

VIGILÂNCIA EM SAÚDE: CONTEXTO POLÍTICO E ORGANIZACIONAL (2012-2022)

HEALTH SURVEILLANCE: POLITICAL AND ORGANIZATIONAL CONTEXT (2012-2022)

Adelcio Machado Santos¹

RESUMO: Objetivou-se descrever e discutir sobre os desafios e atuação da Vigilância em Saúde entre 2012 e 2022. Pesquisa qualitativa, de revisão narrativa da literatura, em artigos publicados entre 2012 e 2022, os resultados apresentam que a Vigilância em Saúde, tem como marca a integralidade da atenção à saúde, com dificuldade de integração na Atenção Primária à Saúde. A média e alta complexidade são os serviços mais difíceis de acesso pelos cidadãos, pela divisão inadequada e fixação dos serviços tecnológicos que foram distribuídos de forma desigual no território brasileiro. Outra particularidade da VS é a desigualdade nos repasses financeiros, As informações produzidas pelas Equipes de Saúde da Família são fundamentais no trabalho, para sistematização, consolidação, análise e disseminação de dados. Espera-se que este estudo colabore para a discussão sobre às práticas na esfera da Vigilância em Saúde, na implantação de um Estado transformado pela relação de forças históricas e sociais.

Palavras-chave: Vigilância em Saúde. Sistema de Vigilância em Saúde. Vigilância em Saúde Pública.

ABSTRACT: Health between 2012 and 2022. Qualitative research, narrative literature review, in articles published between 2012 and 2022, The results show that the Health Surveillance has as a mark the integrality of health care, with difficulty of integration in Primary Health Care. The medium and high complexity are the most difficult services for citizens to access, due to the inadequate division and fixation of technological services that were unevenly distributed in the Brazilian territory. The information produced by the Family Health Teams is fundamental in the work, for systematization, consolidation, analysis, and dissemination of data. It is hoped that this study will contribute to the discussion about the practices in the sphere of Health Surveillance, in the implementation of a State transformed by the relation of historical and social forces.

Keywords: Health Surveillance. Health Surveillance System. Public Health Surveillance.

¹Docente, pesquisador e orientador no Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento e Sociedade e em Educação da Universidade Alto Vale Rio do Peixe (UNIARP). Concórdia, Santa Catarina, Brasil. Pós-Doutor pela UFSC. Doutor em Engenharia e Gestão do Conhecimento pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Orcid: <https://orcid.org.0000-0003396-972X>.

INTRODUÇÃO

Os progressos do sistema de saúde no Brasil, possuem vínculo com a maior operação de gestão, nas três esferas governamentais, para o domínio do que afeta a saúde da sociedade civil. A Constituição Federal de 1988, em conjunto com as Leis nº 8.080/90 e 8.142/90, constituem a tríade de documentos que organizam formalmente o Sistema Único de Saúde (SUS). (MATTA, 2007).

Políticas públicas foram sendo implementadas para construção da estrutura do SUS, com organização e estruturação do sistema de saúde a ser oferecido gratuitamente a toda população brasileira e estrangeiros em território nacional, nas de saúde hospitalar e na atenção primária à saúde. Antes da criação do SUS as políticas de saúde eram poucas e pensadas separadamente, não levando em conta o perfil das doenças e agravos, voltadas integralmente aos trabalhadores e suas famílias. O SUS apresenta uma visão nova no pensar em saúde, levando em conta promoção, prevenção, tratamento e recuperação de forma integral de acesso em saúde. (SILVA *et al.*, 2021).

Após a determinação de normatização e estruturação do SUS, deu-se segmento na base legal de construção do Sistema de Vigilância em Saúde, que se iniciou na década de 90, com a identificação na mudança do perfil de doenças que afetavam a população. (FERREIRA, 2021). As doenças infecto contagiosas predominantemente entre a população até a década de 80, ganha a permanência de doenças agudas como a diabetes, hipertensão arterial, aids, obesidade, entre outras. Também, as doenças que possuem na cadeia de transmissão hospedeiros (homem), vetores (mosquitos), fômites (objetos inanimados) e veículos de transmissão (água e alimentos), como a dengue, febre amarela, encefalites, entre outras, necessitavam ser identificadas, monitoradas e receber ações em gestão de práticas sanitárias.

A preocupação dos profissionais em saúde e intelectuais é debatida além da área da prevenção de doenças e do controle de danos no processo saúde e doença. (LIMA, 2019). Na busca de respostas para as novas demandas decorrentes do panorama de doenças instaladas, se apresenta um modelo de vigilância à saúde que foi sendo desenhado e reelaborado.

O sistema de vigilância em saúde teria como funções realizar o controle de riscos e danos, definir as etapas do sistema, identificar os objetos de acompanhamento, meios de trabalho para o desenvolvimento do sistema, as atividades em todas as etapas, as relações técnicas e sociais do sistema. Os pilares para a construção do sistema seriam: o território, o problema de saúde e a intersetorialidade. (OLMEDO *et al.*, 2019).

O SUS apresenta especificidades e complexidades própria em sua conjectura para o atendimento e cumprimento de suas demandas, contando em seu quadro, com os membros das Equipes de Saúde da Família (eSF) instalados nos territórios de atuação. A elaboração de um sistema de Vigilância em Saúde (VS) demandou aprofundamento nos estudos das doenças e agravos que atingem a população e o meio ambiente no país, com informações fornecidas pelas eSF, incluindo principalmente o quadro sanitário e avanços para melhoria dessa situação. Tendo como princípio maior, inserir a VS nas redes de atenção à saúde na Atenção Primária à Saúde (APS) e aproximas as mudanças no meio social onde se insere a população. (VON ZUBEN; FERREIRA, 2020).

Assim, a proposta da VS foi agregar os setores da vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, vigilância do trabalhador e vigilância ambiental, em um único sistema de vigilância em saúde. (CORREA FILHO, 2020). Uma maneira de articular, sistematicamente, os setores no enfrentamento e implantação de ações direcionadas ao controle de doenças e agravos. O trabalho em conjunto dos setores envolvidos reduziria custos e tempo, tornando as ações muito mais eficazes e eficientes.

O conceito de VS foca organização de ações conjuntas e sistêmicas, levando em conta epidemiologia, geografia, saúde do trabalhador, planejamento urbano e ciências sociais em saúde. (TEIXEIRA; SANTOS, 2023). Em 2003, a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) é criada pelo Ministério da Saúde (MS), com a função de observar e monitorar, prementemente, o panorama de saúde da população.

Em 2009, através da Portaria nº 3.252/GM/MS, apresentou-se as diretrizes para execução e financiamento das ações de VS em todos os estados e no Distrito Federal. Já em 2013, a referida portaria é revogada, sendo assinada e publicada a Portaria nº 1.378/GM/MS que define as diretrizes para execução e financiamento

das ações do sistema nacional de VS pelos municípios, estados e Distrito Federal. (BRASIL, 2009; 2013).

Para Paiva *et al.* 2023, com as legislações devidamente publicadas e delimitando os papéis de cada um dos envolvidos, a vigilância epidemiológica continuaria a coletar e produzir dados epidemiológicos sobre as doenças (transmissíveis, não-transmissíveis) e agravos com o planejamento de ações de saúde; a vigilância sanitária conduziria ações na defesa dos direitos do consumidor e promoção da saúde da população, intervindo nos problemas sanitários; a vigilância do trabalhador promoveria a redução da morbimortalidade dos trabalhadores, com ações que visem os processos produtivos; já a vigilância ambiental tem seu interesse voltados aos fatores determinantes e condicionantes: físicos, químicos, biológicos e geológicos, promovendo ações de combate a contaminação ambiental.

Portanto, um grande desafio a configuração de um Sistema de Vigilância Saúde, em se tratando da dimensão geográfica e diferenças do Brasil, para a padronização de um Sistema de Vigilância em Saúde com parâmetros internacionais no campo da saúde.

Destarte, o estudo tem como questão norteadora: Qual a trajetória político e organizacional do Sistema de Vigilância em Saúde no Brasil entre 2012 e 2022?

Para tanto, objetivou-se neste ensaio teórico, descrever e discutir sobre os desafios e atuação da Vigilância em Saúde entre 2012 e 2022.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de revisão narrativa da literatura. A pesquisa qualitativa examina evidências para entender um fenômeno com profundidade. (GODOY, 1995). Para Sá-Silva *et al.* (2009), a pesquisa em documentos encontrados na literatura busca explorar publicações realizadas, por outros autores, voltadas para conceitos e práticas sobre um determinado objeto de estudo, nesse caso a Vigilância em Saúde.

Adotou-se como critérios de inclusão a seleção de artigos originais e na íntegra; publicados entre 2012 e 2022; escritos na língua portuguesa; disponibilizados gratuitamente nas bases eletrônicas Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), bases de

dados com prestígio na área da saúde. Definiu-se e utilizou-se na pesquisa as palavras-chave: Vigilância em Saúde; Sistema de Vigilância em Saúde; Vigilância em Saúde Pública, utilizando o operador booleano AND e as aspas (“ ”) para limitar a pesquisa.

Documentos como portarias, resoluções e outros instrumentos normativos publicados entre 2012 a 2022, sobre o tema, foram selecionados e incluídos na pesquisa.

Como critérios de exclusão adotou-se a eliminação dos materiais bibliográficos encontrados nas bases de dados e que não atenderam aos critérios de inclusão.

Na condução da pesquisa, percorreram-se seis etapas: elaboração da pergunta de pesquisa - apresentada na introdução do artigo; levantamento dos artigos nas bases de dados delimitadas; extração dos dados encontrados; avaliação dos estudos; análise, síntese e apresentação dos resultados. (SOUZA *et al.*, 2010).

Foram encontrados cento e doze publicações no LILACS e quinze publicações no SciELO, quando realizada a busca utilizando as palavras chaves definidas no critério de inclusão. Realizou-se a leitura dos títulos, resumos e descritores de todas as publicações. Eliminou-se cento e sete publicações do LILACS e quatorze publicações do SciELO que não atendiam aos critérios de inclusão.

Procedeu-se leitura completa dos seis artigos elegíveis e selecionados, que compuseram a amostra final analisada.

BREVE CONTEXTO HISTÓRICO DA VIGILÂNCIA NO BRASIL

Vigilância Epidemiológica

A Vigilância Epidemiológica iniciou suas atividades na década de 40, com a observação de doentes portadores de doenças infectocontagiosas e seus contatos. Na década de 50, o conceito de vigilância é ampliado, passando a Vigilância Epidemiológica a atuar em eventos adversos à saúde e na promoção de ações em saúde. (LEITE *et al.*, 2003).

A partir desse contexto se estabeleceu-se a importância do serviço no controle das doenças infectocontagiosas. Na década de 60, foi implantado o serviço prestado

pelo Centro de Investigações Epidemiológicas (CIE), com objetivo de implantar o sistema nacional de notificação de doenças e agravos (SINAN) e dar seguimento as atividades do setor. Na década de 70, criou-se o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE), para o controle das doenças transmissíveis. (LEITE *et al.*, 2003).

A década de 70, foi importante para a implantação do Programa Nacional de Imunização (PNI) e da separação da vigilância epidemiológica da vigilância sanitária. O PNI se consolidou na década de 80, como uma importante ferramenta no combate e controle das doenças infecciosas. (ALBUQUERQUE *et al.* 2002).

A década de 90, trouxe a vinculação do Centro Nacional de Vigilância de Epidemiologia (CENEPI) à Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), incrementando o controle de doenças e agravos inusitados (doenças crônico-degenerativas, acidentes, violências, anomalias congênitas, desnutrição etc.). Os municípios passam a assumir funções e atividades, anteriormente desenvolvidas pelos órgãos estaduais, fortalecendo a vigilância epidemiológica municipal através da Normativa Operacional do Sistema Único de Saúde (NOB-96). Com a publicação da Portaria Ministerial nº 1.399/1999, regulamentou-se as competências das três esferas governamentais, o teto de gastos da vigilância epidemiológica e o controle de doenças. (LEITE *et al.*, 2003).

Apesar da incorporação de novas atividades o método de trabalho da Vigilância Epidemiológica não avançou satisfatoriamente em amplitude, se concentrando nas ações de notificação e investigação de casos.

Vigilância Ambiental

A preocupação com o risco ambiental tem menos de cinquenta anos. A Lei nº 8080/1990, apresentou essa preocupação em seu texto, sinalizando para a estruturação de um serviço de vigilância ambiental no Ministério da Saúde. (BRASIL, 1990). A Política Nacional de Vigilância Ambiental de 1998 apresentava a temática de controle da saúde com o monitoramento do meio ambiente.

O Projeto de Estruturação do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (Vigisus), apresentou práticas do conjunto de fatores ambientais em todo território

nacional, delegando aos municípios a responsabilidades de estruturar, acompanhar e controlar as ações ambientais. (OLIVEIRA; CÂMARA, 2004).

Em 2000, é criado pelo Ministério da Saúde (MS), o Sistema Nacional de Vigilância Ambiental em Saúde (SINVAS), com as funções de promover ações de prevenção e redução de exposição do homem aos fatores ambientais (solo, ar, água, contaminantes, desastres e acidentes com substâncias perigosas), que prejudiquem a saúde individual e da coletividade. Até essa década a responsabilidade de tais atividades era exercida pela Vigilância Sanitária. (CÂMARA, 2003).

Vigilância Sanitária

As atividades desse serviço surgiram na necessidade de proteção da população as doenças transmissíveis presentes no ambiente social e eliminar situações de riscos à saúde, através da regulação, controle e fiscalização sanitária.

As primeiras ações acontecem com a chegada da Corte Portuguesa ao Brasil no ano de 1808, para o controle sanitário dos alimentos vendidos e consumidos pela população; controle das doenças transmissíveis; cuidados com as questões sanitárias nos agrupamentos urbanos e controle no exercício profissional na área da saúde. Em 1889, é criado a polícia sanitária para o controle das ações durante as epidemias. (SOARES; MENDONÇA, 2010).

Já em 1914, é estruturado a diretoria geral de saúde pública que em conjunto com a polícia sanitária, atuou no desenvolvimento das atividades em portos, domicílios e em áreas sociais públicas. (SOARES; MENDONÇA, 2010).

A Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária foi criada em 1970, assim o Ministério da Saúde (MS), reformulou o serviço na área sanitária no país. Em 1999, a secretaria recebe o nome de Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), definiu-se como funções do órgão: ser protetor dos direitos do consumidor na área da saúde, seja na produção, e comercialização de serviços e produtos no território nacional (portos, aeroportos e fronteiras). O setor contava com os órgãos de vigilância sanitária dispostos nos municípios e estados para o desenvolvimento de suas atividades. (COSTA *et al.*, 2008).

VIGILÂNCIA EM SAÚDE NO BRASIL – 2012 a 2022

A Política Nacional de Vigilância em Saúde (GT-PNVS) foi criada através da Portaria GM/MS nº 1.378/2013, instituiu-se o Grupo de Trabalho Tripartite com membros do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) e ANVISA, para a elaboração de suas diretrizes. A política regulamenta as funções e ações dos municípios, estados e governo federal, na área da vigilância em saúde, levando em conta os aspectos demográficos e epidemiológicos, além dos determinantes e condicionantes sociais. Em 2014, foi apresentado o relatório das atividades do grupo de trabalho, contendo informações validadas para apresentação a sociedade civil e aos gestores. (FRANCO NETO *et al.*, 2017; GUIMARÃES *et al.*, 2017).

As Nações Unidas estabeleceram os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável para o período de 2015 a 2030. Na área da saúde, se designou os governantes dos países membros para assegurar uma vida saudável, assegurando bem-estar e saúde a população em todas as idades. A PNVS adotou diretrizes e princípios do SUS, como direcionamento de ações individuais e/ou grupais, mapeamento do território (sanitário e ambiental), definição e enumeração de prioridades e recursos necessários para articulação dos setores envolvidos dos serviços ofertados pelo SUS. Assim, o Brasil avançaria nos objetivos de desenvolvimento sustentável para o período estabelecido pelas Nações Unidas. (GUIMARÃES *et al.*, 2017).

Em 2015, durante a 15ª Conferência Nacional de Saúde que teve como tema central “Saúde pública de qualidade para cuidar bem das pessoas: direito do povo brasileiro”, contou com a participação da sociedade civil e de representantes do governo. Na conferência decidiu pela realização da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde (CNVS), formalizada pela Portaria nº 1.017/2016. As deliberações finais da conferência de nacional de saúde foram publicadas na Resolução nº 507, de 19 de março de 2016, onde a expressão vigilância em saúde aparece 15 vezes. (BRASIL, 2016a; 2016b).

A 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde (CNVS), aconteceu entre 27 de fevereiro a 02 de março de 2018, com o tema “Vigilância em Saúde: Direito, Conquista e Defesa de um SUS Público de Qualidade”. Anteriormente ao encontro foram realizadas etapas preparatórias sobre Saúde do Trabalhador, Vigilância Sanitária, Epidemiologia, Saúde da Mulher e Vigilância Epidemiológica. (BRASIL, 2018).

Segundo Guimarães *et al.* 2017, após esta etapa, Vigilância em Saúde pode ser conceituada como o processo de detecção, análise, divulgação de informações sobre doenças que exigem monitoramento contínuo, permanente e sistemático, através do acompanhamento de sua distribuição geográfica, incidência, prevalência, marcadores de morbidade e mortalidade.

O relatório, com as propostas aprovadas na 1ª CNVS, é apresentado por Brasil (2018), em quatro subeixos. A seguir apresentamos alguns pontos fundamentais do relatório:

- O primeiro subeixo “Lugar da Vigilância em Saúde no SUS”, apresenta 28 deliberações, acordando que o planejamento das ações em saúde deve ser realizado a partir do diagnóstico situacional da vigilância em saúde nos territórios. A Vigilância em Saúde deve se desenvolver transversalmente e intersetorialmente no SUS.

- O segundo subeixo “Responsabilidades do Estado e dos governos com a Vigilância em Saúde”, trouxe 95 deliberações. O subeixo apresenta o papel da VS, o financiamento fundo a fundo pelos critérios epidemiológicos e populacionais e as responsabilidades dos entes federados no desenvolvimento das estratégias intra e intersetorialmente na Vigilância em Saúde, parte integrante e indissociável do SUS. Também surge a preocupação com o desenvolvimento e carreira dos recursos humanos

- O terceiro subeixo “Saberes, práticas, processos de trabalhos e tecnologias na Vigilância em Saúde”, refere a provação de 34 deliberações, ratificando a necessidade de unir planejamento, execução e tecnologia nas ações da Vigilância em Saúde nas três esferas governamentais. A importância na manutenção dos dados atualizados e o uso do geoprocessamento no auxilia do planejamento das ações em Educação em Saúde.

- O quarto subeixo “Vigilância em saúde Participativa e Democrática para o Enfrentamento das Iniquidades Sociais em Saúde”, apresentou 23 propostas aprovadas, contemplando a divulgação de informações sobre vigilância em saúde à população através das mídias e redes sociais, estimulando a participação dos cidadãos no controle social e ações de conscientização em saúde.

Em 2018, foi lançada a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), para a reorganização da vigilância em saúde, buscando os fortalecer princípios do SUS de universalidade, integridade e equanimidade em saúde. A regionalização dos serviços não foi priorizada no PNVS. (ALBUQUERQUE *et al.*, 2019).

Dentre as estratégias para a organização da vigilância em saúde, destacam-se: a articulação entre as vigilâncias; a integração com a rede de atenção à saúde; os sistemas de informação integrados; a gestão do trabalho; a educação permanente; os estudos e pesquisas; a comunicação e o controle social, associado à regionalização das ações e serviços de vigilância em saúde. (ALBUQUERQUE *et al.*, 2019, p. 2).

Pela legislação brasileira, a Vigilância em Saúde (VS) é um processo do SUS com função de coleta, consolidação, análise e disseminação de informações sobre a saúde da população brasileira. As informações e o geoprocessamento de um território permitem o planejamento, a elaboração de estratégias de enfrentamento e sua execução, na busca da prevenção e controle de doenças e agravos. (TEIXEIRA *et al.*, 2018).

No percurso percorrido pela VS, desde a sua criação, a integralidade da atenção à saúde tem sido a demanda mais difícil de integração na Atenção Primária à Saúde (APS). A média e alta complexidade são os serviços mais difíceis de acesso pelos cidadãos, pela divisão inadequada e fixação dos serviços tecnológicos (medicamentos, especialistas, equipamentos, entre outros), que foram distribuídos de forma desigual no território brasileiro. Outra particularidade da VS é a desigualdade nos repasses financeiros, sem que haja definido o mínimo de valores, também não consegue acompanhar as necessidades em saúde da população que busca por melhores condições de saúde e de vida. (TEIXEIRA *et al.*, 2018; ALBUQUERQUE *et al.*, 2019).

A mensuração de desempenho dos serviços da VS passam por inúmeras abordagens de desempenho como: conformidade, padrões multidimensionais,

utilização de fontes de dados primários e/ou dados secundários, e recortes geográficos, com poucos que adotam perspectivas regionalizadas e nenhum, levantado nas bases de dados, com uma visão da VS em todo o território nacional. (ALBUQUERQUE *et al.*, 2019).

Os mesmos autores vêm refletindo sobre a situação atual e as necessidades da VS. Muitas são as precariedades (recursos físicos, humanos e materiais) frente a necessidade de respostas rápidas as demandas da população e o avanço do serviço em todas as regiões do Brasil. Os resultados apresentados pelo Projeto Vigisus e o Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQVS), apontam para a necessidade de investimentos em estratégias desenvolvidas pela VS à nível local e que beneficie a população em todos os níveis de atendimento pelo SUS.

No século XXI, um dos maiores desafios enfrentado pela VS foi a pandemia da Covid-19. Sem conhecimento técnico sobre a doença que afetou milhões de pessoas, o serviço enfrentou obstáculos no controle da incidência e na mortalidade. As atividades iniciais no enfrentamento da covid-19 priorizaram a notificação e a investigação (sintomas, formas de transmissão e fatores de risco), além da promoção de ações (uso de máscaras, lavagem das mãos, álcool gel e isolamento social) para reduzir a distribuição espacial da doença nos territórios delimitados das eSF, municípios e estados. As informações produzidas pelas eSF dos municípios foram fundamentais no trabalho da VS, para a sistematização, consolidação, análise e disseminação de dados. Com o desenvolvimento das vacinas contra o coronavírus, as atividades para a imunizar milhões de brasileiros precisou de uma verdadeira operação de guerra, contando com a planejamento e a implementação de ações que envolveu milhares de trabalhadores e acadêmicos da área da saúde, além da segurança pública e das forças armadas. (XAVIER *et al.*, 2020; SOUZA *et al.*, 2020).

Segundo XAVIER *et al.*, 2020, as redes sociais e as mídias foram importantes aliados nas ações da VS em relação à Covid-19 no Brasil e no mundo. O compartilhamento de informações e o tele atendimento possibilitou a articulação das VSs locais e demais setores públicos e privados, que não pouparam esforços na implementação de ações conjuntas e inovadoras para redução e controle de casos. (SOUZA *et al.*, 2020).

A VS vem se consolidando no seu papel de vigilância à saúde nas diferentes áreas de atuação, com o estabelecimento e o monitoramento de riscos à saúde em geral. Um serviço fortalecido garante a continuidade do SUS.

CONSIDERAÇÕES GERAIS

A presente reflexão sobre a trajetória político e organizacional do Sistema de Vigilância em Saúde no Brasil entre 2012 e 2022, preencheu uma lacuna na literatura sobre o assunto e apresentou os inúmeros desafios que o exercício das atividades em vigilância em saúde tem exigido dos gestores nas três esferas governamentais.

O estudo apresentou o papel importante das Equipes de Saúde da Família (eSF) em seus territórios de trabalho, sobre a importância na coleta de dados, abastecimento dos sistemas de informações, análise geográfica da incidência e prevalência das doenças infecto contagiosas e crônicas. Também, apresentou ressaltou uma deficiência da VS quanto a distribuição espacial inadequada e desigual dos serviços tecnológicos (medicamentos, especialistas, equipamentos, entre outros), que não oferecem igualmente os serviços de média e alta complexidade à população, e o desafio de construir um quadro de profissionais capacitados e remunerados para o desempenho das atividades na VS.

Como limitação deste estudo, identificamos a falta de publicações, regionalizadas e sobre o Brasil como um todo, na evolução e dificuldades presentes no trabalho do Sistema de Vigilância em Saúde, assim esta reflexão ficou um pouco limitada. Entretanto, é possível afirmar que o objetivo traçado no estudo foi totalmente alcançado.

Recomenda-se que outros estudos sobre o tema são pertinentes e devam explorar as práticas da VS como, quais territórios do Brasil vem recebendo maiores investimentos e os resultados sobre a qualidade da saúde da população. Para que práticas bem-sucedidas sejam replicadas, desde que adaptadas a realidade local.

Assim sendo, espera-se que este estudo colabore para a discussão inesgotável a respeito das perspectivas pertinentes às práticas na esfera da Vigilância em Saúde, que, por sua vez, se implantam em um Estado que é transformado pela relação de forças históricas e sociais.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, M. I. N.; CARVALHO, E. M.; LIMA, L. P. Vigilância epidemiológica: conceitos e institucionalização. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 2, p. 7-14, 2002.

ALBUQUERQUE, A. C.; CÉSSE, E. A. P.; FELISBERTO, E.; SAMICO, I. C.; FRIAS, P. G. Avaliação de desempenho da regionalização da vigilância em saúde em seis Regiões de Saúde brasileiras. **Cad. Saúde Pública**, v. 35, 2019.

BRASIL. Lei 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, seção 1, p. 8055, 20 set. 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.252/GM/MS, de 22 de dezembro de 2009. Aprova as diretrizes para execução e financiamento de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Municípios e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, seção 1, 23 dez. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.378/GM/MS, de 9 de julho de 2013. Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, seção 1, p. 36, 4 dez. 2015.

BRASIL. **Resolução nº 507, de 16 de março de 2016**. Publicar as propostas, diretrizes e moções aprovadas pelas Delegadas e Delegados na 15ª Conferência Nacional de Saúde, com vistas a garantir-lhes ampla publicidade até que seja consolidado o Relatório Final. Brasília, DF, 2016a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.017GM/MS, de 11 de maio de 2016**. Convoca a 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2016b.

BRASIL. **1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde: relatório final Brasília/DF – 2018**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2018. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1dI4F1e03LKC5LRF7hoOXzx8VVCVkrZkc/view>. Acesso em: 21 jan. 2023.

CÂMARA, V. M. Editorial especial. **Rev Bras Epidemiol**, v. 6, p. 84-86, 2003.

CORRÊA FILHO, H. R. A utopia do debate democrático na Vigilância em Saúde. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 979-986, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2019.v43n123/979-986/>. Acesso em: 21 jan. 2023.

COSTA, E. A.; FERNANDES, T. M.; PIMENTA, T. S. A vigilância sanitária nas políticas de saúde no Brasil e a construção da identidade de seus trabalhadores (1976-1999). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, p. 995-1004, 2008.

FERREIRA, L. S. **Comunidade de prática para profissionais da vigilância em saúde: propostas e requisitos para implementação.** 2021. Monografia (Especialista Sanitarista) – Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2021.

FRANCO NETTO, G.; VILLARDI, J. W. R.; MACHADO, J. M. H.; SOUZA, M. S.; BRITO, I. F.; SANTORUM, J. A.; OCKÉ-REIS, C. O.; FENNER, A. L. Vigilância em Saúde brasileira: reflexões e contribuição ao debate da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 3137-3148, 2017.

GODOY, A. S. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. **Revista de Administração de empresas**, v. 35, p. 20-29, 1995.

GUIMARÃES, R. M.; MEIRA, K. C.; PAZ, E. P. A.; DUTRA, V. G. P.; CAMPOS, C. E. A. Os desafios para a formulação, implantação e implementação da Política Nacional de Vigilância em Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 1407-1416, 2017.

LEITE, J. A.; ASSIS, M. M. A.; CERQUEIRA, E. M. Vigilância epidemiológica no sistema local de saúde. **REBEN**, v. 56, p. 178-183, 2003.

LIMA, A. C. T. A influência da experiência da AIDS no movimento homossexual do Rio de Janeiro na década de 1990. **Artes de Curar**, p. 386-406, 2019.

MATTA, G. C. Princípios e diretrizes do Sistema único de Saúde. **arcafiocruz**, 2007. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/39223/Pol%EDticas%2ode%20Sa%FAde%20-%20Princ%EDpios%20e%20Diretrizes%2odo%20Sistema%20%20DAnico%2ode%20Sa%FAde.pdf;jsessionid=6E0910BB5E3BFF46CB7D15208FFBA4Ao?sequence=2>. Acesso em: 21 jan. 2023.

OLIVEIRA, S. S.; CÂMARA, V. M. O desenvolvimento do curso básico de vigilância ambiental no Estado da Bahia. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 28, n. 2, p. 267-267, 2004.

OLMEDO, P. V.; FIORI, L. S.; MEDEIROS, L. S.; OPOLSKI, C.; FERREIRA, S. M. R. Perfil dos profissionais de Vigilância Sanitária da área de alimentos em uma capital brasileira. **Vigil. sanit. debate**, v. 7, n. 1, p. 23-32, 2019. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/5705/570565982005/570565982005.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2023.

PAIVA, C. H. A.; KISS, C.; TEIXEIRA, L. A. A crise do sistema de vigilância em saúde no Brasil no contexto da pandemia COVID-19. In: FARIA, L.; GUIMARÃES, J. M. M.; ALVAREZ, R. E. C.; CARDOSO, A. J. C.; PINHO, P.

H.; CRUZ, S.S.; CRUZ, S. S. (org.). **Formação profissional, acesso e desigualdades sociais no contexto pós-pandêmico**. Salvador: UFBA, 2023. p. 69-86.

SÁ-SILVA, J. R.; ALMEIDA, C. D.; GUINDANE, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**, ano I, n. I, p. 1-15, 2009.

SILVA, Á. M. B.; PEREIRA, M. C.; XAVIER, I. L.; LISBOA, F. M.; CARDOSO, Y. S.; ALCÂNTARA, T. R.; BEZERRA, K. F. A aplicabilidade da humanização no atendimento aos usuários do sistema único de saúde. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 2, p. e4912-e4912, 2021.

SOARES, E. I.; MENDONÇA, L. G. Chá ou fitoterápico? um resgate histórico de como a legislação sanitária encara a planta medicinal desde o Brasil Colônia. **Perspectivas da Ciência e Tecnologia**, v. 2, n. 1-2, p. 20-31, 2010.

SOUZA, M. T. de; SILVA, M. D. da; CARVALHO, R. de. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/eins/a/ZQTBkVJZqcWrTT34cXLjtBx/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 21 jan. 2023.

SOUZA, H. P.; OLIVEIRA, W. T. G. H.; SANTOS, J. P. C.; TOLEDO, J. P.; FERREIRA, I. P. S.; ESASHIKA, S. N. G. S.; LIMA, T. F. P.; DELÁCIO, A. S. Paredes et al. Doenças infecciosas e parasitárias no Brasil de 2010 a 2017: aspectos para vigilância em saúde. **Revista panamericana de salud publica**, v. 44, p. e10, 2020.

TEIXEIRA, M. G.; COSTA, M. C. N.; CARMO, E. H.; OLIVEIRA, W. K.; PENNA, G. O. Vigilância em Saúde no SUS - construção, efeitos e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1811-1818, 2018.

TEIXEIRA, C. F.; SANTOS, J. S. Desigualdades sociais e políticas de saúde: conquistas, retrocessos e desafios. In: FARIA, L.; GUIMARÃES, J. M. M.; ALVAREZ, R. E. C.; CARDOSO, A. J. C.; PINHO, P. H.; CRUZ, S.S.; CRUZ, S. S. (org.). **Formação profissional, acesso e desigualdades sociais no contexto pós-pandêmico**. Salvador: UFBA, 2023. p. 45-68.

VON ZUBEN, A. P. B.; FERREIRA, M. C. Desafios para integração da vigilância em saúde e atenção básica. In: VON ZUBEN, A. P. B.; FERREIRA, M. C. (coord.). **Vigilância em saúde nos municípios**. (Caderno de textos). Campinas: IPADS, 2020. p. 13-18.

XAVIER, F.; OLENSCKI, J. R. W.; ACOSTA, A. L.; SALLUM, M. A. M.; SARAIVA, A. M. Análise de redes sociais como estratégia de apoio à vigilância em saúde durante a Covid-19. **Estudos avançados**, v. 34, p. 261-282, 2020.