mecanismos normativos de proteção aos atos técnicos, a definição mais clara de competências interfederativas e a qualificação da governança regional tornam-se condições para reduzir a vulnerabilidade cotidiana das equipes.

O financiamento e à base material do trabalho, já que não se trata apenas de ampliar recursos, mas de assegurar previsibilidade, regionalização cooperativa e capacidade instalada compatível com o grau de complexidade das ações. Nesse sentido, o Plano Diretor de Vigilância

Sanitária e a Política Nacional de Vigilância em Saúde continuam oferecendo referências relevantes para pensar integração sistêmica, planejamento e fortalecimento do SNVS, embora sua implementação siga desigual entre territórios (Brasil, 2007; Brasil, 2018).

A valorização do trabalho e da inteligência institucional envolve políticas continuadas de educação permanente, apoio matricial entre instâncias do sistema, fortalecimento da articulação com laboratórios, assessoramento jurídico e produção de informação qualificada para decisão. Também implica reconhecer que transformação digital, protocolos e indicadores só produzem efeitos sustentáveis quando incorporados a estruturas de trabalho estáveis, e não utilizados como substitutos de investimento humano e institucional (Oliveira; Cruz, 2015; Teixeira et al., 2018).

Por fim, o reposicionamento institucional da área exige ampliar sua legitimidade pública. A comunicação em saúde, a transparência dos processos regulatórios e a participação social devem ser compreendidas como dimensões constitutivas da política sanitária. Sem base social de apoio, a vigilância sanitária permanece mais suscetível à captura por interesses locais, ao esvaziamento orçamentário e à redução de sua função protetiva a uma imagem de mera atividade cartorial. Fortalecê-la, portanto, é reforçar a própria capacidade do Estado de produzir proteção coletiva em um sistema universal de saúde.

Abaixo segue quadro resumo com as principais ideias abordados nos artigos, organizados por temas, considerando as ideias em comum, convergentes, abordadas nesses trabalhos e recomendações que podem ser utilizadas para construção de estratégias visando fortalecer a vigilâncias sanitárias, com base nas lacunas enumeradas.

Quadro 1 - Síntese dos estudos incluídos, principais achados e recomendações para o fortalecimento da vigilância sanitária no Brasil.

Tema	Referências	Resultados	Recomendações
Fundamentos históricos, normativos e lugar institucional da vigilância sanitária no SUS	Brasil (1988; 1990; 1999; 2007; 2018); Costa (2004); Costa; Rozenfeld (2000); Lucchese (2006); De Seta; Dain (2010); De Seta; Oliveira; Pepe (2017); Paim (2013); Teixeira et al. (2018).	Os trabalhos reconhecem a vigilância sanitária como função essencial do Estado e dimensão constitutiva do SUS, responsável por intervir sobre riscos relacionados a produtos, serviços, ambientes, processos e tecnologias.	Consolidar a vigilância sanitária como eixo estratégico do SUS; reforçar a implementação efetiva do PDVISA e da PNVS; explicitar competências interfederativas; integrar a regulação sanitária ao planejamento regional; e

Tema	Referências	Resultados	Recomendações
		<p>Também mostram que a densidade normativa e a centralidade formal da área não foram acompanhadas, de modo homogêneo, por prioridade política, autonomia técnica e estrutura material suficientes para sustentar sua função protetiva.</p>	<p>instituir mecanismos permanentes de proteção institucional para os atos técnicos.</p>
<p>Descentralização, federalismo, regionalização e desigualdades territoriais</p>	<p>Arretche (2002); Cohen; Moura; Tomazelli (2004); Cohen (2009); Marangon; Scatena; Costa (2010); Medeiros; Machado; Pessoa Júnior (2017); Battesini; Andrade; De Seta (2017); Oliveira; Cruz (2015).</p>	<p>Os estudos, em comum, demonstram que a descentralização ampliou a capilaridade das ações, mas transferiu responsabilidades sem assegurar, em intensidade equivalente, capacidade administrativa, base técnica, financiamento previsível e apoio regional. Como consequência, formaram-se padrões muito desiguais de estrutura, cobertura e resposta sanitária entre municípios e regiões de saúde.</p>	<p>Fortalecer a regionalização cooperativa; adotar critérios redistributivos para alocação de recursos; vincular financiamento a capacidade instalada e grau de risco sanitário; ampliar apoio técnico e laboratorial regional; e instituir mecanismos de coordenação federativa que reduzam assimetrias territoriais.</p>
<p>Trabalho, recursos humanos e vulnerabilidade organizacional</p>	<p>Costa; Fernandes; Pimenta (2008); Leal; Teixeira (2009); Teixeira (2022); Araújo et al. (2023); Medeiros; Machado; Pessoa Júnior (2017).</p>	<p>Há convergência quanto à existência de equipes heterogêneas, vínculos laborais frágeis, insuficiência de educação permanente, sobrecarga e carência de apoio institucional. Os achados mostram que a fragilidade dos recursos humanos</p>	<p>Implantar carreiras estáveis e multiprofissionais; ampliar concursos e dimensionamento de pessoal; instituir educação permanente e apoio matricial; garantir suporte jurídico e administrativo aos fiscais; e incorporar medidas de proteção psicossocial e</p>

Tema	Referências	Resultados	Recomendações
		<p>compromete a consistência dos processos regulatórios, aumenta a insegurança decisória e foi intensificada durante a pandemia de COVID-19, quando se ampliaram atribuições sem reforço proporcional da estrutura.</p>	<p>segurança do trabalho nas rotinas da vigilância sanitária.</p>
<p>Governança regulatória, capacidade estatal e sistemas de referência</p>	<p>De Seta; Dain (2010); De Seta; Oliveira; Pepe (2017); Martins; Scherer (2022); WHO (2021); PAHO (2021); Teixeira et al. (2018).</p>	<p>As referências indicam que sistemas regulatórios robustos dependem de governança clara, autonomia técnica protegida, coordenação entre níveis de gestão, abordagem baseada em risco e legitimidade institucional. No plano nacional e internacional, a maturidade regulatória é associada à capacidade de decisão qualificada, à padronização de processos e à articulação entre vigilância, regulação e resposta a riscos sanitários.</p>	<p>Estruturar modelos de governança com competências claras; fortalecer a autonomia técnica das autoridades sanitárias; adotar abordagens regulatórias baseadas em risco; qualificar sistemas de informação e monitoramento; e alinhar práticas locais aos parâmetros de fortalecimento regulatório recomendados por OMS e OPAS.</p>
<p>Legitimidade pública, participação social e comunicação da ação regulatória</p>	<p>Oliveira; Dallari (2011); Martins; Scherer (2022); Paim (2013); Costa (2004); De Seta; Oliveira; Pepe (2017).</p>	<p>Os autores convergem ao apontar que a vigilância sanitária sofre com baixa inteligibilidade pública de sua função, frequentemente percebida mais como aparato punitivo do que como política de proteção coletiva. A fragilidade da participação social e a comunicação</p>	<p>Ampliar estratégias de comunicação pública sobre o valor preventivo da vigilância sanitária; fortalecer canais de transparência e participação social; divulgar resultados e riscos evitados; aproximar a população dos processos regulatórios; e desenvolver linguagem institucional</p>

Tema	Referências	Resultados	Recomendações
		<p>insuficiente sobre riscos e benefícios da regulação reduzem a base social de apoio à área e a tornam mais vulnerável a pressões econômicas e político-administrativas.</p>	<p>centrada em proteção, cidadania e direito à saúde.</p>
<p>Integração da vigilância em saúde, resposta a crises e sustentabilidade do sistema.</p>	<p>Oliveira; Cruz (2015); Teixeira et al. (2018); Teixeira (2022); Araújo et al. (2023); Brasil (2018).</p>	<p>Os estudos mostram que a vigilância sanitária precisa ser compreendida no interior de uma vigilância em saúde integrada, capaz de articular prevenção, monitoramento, regulação e resposta oportuna a emergências. A pandemia evidenciou que estruturas previamente fragilizadas têm menor capacidade de coordenação, adaptação e proteção coletiva em cenários críticos.</p>	<p>Integrar a vigilância sanitária aos demais componentes da vigilância em saúde; desenvolver planos de contingência e protocolos intersetoriais; reforçar capacidade analítica e de resposta rápida; qualificar fluxos de informação entre níveis de gestão; e investir em preparação institucional para emergências sanitárias.</p>

4 CONCLUSÃO

A revisão desenvolvida neste artigo permitiu concluir que a desvalorização da vigilância sanitária no Brasil não é fenômeno episódico e nem simples efeito da escassez fiscal. Trata-se de processo estrutural, produzido na interseção entre desigualdades federativas, fragilidade de recursos humanos, baixa proteção da autonomia técnica e limitada legitimidade pública da ação regulatória.

Embora a vigilância sanitária seja componente indispensável do SUS, seu lugar institucional permanece tensionado por expectativas contraditórias: exige-se que regule riscos, faça cumprir normas e atue preventivamente, mas sem que lhe sejam asseguradas, de modo equivalente, as condições políticas, organizacionais e simbólicas necessárias ao exercício dessas

funções. O resultado é a persistência de arranjos locais frágeis, heterogêneos e suscetíveis a descontinuidades.

Assim, qualquer agenda consistente de fortalecimento do setor deve articular, simultaneamente, proteção institucional dos atos técnicos, financiamento estável, cooperação interfederativa, qualificação permanente das equipes e ampliação da inteligibilidade pública da vigilância sanitária como política de proteção social. Mais do que ampliar a capacidade de fiscalizar, trata-se de consolidar a vigilância sanitária como dimensão estratégica da justiça sanitária e da sustentabilidade do próprio SUS.

Como limitação desse estudo, reconhece-se que a revisão narrativa não pretende exaustividade bibliográfica e carrega seleção orientada pelo problema investigado. Ainda assim, sua utilização é pertinente ao propósito de compreender a desvalorização da vigilância sanitária como fenômeno político-institucional de natureza complexa, e não apenas como déficit operacional isolado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO PS et al. **Efeitos da pandemia de COVID-19 no trabalho em vigilância sanitária.** *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 5, p. 1365-1376, 2023. DOI: 10.1590/1413-81232023285.11852022.

ARRETCHE M. **Federalismo e relações intergovernamentais no Brasil: a reforma dos programas sociais.** *Dados: Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, v. 45, n. 3, p. 431-458, 2002. DOI: 10.1590/S0011-52582002000300004.

BATTESINI M, ANDRADE CLT, DE SETA MH. **Financiamento federal da Vigilância Sanitária no Brasil de 2005 a 2012: análise da distribuição dos recursos.** *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, p. 3295-3306, 2017. DOI: 10.1590/1413-812320172210.10852017.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Brasília, DF: Senado Federal; 1988.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.** *Diário Oficial da União* 1990.

BRASIL. Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999. **Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências.** *Diário Oficial da União* 1999.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Plano Diretor de Vigilância Sanitária.** Brasília, DF: ANVISA; 2007. [acessado 23 abr. 2026]. Disponível em: <<https://bibliotecadigital.anvisa.gov.br/jspui/handle/anvisa/16604>>.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 588, de 12 de julho de 2018. **Institui a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS)**. *Diário Oficial da União* 2018. [acessado 18 abr. 2026]. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2018/reso588_13_08_2018.html>.

COHEN MM. **Dilemas do processo de gestão descentralizada da vigilância sanitária no Estado do Rio de Janeiro**. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 867-901, 2009. DOI: 10.1590/S0103-73312009000300018.

COHEN MM, MOURA MLO, TOMAZELLI JG. **Descentralização das ações de Vigilância Sanitária nos municípios em Gestão Plena, Estado do Rio de Janeiro**. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 7, n. 3, p. 290-301, 2004. DOI: 10.1590/S1415-790X2004000300007.

COSTA EA. **Vigilância sanitária: proteção e defesa da saúde**. 2. ed. São Paulo: Sobravime; 2004.

COSTA EA, FERNANDES TM, PIMENTA TS. **A vigilância sanitária nas políticas de saúde no Brasil e a construção da identidade de seus trabalhadores (1976-1999)**. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 995-1004, 2008. DOI: 10.1590/S1413-81232008000300021.

COSTA EA, ROZENFELD S. **Constituição da vigilância sanitária no Brasil**. In: ROZENFELD S, organizadora. *Fundamentos da vigilância sanitária*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2000. p. 15-40.

DE SETA MH, DAIN S. **Construção do Sistema Brasileiro de Vigilância Sanitária: argumentos para debate**. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 3, p. 3307-3317, 2010. DOI: 10.1590/S1413-81232010000900002.

DE SETA MH, OLIVEIRA CVS, PEPE VLE. **Proteção à saúde no Brasil: o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária**. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, p. 3225-3234, 2017. DOI: 10.1590/1413-812320172210.16672017.

LEAL COBS, TEIXEIRA CF. **Análise de situação dos recursos humanos da vigilância sanitária em Salvador, Bahia, Brasil**. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 13, n. 30, p. 167-179, 2009. DOI: 10.1590/S1414-32832009000300014.

LUCCHESI G. **A Vigilância Sanitária no Sistema Único de Saúde**. In: DE SETA MH, PEPE VLE, O'DWYER G, organizadoras. *Gestão e vigilância sanitária: modos atuais do pensar e fazer*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006. p. 33-47. DOI: 10.7476/9788575413265.0004.

MARANGON MS, SCATENA JHG, COSTA EA. **Vigilância sanitária: estratégias para sua descentralização em Mato Grosso, 1996-2005**. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 3, p. 3587-3601, 2010. DOI: 10.1590/S1413-81232010000900034.

MARTINS MAF, SCHERER MDA. **A fiscalização sanitária de medicamentos na sociedade de risco**. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 31, n. 2, e200853pt, 2022. DOI: 10.1590/S0104-12902022200853pt.

MEDEIROS EHF, MACHADO MF, PESSOA JÚNIOR JM. **Avaliação da organização estrutural das vigilâncias sanitárias municipais de uma Região de Saúde de Pernambuco**. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 561-578, 2017. DOI: 10.1590/S0103-73312017000300010.

OLIVEIRA AMC, DALLARI SG. **Vigilância sanitária, participação social e cidadania.** *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 617-624, 2011. DOI: 10.1590/S0104-12902011000300008.

OLIVEIRA CCM, CRUZ MM. **Sistema de Vigilância em Saúde no Brasil: avanços e desafios.** *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 255-267, 2015. DOI: 10.1590/0103-110420151040385.

PAHO. **Regulatory System Strengthening in the Americas: Lessons Learned from the National Regulatory Authorities of Regional Reference.** Washington, D.C.: Pan American Health Organization; 2021. [acessado 18 abr. 2026]. Disponível em: <<https://www.paho.org/en/documents/regulatory-system-strengthening-americas-lessons-learned-national-regulatory-authorities>>.

PAIM JS. **A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS).** *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, p. 1927-1953, 2013. DOI: 10.1590/0102-311X00099513.

ROTHER ET. **Revisão sistemática X revisão narrativa.** *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 20, n. 2, p. v-vi, 2007. DOI: 10.1590/S0103-21002007000200001.

TEIXEIRA CFS. **Desafios da Vigilância em Saúde no momento atual.** *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 31, n. 2, e2022357, 2022. DOI: 10.1590/S2237-96222022000200017.

TEIXEIRA MG et al. **Vigilância em Saúde no SUS: construção, efeitos e perspectivas.** *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1811-1818, 2018. DOI: 10.1590/1413-81232018236.09032018.

WHO. **WHO Global Benchmarking Tool (GBT) for Evaluation of National Regulatory System of Medical Products - Revision VI.** Geneva: World Health Organization; 2021. [acessado 15 abr. 2026]. Disponível em: <<https://www.who.int/publications/i/item/9789240020245>>.