Introdução à vigilância em saúde vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, ambiental e saúde do trabalhador

Gloria Regina da Silva e Sá
Grácia Maria de Miranda Gondim

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

SÁ, G.R.S., and GONDIM, G.M.M. Introdução à vigilância em saúde: vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, ambiental e saúde do trabalhador. In: SILVA, M.N., FLAUZINO, R.F., GONDIM, G.M.M., eds. *Rede de frio*: fundamentos para a compreensão do trabalho [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2017, pp. 83-116. ISBN: 978-65-5708-091-7.
<https://doi.org/10.7476/9786557080917.0005>.

All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

3. Introdução à vigilância em saúde: vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, ambiental e saúde do trabalhador

Gloria Regina da Silva e Sá e Grácia Maria de Miranda Gondim

Vimos que, em cada tempo da vida do homem, as concepções de saúde e doença foram se modificando de acordo com o pensamento da época e, com isso, também mudaram as formas de viver e de se relacionar dos indivíduos e dos coletivos humanos. Com esse pensamento, podemos afirmar que também o conceito de vigilância segue e acompanha as ideias gerais de cada época e, naturalmente, vai se estruturando ao longo da história para dar respostas às variadas concepções de mundo e de saúde-doença vigentes, a fim de impedir a disseminação das doenças.

É evidente que tudo no campo da saúde está articulado; nada é isolado quando se trata de cuidar da saúde do homem – um ser integral e de quem não se pode cuidar apenas de uma de suas partes. Esse ser está inserido em um contexto histórico e social que tem relação com sua saúde, e conhecer essa história é importante.

Do mesmo modo, um profissional da rede de frio inserido no processo de trabalho da vigilância em saúde, em nível nacional, não pode prescindir de conhecer o histórico das práticas dessa área de conhecimento. Por essa razão, neste capítulo abordaremos o conceito de vigilância e como se dá sua operacionalização no cerne das estruturas estatais da saúde.

O conceito de vigilância e sua institucionalização no Brasil

Desde quando o termo **vigilância** é utilizado? Com qual sentido? E como vem se estruturando no campo da saúde?

Podemos dizer que o grande marco de vigilância foi o escrito de Hipócrates, *De Ares, Águas e Lugares*, que mostrava a primeira relação entre a doença e os seus determinantes ambientais. A partir daí, começou-se a observar os elementos desencadeantes de doenças e a buscar medidas para que eles não trouxessem problemas à saúde das pessoas. As práticas de isolamento e quarentena, por exemplo, são intervenções sociais antigas relativas à saúde dos homens (ROSEN, 1994; SCLIAR, 2002).

Como vimos, no século XVIII, houve grande mudança na forma de os homens produzirem sua riqueza material, com o surgimento das fábricas e o início da Revolução Industrial. Com isso se constituíram cidades sem estrutura sanitária adequada, as quais foram crescendo desordenadamente pelo acúmulo de população advinda de áreas rurais em busca de melhores condições de vida e trabalho. Caóticas, repletas de maus cheiros e sujas, essas cidades propiciavam a disseminação de doenças na população.

Os estudos de Edwin Chadwick (1842), Friedrich Engels (1845) e John Snow (1855) foram mencionados no Capítulo 1, "Um pouco de história: evolução das concepções de saúde, doença e cuidado". Suas obras e descobertas são consideradas centrais para a saúde pública atual.

Em meados do século XIX, as cidades na Europa já possuíam uma nova organização sanitária, o que favoreceu a realização de vários estudos, como os de Chadwick (1842), de Engels (1845) e Snow (1855), que buscavam demonstrar a associação ou relação entre um germe, sua disseminação no ambiente e a ocorrência de doença na população.

Esses estudos subsidiaram algumas ações de saúde e de vigilância como resultado das intervenções do modelo médico e político vigente. Surgiu na França a medicina urbana; na Alemanha, a medicina de Estado; e a medicina social na Inglaterra, as quais consolidaram um novo olhar sobre a doença e as formas de controlá-la. A distribuição e a qualidade da água para o consumo humano passaram a ser mais vigiadas; foram criados os conselhos das cidades, para realizar várias ações de vigilância da higiene de mercados, salas de dissecação, banheiros públicos, esgotos e fossas, presídios, adulteração de alimentos, entre outras situações insalubres (FOUCAULT, 1982).

As descobertas da bacteriologia com o uso do microscópio desvendaram os microrganismos causadores de alguns agravos, inicialmente de doenças infecciosas. Isso desencadeou a necessidade de vigiar os ambientes, os comunicantes (indivíduos sadios) e os possíveis vetores nessa cadeia. Tais descobertas permitiram vigiar muito além da doença e do doente, ou seja, incluíram-se outros elementos que estariam em interação na vida cotidiana das pessoas – como os lugares, os objetos e outros organismos intermediários. Surgiram novas e mais eficazes medidas de controle, como a vacinação, com repercussões na forma de organização de serviços e ações em saúde coletiva (BRASIL, 2005a; WALDMAN, 1998).

Para refletir

Vigiar é um termo empregado no seu cotidiano de trabalho?

Bacteriologia: um marco na medicina

O estabelecimento de uma causa microbiológica da doença trouxe consigo nova possibilidade de intervenção terapêutica. A medicina encontrou recursos capazes de fazer retroceder a impotência do ser humano em relação à doença e de dar-lhe uma sobrevida. As descobertas da bacteriologia ressoaram além de seus limites estritos, em grande parte por terem conseguido ativar o imaginário social em um aspecto fundamental: o desejo da humanidade de ter controle sobre a morte.

Fonte: Czeresnia (1997, p. 17).

Esse é o marco de surgimento, no âmbito da saúde pública, do conceito de **vigilância** com a função, embora de forma específica e limitada, de observar contatos de pacientes atingidos pelas ditas “doenças pestilentas” (WALDMAN, 1998).

No Brasil, os governos influenciados pelo higienismo francês iniciaram várias reformas urbanas entre 1889 e 1930. Foram feitos vários planos de saneamento, melhoramento de cidades (São Paulo, Rio de Janeiro, Santos, Campinas, Recife, Curitiba e João Pessoa) e outras ações de limpeza e embelezamento de cidades, com vacinas obrigatórias, remoção de cortiços, saneamento de portos.

No início do século XX, ocorreu a primeira grande reforma urbana no Rio de Janeiro, quando o presidente Rodrigues Alves (1903-1906) e o prefeito da cidade, Francisco Pereira Passos (1836-1913), promoveram um ambicioso programa de renovação urbana da capital – a Reforma Pereira Passos. Esta tinha como objetivo o tripé higienista: saneamento, abertura de ruas e embelezamento, com a finalidade de atrair capitais estrangeiros para o país. A ordem era: arejar, ventilar e iluminar melhor os prédios; demolir “cortiços” e iniciar a ocupação dos subúrbios pela classe média (o que acarretou a constituição das favelas pelos pobres).

A Reforma Pereira Passos, embora fosse voltada para “melhorar” a cidade capital do país, foi implementada de forma autoritária, sem a preocupação de ouvir a população sobre o que pensava sobre essa proposta, causando vários problemas sociais e ampliando o isolamento de populações pobres do resto da cidade.

O desenvolvimento das favelas no Rio de Janeiro foi uma resposta às demolições de cortiços e à remoção de população das áreas centrais e ►

importantes da cidade para locais mais afastados. A população pobre preferiu se estabelecer próximo dos locais de trabalho, pois podia se deslocar com mais facilidade, do que aceitar ser alocada em áreas muito distantes e sem nenhuma infraestrutura. Desse modo, a população mais pobre e vulnerável foi ocupando as encostas dos morros, construindo suas habitações, iniciando o processo de favelização da cidade, que se intensificou nos anos 1960. ■

Na década de 1950, o conceito de vigilância se ampliou para além da “observação sistemática de contatos de doentes” (WALDMAN, 1998) e passou a significar o “acompanhamento contínuo de eventos adversos à saúde na comunidade”, com o propósito de aprimorar as medidas de controle (WALDMAN, 1998).

Alexander D. Langmuir, epidemiologista norte-americano, foi professor associado de epidemiologia na escola de medicina da Universidade John Hopkins, onde se tornou diretor da área do Centro de Doenças Comunicáveis de Atlanta, permanecendo por 20 anos. Escreveu exaustivamente sobre todas as fases do desenvolvimento da epidemiologia como disciplina, descrevendo suas bases gerais. Suas contribuições teóricas foram reconhecidas internacionalmente.

Alexander Langmuir, na década seguinte (1960), criou o conceito de “vigilância em saúde” para significar a “observação contínua da distribuição e tendências da incidência de doenças mediante a coleta sistemática, consolidação e avaliação de informes de morbidade e mortalidade, assim como de outros dados relevantes, e a regular disseminação dessas informações a todos os que necessitam conhecê-la” (BRASIL, 2005a). Essa concepção ainda se encontra presente nos dias atuais, como uma das acepções da vigilância em saúde.

Karel Raska, epidemiologista tcheco, é considerado, juntamente com Alexander Langmuir, um dos principais responsáveis pela ampla difusão da vigilância como instrumento de saúde pública. Publicou um artigo em que agregava a palavra epidemiológica ao termo vigilância, que ficou conhecido e aceito em todo o mundo.

Mais à frente, em 1964, Karel Raska acrescentou ao termo vigilância o qualificativo “epidemiológica”, para coroá-la como área prioritária da Organização Mundial da Saúde (OMS), com a criação da Unidade de Vigilância Epidemiológica da Divisão de Doenças Transmissíveis. Afirmava que a vigilância deveria ser conduzida respeitando-se as características particulares de cada doença, com o objetivo de oferecer as bases científicas para as ações de controle.

Como consequência, em 1968, a 21ª Assembleia Mundial da Saúde apontou a necessidade da aplicação de **vigilância no campo da saúde pública**, ampliando sua compreensão e seu espectro de intervenção, sendo recomendada sua utilização não só em doenças transmissíveis, mas também em outros eventos adversos à saúde (WALDMAN, 1998).

A definição de vigilância em saúde pública, usada pelo Centro para Controle de Doenças (*Center for Disease Control* – CDC/Atlanta/EUA), refere-se a “coleta sistemática e contínua, análise e interpretação de dados sobre desfechos específicos, para uso no planejamento, na implementação e avaliação de práticas em saúde pública” (THACKER, 1988; THACKER; BIRKHEAD, 2008).

A institucionalização da vigilância no Brasil

No período de 1960 a 1970, a Campanha de Erradicação da Varíola (CEV) possibilitou disseminar, em todo o mundo, o conceito de vigilância como instrumento de intervenção. O programa de erradicação da varíola também instituiu uma fase de vigilância que se seguia à de vacinação em massa da população. Pretendia-se, mediante busca ativa de casos de varíola, a detecção precoce de surtos e o bloqueio imediato da transmissão da doença. Essa metodologia consagrou-se fundamental para o êxito da erradicação da varíola em escala mundial e serviu de base para a organização de sistemas nacionais de vigilância epidemiológica. Para o Ministério da Saúde, a CEV, entre 1966 e 1973, é reconhecida como marco da institucionalização das ações de vigilância no nosso país (BRASIL, 2009a).

Em 1975, o Brasil organizou um Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica por meio da instituição do Sistema de Notificação Compulsória de Doenças. O passo seguinte, em 1976, foi a criação da Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária (BRASIL, 1998; MONKEN; BATISTELLA, 2008). Com isso, se estruturaram as duas vigilâncias com maior atuação até hoje no país.

Em 2003, criou-se uma Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), no Ministério da Saúde, com a função de coordenar e implementar ações de vigilância, articulando as diferentes formas de atuação do Estado:

- * no meio ambiente – a vigilância em saúde ambiental;
- * nos produtos, serviços e bens de interesse da saúde – a vigilância sanitária;
- * na saúde do trabalhador – vigilância em saúde do trabalhador; e
- * nas doenças e doentes – a vigilância epidemiológica, na perspectiva de organizar um sistema nacional de vigilância em saúde no país.

A seguir, veremos a proposta da vigilância em saúde e, na sequência, um pouco sobre as diferentes formas de atuação do Estado no campo das vigilâncias mencionadas.

A proposta da vigilância em saúde: uma nova abordagem em saúde pública

A vigilância em saúde (Visau) vem sendo incorporada às propostas de reorganização do sistema de saúde e às mudanças do modelo assistencial desde o fim dos anos 1970. Por meio dela, busca-se rearticular saberes e práticas sanitárias para a consolidação do ideário da Reforma Sanitária Brasileira (RSB). A Visau reforça a consolidação de um Sistema Único de Saúde (SUS) e um novo Modelo de Atenção, orientados por um conceito de saúde abrangente, cujo entendimento se amplia para além da ausência de doença e incorpora outras dimensões da vida.

Após a Constituição Federal de 1988 – com a criação do SUS, seus princípios e diretrizes organizacionais e suas leis regulamentares –, surgem, no cenário das mudanças, propostas de Modelo de Atenção alternativo. Dentre essas propostas, Teixeira, Paim e Vilasboas (1998) trazem a vigilância em saúde, definida como:

As leis regulamentares do SUS, promulgadas em 1990, são a Lei Orgânica da Saúde n. 8.080 e a Lei do Controle Social n. 8.142.

[...] uma proposta de redefinição das práticas sanitárias, havendo duas concepções, que, embora não sejam divergentes, enfatizam aspectos distintos: uma, que privilegia a **dimensão técnica**, ao conceber a **vigilância à saúde enquanto um modelo assistencial alternativo** conformado por um conjunto de **práticas sanitárias** que encerram combinações tecnológicas distintas, **destinadas a controlar determinantes, riscos e danos**; outra que privilegia a **dimensão gerencial** da noção de vigilância à saúde, caracterizando-a como uma **prática que organiza processos de trabalho em saúde** sob a forma de operações, para confrontar problemas de enfrentamento contínuo, num território delimitado [...] através de operações montadas sobre os problemas em seus diferentes períodos do processo saúde-doença (TEIXEIRA; PAIM; VILASBOAS, 1998, grifo nosso).

Para esses autores, a vigilância em saúde apresenta sete características básicas:

Intervenção sobre problemas de saúde

O objeto da saúde deixa de ser apenas doentes e doenças e passa a ser os determinantes dos modos de vida e saúde – danos, riscos e necessidades de saúde. Nessa perspectiva, também estão contempladas a assistência aos doentes e a vigilância das doenças e agravos.

Uma forma de olhar as condições de vida e a situação de saúde da população e seus determinantes de maneira permanente, no tempo e no espaço. Assim, ao se superar e resolver uma causa, um dano ou risco, segue-se com o monitoramento e a avaliação constantes, pois pode haver novos eventos contingentes e situações emergentes.

Ênfase em problemas que requerem atenção e acompanhamento contínuos

Operacionalização do conceito de risco

Facilita a compreensão dos determinantes sociais da saúde e as vulnerabilidades dos territórios, contribuindo para a gestão do risco, subsidiando a tomada de decisão em consonância com as demandas e os recursos locais.

Para assegurar a efetividade das ações (universalidade, integralidade e equidade), a Visau deve articular todas as ações voltadas para a melhoria da qualidade de vida e saúde das populações de territórios específicos, dando respostas mais adequadas aos problemas e às necessidades identificados.

Articulação entre ações promocionais, preventivas e curativas**Atuação intersetorial**

Para enfrentar a complexidade dos problemas de saúde, o setor saúde necessita articular, de forma orgânica e transdisciplinar, conhecimentos, políticas, processos, atores e ações dos diferentes setores sociais do Estado e da sociedade civil comprometidos com mudanças, na perspectiva da qualidade de vida.

Na resolução de um problema, há a necessidade de se realizar diferentes operações que vão requerer tecnologias e atores diversificados para que a ação seja efetiva. Desse modo, cada operação vai significar a possibilidade de se intervir sobre as especificidades dos riscos, causas e danos.

Intervenção sob a forma de operações**Ações sobre o território**

Não basta cuidar do doente e da doença, mas, sobretudo, olhar de forma interessada os objetos e as ações do território em suas múltiplas dimensões (econômica, social, política, ecológica, cultural, simbólica), de modo a compreender o que existe naquele espaço para a ocorrência de doenças e mortes a fim de poder cuidar das pessoas.

Sobre determinantes sociais, você começou a conhecer um pouco no capítulo anterior. Neste capítulo, mais adiante, aprofundaremos esta discussão e abordaremos também os conceitos de risco e vulnerabilidade.

A forma de articular e operacionalizar essas sete características da vigilância em saúde é por meio do **planejamento** e da **programação local**, que vão possibilitar conhecer o território do sistema local de saúde, localizar os problemas e as necessidades de saúde da população, para buscar estratégias, ações, atores, tempos e recursos para intervir de forma organizada e sistemática sobre eles.

Os pilares de sustentação da vigilância em saúde

O processo de trabalho da vigilância em saúde se organiza em três pilares estruturantes: o território, os problemas de saúde e as práticas sanitárias. Vamos explicar um a um para que você entenda como essa formulação contribui para situar a importância do trabalho dos profissionais da rede de frio de imunobiológicos.

O território: lugar onde a vida transcorre

O termo território vem do latim *territorium*, que significa terra, e antigamente aparecia em alguns tratados de agrimensura com o significado de “pedaço de terra apropriada”. Pode ainda referir uma porção delimitada da superfície terrestre (GONDIM; MONKEN, 2009).

Milton Santos (1926-2001) foi considerado o maior pensador da história da geografia no Brasil e um dos maiores do mundo. Propôs a estruturação de uma “geografia nova”, marcada pela crítica ao poder e pela predominância do pensamento marxista. Em suas obras, defendia o caráter social do espaço-território, que deveria ser o principal enfoque do geógrafo. Em 1994, recebeu o Prêmio Vautrin Lud, o Nobel de Geografia, sendo o único brasileiro a conquistá-lo. Faleceu em 2001, em decorrência de complicações de um câncer, aos 75 anos.

Assim como o conceito de vigilância, o de território pode ter vários significados. Aqui, vamos trabalhar com aquele que melhor responde ao que precisamos saber para desenvolver as ações de vigilância em saúde, incluindo as assistenciais. Partiremos da concepção de Milton Santos, que conceitua o território para além do conceito e com base em seus usos. Como “território usado”, ele entende o lugar da interação pessoa-mundo, da “interdependência e a inseparabilidade entre a materialidade e o seu uso, o que inclui a ação humana” (SANTOS; SILVEIRA, 2001, p. 247).

Nessa perspectiva, é um espaço em permanente construção, produto das relações sociais. Por isso, ele é muito mais que “[...] uma superfície-solo e as suas características. [...] É um território de vida, pulsante, de conflitos de interesses, de projetos e de sonhos. [...] além de um território-solo, é, também, um território econômico, político, cultural e sanitário” (MENDES, 1996, p.248-249).

Aqui se encontram precisamente as possibilidades da construção de interfaces operacionais entre a vigilância em saúde, a atenção básica à saúde e a assistência à saúde.

No Brasil, as ações de saúde estão pautadas em base territorial, organizadas a partir de características geográfica, demográfica e sanitária, que se materializam em um espaço-território e em um tempo determinado. Com isso, se pode planejar, programar e intervir sobre problemas e necessidades de saúde.

Quando fazemos uma campanha de vacinação, por exemplo, temos como referência os diferentes territórios e suas populações, que nos informam sobre vários aspectos – distribuição etária, sexo, educação, renda, entre outros. Por outro lado, o território também nos informa sobre a rede de serviços de saúde, escolas, igrejas, serviços e outros. Essas informações, junto com as geográficas (distâncias, acesso, acessibilidade) e os indicadores de saúde, vão orientar como irá se desenvolver a campanha: qual o público-alvo a ser vacinado; a quantidade necessária de vacinas; os locais de vacinação; a forma de comunicação sobre a campanha; as formas de distribuição e acondicionamento das vacinas e a duração da campanha, entre outros.

Fonte: Wikimedia Commons.

De acordo com Gondim et al. (2008), a utilização da categoria território serve para a operacionalização de diferentes situações no campo da saúde:

- * distribuir e localizar no espaço unidades de saúde, traduzidas em área de abrangência e acessibilidade a serviços e produtos de saúde;
- * compreender e analisar o processo saúde-doença, identificando os fatores determinantes e as condicionantes em suas múltiplas dimensões – social, econômica, política, ecológica, cultural;
- * circunscrever e elaborar diagnóstico da situação de saúde e das condições de vida de determinada população, ou população de referência de uma unidade ou equipe de saúde;
- * identificar necessidades, situações-problemas e populações específicas para as intervenções em saúde;
- * localizar e espacializar riscos à saúde e ao ambiente;
- * definir a base populacional ou a escala de observação – se é o país, o estado, um município, um bairro, um quarteirão, uma rua ou uma família;
- * conhecer o nível de agregação das variáveis – se são informações da população em geral, de um grupo específico ou dos indivíduos;
- * planejar e alocar recursos (físicos, financeiros, tecnológicos), inclusive pessoas, compatíveis com as necessidades e os problemas de uma área e população específicas.

Essa forma de organizar ações e serviços em base territorial e em um espaço delimitado exige um processo de **territorialização**, que representa importante instrumento de organização dos processos de trabalho e das práticas de saúde (GONDIM et al., 2008; GONDIM; MONKEN, 2009).

Ressaltamos que a execução de práticas de saúde com base em um território vem sendo utilizada por distintas iniciativas no âmbito do Sistema de Saúde, como as Ações Integradas de Saúde nos anos 1980, o Programa de Agentes Comunitários e o Programa de Saúde da Família nos anos 1990, a Vigilância em Saúde Ambiental e, mais recentemente, a proposta dos municípios/cidades saudáveis e a própria descentralização das ações e dos serviços de saúde, prevista na Constituição Federal (MONKEN; BARCELLOS, 2005).

A saúde pública recorre à territorialização de informações, há alguns anos, como ferramenta para localização de eventos de saúde-doença, de unidades de saúde e demarcação de áreas de atuação. Essa é uma forma restrita de territorialização. Porém, em uma perspectiva transformadora de saberes e práticas locais, a territorialização deve ser vista de forma ampla, como:

- um processo de vivenciar um território;
- uma técnica e um método de obtenção e análise de informações sobre as condições de vida e saúde de populações;
- um instrumento para se entender os contextos de uso do território em todos os níveis das atividades humanas (econômicos, sociais, culturais, políticos etc.).

Fonte: Gondim; Monken (2009).

O problema de saúde: aplicação do conceito ampliado de saúde

Mais adiante neste capítulo, vamos discutir a questão dos determinantes sociais da saúde, conceito intimamente ligado a uma visão ampliada de saúde.

A noção de problema no âmbito da vigilância em saúde parte da aceitação do conceito ampliado de saúde, como uma resultante das condições de existência das pessoas. Portanto, não podemos simplesmente analisar as condições de vida e saúde, por meio de doenças e doentes, sabendo que a realidade é complexa e as questões sociais, de difícil compreensão.

Um dos conceitos básicos do Planejamento Estratégico Situacional (PES) é o **problema**, que significa uma discrepância ou diferença entre a realidade observada ou simulada e uma norma aceita ou criada como referência para determinado ator social.

Tome nota

O Planejamento Estratégico Situacional (PES) foi originalmente sistematizado pelo economista chileno Carlos Matus. Refere-se à gestão de governo como arte de governar.

O planejamento visto de forma estratégica não é outra coisa senão a ciência e a arte de construir maior governabilidade nos nossos destinos, na condição de pessoas, organizações ou países.

Fonte: Toni e Klarman (2002).

A noção de problema na concepção do PES, e incorporado no âmbito da vigilância em saúde, refere-se à distância entre **o que é**, ou o que observamos, e **o que deveria ser**, ou como queremos que a realidade venha a ser. Desse modo, ao fazer a análise dos problemas de saúde junto com os diversos atores do território, estamos buscando compreender uma série de questões sobre determinado fato ou fenômeno de saúde-doença – **o que está acontecendo? Onde está acontecendo? Em quem está acontecendo? E de que forma está acontecendo?**

Ao responder às questões que estruturam os problemas, podemos classificá-los em:

- 1. Problemas bem estruturados, quase estruturados e mal estruturados** – Referem-se a sua explicação dentro da situação de saúde que se está analisando. Um *problema bem estruturado* é aquele em que todos os atores envolvidos o compreendem da mesma forma, e a solução é semelhante para todos; respondem a leis ou regras claras, cujas soluções podem ser normatizadas. Os *problemas quase estruturados* são aqueles que, apesar de terem uma explicação

clara, possuem pontos nebulosos, ou seja, somente em alguns aspectos podem ser regidos por normas e regras. Já os *mal estruturados* são aqueles para os quais não há respostas imediatas, se conhece pouco sobre eles, e não existe uma única explicação e solução, podendo ser tratados apenas a partir de modelos probabilísticos e de intervenções criativas.

2. **Problemas finais ou intermediários** – Referem-se a sua localização dentro da situação de saúde que se está analisando. Os *problemas finais* estão relacionados à missão institucional, são aqueles ligados à clientela, à população que justifica a existência da organização. Os *intermediários* são problemas-meio e não estão relacionados de forma direta com o produto final, porém seu enfrentamento é necessário para viabilizar a missão das organizações; dele depende, também, a qualidade dos produtos finais.
3. **Atuais ou potenciais** – Referem-se à temporalidade frente à situação de saúde que se está analisando. Os *problemas atuais* são os que ocorrem no presente. Os *potenciais* são tendências que podem se tornar problemas no futuro e para os quais é necessária uma atuação preventiva.

Os problemas precisam estar bem claros a fim de que todas as pessoas implicadas em resolvê-los possam colaborar com o planejamento das ações para solucioná-los. Por isso, quando se faz diagnóstico de qualquer situação de saúde, é importante listar e discutir todos os problemas identificados no território. Os problemas podem conter riscos, vulnerabilidades, doenças e mortes, elementos com capacidade para gerar explicações e intervenções da melhor maneira possível.

No modelo de análise das condições de vida e situação de saúde, os problemas são elementos importantes para se ter o diagnóstico de um território.

Figura 1 – Diagnóstico do território

Fonte: Elaboração de Grácia Maria de Miranda Gondim.

Portanto, os problemas contribuem para elucidar uma situação de saúde e as condições de vida de um território. Vão se juntar com os dados de mortalidade e morbidade e com as necessidades de saúde para configurar um cenário (contexto local) ou situação-problema (situação de saúde e condições de vida), para a qual se podem desenhar várias soluções (ações intersectoriais) ou situações-objetivo (onde se deseja chegar).

As práticas sanitárias: ações do setor saúde, de outros setores e da população

A expressão “práticas sanitárias” traduz um conjunto articulado de ações e estratégias do Estado e da sociedade voltadas para resolver os problemas de saúde. É a forma como a sociedade se organiza para dar respostas aos problemas sanitários.

Com esse sentido, engloba tanto as ações desenvolvidas pelo setor saúde como por outros setores do Estado, pela comunidade e por outros atores sociais implicados e comprometidos em resolver os problemas de saúde. Também se referem a uma multiplicidade de ações, desde as de

promoção, proteção e assistência até alternativas que visem à melhoria da saúde e das condições de vida.

Como a vigilância em saúde se propõe a ser, também, uma nova forma de organização do processo do trabalho, conseqüentemente, ela indica mudanças nas práticas sanitárias – das curativas e individuais para as de proteção e promoção da saúde voltadas para os coletivos, no sentido de incluir todos no processo de produção social da saúde, entendida como qualidade de vida.

Para refletir

Você, profissional de saúde, consegue se perceber como parte importante dessa nova forma de organização das práticas sanitárias?

As estruturas operacionais da vigilância em saúde

Como dissemos no início deste capítulo, a vigilância em saúde, no âmbito do Ministério da Saúde, se organiza de acordo com suas especificidades e áreas de atuação, configurando, no SUS, em diferentes estruturas operacionais. Aqui, destacamos algumas dessas especificidades dos campos da vigilância. Em nossa análise, consideramos o conceito ampliado de promoção da saúde, bem como a perspectiva da integralidade das ações entre todas as vigilâncias, outros setores da saúde, da sociedade e do Estado.

Vigilância epidemiológica: controle sobre doenças e doentes

Como estrutura operacional da vigilância em saúde, a vigilância epidemiológica (VE) recorre ao método epidemiológico e aos indicadores de saúde como ferramenta básica para observar e compreender o processo saúde-doença. Ela verifica padrões, repetições e aspectos relacionados aos determinantes sociais da saúde em territórios específicos, a fim de estabelecer e recomendar estratégias e ações para promover e proteger a saúde de indivíduos e coletivos humanos.

A VE é responsável por acompanhar o comportamento dos agravos e das doenças na sociedade, coletando informações com o objetivo de conhecer, detectar ou prever qualquer alteração

que possa ocorrer nos determinantes sociais do processo saúde-doença. Além disso, busca identificar a gravidade de novas doenças para a saúde da população. Ao consolidar e analisar as informações em seus contextos de produção, a VE estabelece e recomenda medidas de intervenção para desfazer causas, riscos e danos à população.

A Lei Orgânica da Saúde (Lei n. 8.080/90) define esse campo de práticas como o conjunto de atividades que permite reunir a informação indispensável para:

- * conhecer, a qualquer momento, o comportamento ou história natural das doenças;
- * detectar ou prever alterações de seus fatores condicionantes;
- * recomendar as medidas indicadas e eficientes que levem à prevenção e ao controle de determinadas doenças.

Determinantes intermediários

são os que se encontram ligados à comunidade, à família, aos estilos de vida e estão no âmbito de programas e projetos voltados para a proteção e promoção da saúde.

Determinantes distais

são aqueles que se encontram longe das pessoas e que estão na esfera política e socioeconômica e no âmbito das políticas públicas.

Integralidade das ações é um dos princípios doutrinários da política do Estado brasileiro para a saúde – o Sistema Único de Saúde (SUS). Para Mattos (2005), a “integralidade” tem três sentidos: a) como traço da boa medicina, oferta de cuidados de qualidade; b) como modo de organizar as práticas, em serviços horizontais e de fácil acesso; c) como respostas governamentais a problemas específicos de saúde, oferta de serviços mais complexos para atender a necessidades específicas.

Neste capítulo abordamos, em linhas muito gerais, o papel da vigilância epidemiológica como estrutura operacional da vigilância em saúde. Dada a importância deste tema para a formação de um profissional da rede de frio de imunobiológicos, retornaremos a ele, de maneira um pouco mais aprofundada, no Capítulo 6, “Vigilância epidemiológica”.

Dessa forma, a VE se preocupa sistematicamente com doenças e doentes, e suas intervenções devem ser complementadas com aquelas das demais vigilâncias e as de outros setores que atuam sobre os **determinantes intermediários e distais** da saúde, na perspectiva da integração e integralidade das ações. Suas funções são:

- * coleta de dados;
- * processamento dos dados coletados;
- * análise e interpretação dos dados processados;
- * recomendação das medidas de controle apropriadas;
- * promoção das ações de controle indicadas;
- * avaliação da eficácia e efetividade das medidas adotadas;
- * divulgação de informações pertinentes.

Os três níveis de gestão do sistema de saúde (municipal, estadual e federal) devem cobrir todo o espectro das funções de VE; no entanto, cada um deles tem graus de responsabilidade e complexidade específicas. Cabem aos municípios as ações executivas que exigem, para seu exercício, capacidade analítica da situação de saúde local. Aos níveis nacional e estadual, cabe conduzir as ações mais estratégicas de longo alcance.

A eficiência do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE) vai depender do desenvolvimento integrado e harmônico das funções realizadas nos diferentes níveis de gestão do SUS. Por isso, quanto mais qualificada e eficiente for a instância local, mais bem poderão ser

executadas medidas de controle sobre causas, riscos e danos à saúde de populações de territórios específicos.

Vigilância sanitária: controle sobre produtos, bens e ambientes de interesse da saúde

A **Carta Magna**, em seu art. 196.7, e a Lei Orgânica do SUS (BRASIL, 1990) definem a vigilância sanitária como o “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”.

Carta Magna é o documento maior que rege a nossa nação: a Constituição.

A vigilância sanitária (Visa) é compreendida como uma das ações de saúde pública mais antigas, relacionadas:

- * à salubridade das cidades e das habitações;
- * ao controle das impurezas nas águas, das práticas de interesse da saúde, como cabeleireiros, barbeiros, boticários e cirurgiões;
- * à circulação de mercadorias e pessoas;
- * a outras ações focadas para a proteção da saúde da coletividade.

Suas ações são de responsabilidade exclusiva do Estado, que, para responder às demandas advindas dessa área, instituiu um conjunto de regras voltado para disciplinar comportamentos e relações, efetivando a fiscalização de seu cumprimento (COSTA, 1999; ROZENFELD, 2005).

Embora não seja esse o seu papel, conforme a Constituição, o modelo brasileiro de Visa vem sendo pautado no “poder de polícia”, ou seja, pela fiscalização e punição, limitando as liberdades individuais e condicionando-as aos interesses coletivos.

Não se pode negar o esforço que vem sendo feito pelo sistema nacional de Visa, nas esferas nacional, estadual e municipal, no sentido de mudar o foco do processo de trabalho sobre objetos a serem inspecionados e fiscalizados (produtos, serviços de interesse da saúde, ambientes de trabalho e tecnologias em saúde) para reconstruí-lo na perspectiva de fomentar a consciência cidadã e oferecer proteção e segurança à população.

A vigilância sanitária deve ser estruturada para atuar de forma integral, possibilitando o desenvolvimento de todas as ações que estão sob sua responsabilidade, de modo a contribuir para o desenvolvimento econômico, para a qualidade de vida da população e para o próprio SUS, no qual se insere. Para tanto, faz-se necessária a atualização de seu

Credenciamento de serviços

refere-se ao ato de atestar, via atendimento às conformidades ou às normas, se um dado serviço encontra-se adequado e seguro para ser ofertado ou credenciado pelo SUS, como, por exemplo, uma unidade de hemodiálise, um consultório médico, um laboratório de análise clínica etc.

instrumental técnico, normas, roteiros de inspeção, materiais e atividades educativas. Com isso em mãos, pode qualificar sua ação cidadã junto aos consumidores, aos produtores, fornecedores e compradores de insumos, aos produtos e serviços, **credenciamento e supervisão de serviços** (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007).

Verifica-se, portanto, uma enorme complexidade no processo de trabalho da Visa, que requer um conjunto amplo de conhecimentos e instrumentos para ação. Uma dessas ferramentas de trabalho é a norma sanitária, a qual permite o estabelecimento de padrões e parâmetros que balizem as áreas de sua atuação.

As áreas de atuação estão descritas na Lei n. 9.782, de 26 de janeiro de 1999, que define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

A Anvisa é responsável por criar normas e regulamentos e dar suporte para todas as atividades da área no Brasil. Nos estados e municípios, as Visas são responsáveis pelas atividades que são descentralizadas. Ou seja, quem faz as normas é a Anvisa, com a contribuição dos estados, mas quem executa as ações de inspeções é a vigilância sanitária do município (BRASIL, 2010c).

Segundo o Conass (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007), no âmbito de estados e municípios, as ações de proteção à saúde e controle sanitário referem-se a:

alimentos, inclusive bebidas, águas envasadas, seus insumos, suas embalagens, aditivos alimentares, limites de contaminantes orgânicos, resíduos de agrotóxicos e de medicamentos veterinários

órgãos, tecidos humanos e veterinários para uso em transplantes ou reconstituições

medicamentos de uso humano, suas substâncias ativas e demais insumos, processos e tecnologias

radioisótopos para uso diagnóstico *in vivo*, radiofármacos e produtos radioativos utilizados em diagnóstico e terapia

cosméticos, produtos de higiene pessoal e perfumes

cigarros, cigarilhas, charutos e qualquer outro produto fumígeno, derivado ou não do tabaco

saneantes destinados a higienização, desinfecção ou desinfestação em ambientes domiciliares, hospitalares e coletivos

quaisquer produtos que envolvam a possibilidade de risco à saúde, obtidos por engenharia genética, por outro procedimento ou ainda submetidos a fontes de radiação

conjuntos, reagentes e insumos destinados a diagnóstico

serviços voltados para a atenção ambulatorial, seja de rotina ou de emergência, os realizados em regime de internação, os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, bem como aqueles que impliquem a incorporação de novas tecnologias

equipamentos e materiais médico-hospitalares, odontológicos, hemoterápicos e de diagnóstico laboratorial e por imagem

serviços de interesse da saúde, como: creches, asilos para idosos, presídios, cemitérios, salões de beleza, cantinas e refeitórios escolares, academia de ginástica, clubes etc.

imunobiológicos e suas substâncias ativas, sangue e hemoderivados

instalações físicas, equipamentos, tecnologias, ambientes e procedimentos envolvidos em todas as fases de seus processos de produção dos bens e produtos submetidos a controle e fiscalização sanitária, incluindo a destinação dos respectivos resíduos

Fonte: Fiocruz Imagens, Wikimedia Commons e Free Images.

Já no âmbito específico da Agência Nacional de Vigilância Sanitária situam-se ações voltadas para:

- ✳ o controle sanitário de portos, aeroportos, fronteiras e recintos alfandegados;
- ✳ as ações afetas à área de relações internacionais;
- ✳ a promoção de estudos e manifestação sobre a concessão de patentes de produtos e processos farmacêuticos previamente à anuência do Instituto Nacional da Propriedade Industrial (INPI).

Todos os dois grupos de ações descritos (proteção à saúde e controle sanitário), sejam afetos aos estados e municípios ou à esfera federal, fazem o monitoramento de produtos pós-mercado, ou seja, no consumo, de regulação de mercado, dizendo como determinados produtos e serviços devem ser comercializados, normatizando a

comercialização de produtos e serviços de interesse da saúde e monitorando a propaganda.

Essas ações estão voltadas para intervir sobre o risco e minimizar as vulnerabilidades que envolvem todas as áreas de atuação da Visa e se materializam nos territórios. Para fazer a gestão desses riscos, faz-se necessário identificar os pontos críticos de controle, avaliar os riscos nesses pontos críticos e adotar medidas de controle visando à proteção dos riscos atuais e sua prevenção futura, tanto na dimensão individual quanto coletiva. Na avaliação do risco sanitário, utilizam-se as bases científicas para observar a existência de relações entre uma exposição (fator, causa, um perigo ou ameaça) e um desfecho (dano, doença).

Importante ressaltar que, no âmbito de ações e controle dos imunobiológicos, a Anvisa é apoiada pelo Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS), órgão responsável pelo controle de qualidade dos imunobiológicos oferecidos pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI).

Vista aérea do campus da Fundação Oswaldo Cruz, em Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), com destaque central para as instalações do Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS).

Fonte: Fundação Oswaldo Cruz.

Em 1978, o Decreto n. 82.201/1978 transferiu o Laboratório Central de Controle de Drogas, Medicamentos e Alimentos (LCCDMA) para a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), e, em 1981, o Ato da Presidência da Fiocruz 044/81– PR alterou o nome para Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS).

O controle de qualidade oficial dos imunobiológicos utilizados no Brasil se consolidou com a criação do Programa Nacional de Imunizações (PNI), em 1973. Esse programa tinha como objetivo a promoção do controle das principais doenças infectocontagiosas da época: sarampo, poliomielite, tuberculose, tétano, difteria e coqueluche.

O PNI incorporava, no seu documento de criação, a necessidade de aferição da qualidade dos antígenos para uso humano. Reconhecia-se, assim, a importância de o país contar com uma infraestrutura laboratorial capaz de avaliar os requisitos de qualidade dos imunobiológicos a serem aplicados na população.

Essa estrutura, nos dias de hoje, é o Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS), uma das unidades técnico-científicas da Fundação Oswaldo Cruz. ■

Esse controle de qualidade é parte da realização de uma farmacovigilância de vacinas e de outros imunobiológicos. Trata-se do processo de detecção, avaliação, compreensão, prevenção e comunicação de eventos adversos pós-imunização, ou qualquer outro problema relacionado com a vacina ou vacinação (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002).

A necessidade de se aprimorar o conhecimento sobre a relação benefício/risco de vacinas e outros imunobiológicos é fundamental para minimizar seus efeitos nocivos à população. Há que se considerar, também, a importância da integração das vigilâncias epidemiológica e sanitária, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para proteger e promover a saúde da população por meio da segurança dos produtos e serviços.

O dispositivo legal que estabelece essa integração é a Portaria Conjunta n. 92, de 9/10/2008 (BRASIL, 2008). Ela dispõe sobre o estabelecimento de mecanismo de articulação entre a Anvisa, por meio da Gerência de Farmacovigilância (Nuvig), a Secretaria de Vigilância em Saúde, por meio da Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações (CGPNI), e o Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz (INCQS/Fiocruz) sobre farmacovigilância de vacinas e outros imunobiológicos, no âmbito do SUS.

A Portaria Conjunta n. 92, de 9/10/2008, criou, também, o Comitê Interinstitucional de Farmacovigilância de Vacinas e outros Imunobiológicos (Cifavi), que tem por finalidade apoiar a CGPNI/Devep/SVS e a Gerência de Farmacovigilância (Nuvig) da Anvisa, em especial os Núcleos de Vigilância de Eventos Adversos Pós-Vacinação, com caráter consultivo sobre aspectos técnicos e científicos, tendo em vista, particularmente, a Vigilância Epidemiológica de Eventos Adversos Pós-Vacinação (BRASIL, 2008).

Vigilância em saúde ambiental: monitoramento de fatores ambientais e da vulnerabilidade do lugar

A vigilância em saúde ambiental é um dos componentes da vigilância em saúde. Consiste em um conjunto de ações que detecta mudanças nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana. Sua finalidade é identificar medidas de prevenção e controle dos fatores de riscos ambientais relacionados às doenças ou a outros agravos à saúde.

Essas ações são necessárias devido aos evidentes sinais de deterioração do ambiente, em escala planetária. A degradação progressiva dos ecossistemas, a contaminação crescente da atmosfera, solo e água, bem como o aquecimento global são exemplos dos impactos das atividades humanas sobre o ambiente. Esses problemas são exacerbados em situações em que se acumulam fontes de riscos advindas de processos produtivos, como (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2011):

- * a disposição inadequada de resíduos industriais;
- * a contaminação de mananciais de água; e
- * as péssimas condições de trabalho e moradia.

Foto: Vinícius Marinho.

Queima de vegetação próxima a um lago. A destruição de vegetações e ecossistemas tem grande impacto no meio ambiente. Um artigo publicado na revista *Science*, em 2009 (BOWMAN et al., 2009) estima que as queimadas contribuam significativamente para o aquecimento global do planeta, na medida em que emitem grandes quantidades de dióxido de carbono e fuligem.

Fonte: Fundação Oswaldo Cruz.

O decreto que institui a SVS foi publicado em 2003, mas sua estruturação de fato só ocorreu no ano seguinte, em 2004.

Em 2003, por meio do Decreto n. 4.726 (BRASIL, 2003a), ocorreu a reestruturação do Ministério da Saúde (MS) e a criação da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), que passa a ter como uma de suas competências a gestão do Subsistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental (SinvsA). Essa gestão é compartilhada com os estados, municípios e o Distrito Federal, em articulação com fóruns intra e intersetoriais e o controle social.

Assim, a área de saúde ambiental é incorporada ao MS para atuar de forma integrada com as vigilâncias sanitária, epidemiológica e do trabalhador, no âmbito da SVS. Dentre os principais objetivos da vigilância em saúde ambiental, destacam-se a

produção e a interpretação de informações, visando disponibilizar ao SUS instrumentos para o planejamento e a execução de ações relativas às atividades de promoção da saúde e de prevenção e controle de agravos relacionados a fatores ambientais (ROHLFS et al., 2011).

Em 2005, houve uma atualização das competências da vigilância em saúde ambiental (BRASIL, 2005b) em que foram definidas as áreas de atuação do SinvsA:

- água para consumo humano;
- ar;
- solo;
- contaminantes ambientais e substâncias químicas;

- desastres naturais;
- acidentes com produtos perigosos;
- fatores físicos;
- ambiente de trabalho.

Incluíram-se, também, algumas medidas de vigilância epidemiológica das doenças e agravos decorrentes da exposição humana a agrotóxicos, benzeno, chumbo, amianto e mercúrio (ROHLFS et al., 2011). ■

Para melhor operacionalizar as ações do Sinvsa, a Coordenação Geral em Vigilância Ambiental (CGVAM), em consonância com os objetivos da vigilância em saúde ambiental, passou por uma reestruturação e hoje opera com as seguintes áreas técnicas:

- * Vigilância da qualidade da água para consumo humano – Vigiagua;
- * Vigilância em saúde de populações expostas a contaminantes químicos – Vigipeq;
- * Vigilância em saúde ambiental dos riscos associados aos desastres – Vigidesastres.

Vigilância em saúde do trabalhador: avaliação do processo de trabalho, da saúde do trabalhador e dos ambientes laborais

A vigilância em saúde do trabalhador (VST) vem sendo construída no interior do SUS com a mesma direção do movimento que constituiu esse sistema. Ela está explícita na Lei n. 8.080/90, em diversas experiências desenvolvidas por programas, centros de referência, serviços, núcleos ou coordenações em estados e municípios. Essas experiências possuem diferentes graus de organização, competências, atribuições, recursos e práticas de atuação. Desse modo, a VST se constitui como objeto integrador das ações de saúde pública, por seu potencial articulador das ações de vigilância sanitária, de vigilância epidemiológica e de serviços de saúde: as três grandes áreas de atuação do setor saúde.

A história da saúde do trabalhador se inicia com a medicina do trabalho como especialidade médica, que surgiu na Inglaterra, na primeira metade do século XIX, com a Revolução Industrial. Nessa época, o consumo da força de trabalho, resultante da exploração dos trabalhadores pelo processo rápido e desumano da produção, exigia uma intervenção na saúde do trabalhador, sob pena de tornar inviável a sobrevivência e reprodução do próprio processo.

Repare que o foco da medicina do trabalho naquela época não era a saúde do trabalhador como um direito humano. Era, sim, a manutenção do processo produtivo gerador de benefícios para os donos dos meios de produção e para um sistema em consolidação (capitalismo).

A saúde do trabalhador rompe com a concepção da saúde ocupacional, que se preocupava com os riscos dos postos de trabalho para avaliar os danos que o trabalhador poderia sofrer e os prejuízos ao empregador, quando aquele se acidentava. Tenta superar o enfoque que situa e reduz sua determinação no social exclusivamente ao processo produtivo, sobretudo desconsiderando a subjetividade do trabalhador – o que ele pensa e sente, como vive e se relaciona em sua vida particular e no trabalho. Nessa perspectiva, considera o trabalho, organizador da vida social, o espaço de dominação e submissão do trabalhador pelo capital, mas, igualmente, de resistência, de constituição e do fazer histórico.

A vigilância em saúde do trabalhador, como parte das ações de saúde pública, atua fortemente junto ao espaço do trabalhador, buscando oferecer uma rede de cuidado e de atenção à saúde. Já do lado patronal, as diretorias regionais do trabalho (DRT) atuam no sentido de ordenar e regular as ações desenvolvidas pelas empresas, na tentativa de assegurar ao trabalhador o direito à saúde e ao ambiente de trabalho saudável. E, em último caso, a remediação do dano. Para isso, as DRTs estabelecem normas e, em caso de não cumprimento destas, sanções.

Foto: Peter Illiciev.

Equipamentos de proteção individual adequados à função realizada pelo trabalhador são exemplos de elementos fundamentais à sua saúde e objeto de observação pelas DRTs.

Fonte: Fiocruz Imagens.

O Ministério da Saúde estabelece um conjunto de diretrizes dentro do Plano Nacional de Ação em Saúde do Trabalhador, pactuado nas três esferas de gestão do SUS. Tal plano sistematiza as ações desse campo – assistência, vigilância, informação, produção de conhecimento, atividades educativas e controle social. Todas essas ações podem ser realizadas na atenção básica, inclusive aquelas de promoção da saúde que oferecem bases para que o trabalhador se proteja e possa ter mais saúde.

Para cumprir o plano, é necessária a integração das vigilâncias a outras ações de saúde: a assistência aos agravos, a vigilância dos ambientes e das condições de trabalho (vigilância sanitária), da situação de saúde dos trabalhadores (vigilância epidemiológica) e da situação ambiental (vigilância ambiental). Além disso, são necessárias a produção, a coleta, a sistematização, a análise e a divulgação das informações de saúde, a produção de conhecimento e as atividades educativas, todas elas desenvolvidas sob o controle da sociedade organizada.

Para refletir

As vigilâncias em saúde estão integradas à prática do técnico de rede de frio de imunobiológicos? Em caso positivo, o que essa integração favorece? Se não estão integradas, o que você sugere para promover a articulação desejada?

Os conceitos de risco e vulnerabilidade para a vigilância em saúde

Risco e vulnerabilidade são dois conceitos importantes e centrais para a vigilância em saúde. Eles vão qualificar e quantificar as condições dos territórios, ou dos contextos de produção da saúde-doença, que podem interferir em maior ou menor grau na saúde dos indivíduos e na população. Vamos, agora, entender como essas duas condições são definidas e incorporadas nas práticas de saúde.

■ Mas, o que é mesmo que chamamos de risco?

Risco é uma noção muito recente e eminentemente moderna. O uso da palavra se inicia por volta do século XIV, ganhando conotação de perigo, mas é apenas no século XVI que ele se consolida com essa denominação associada às Grandes Navegações, quando alguns países do Velho Mundo (Europa) cruzavam o oceano Atlântico para conquistar novos continentes, em especial, o africano e as Américas.

Dizia-se que o Atlântico era um mar “tenebroso”, com rochedos submersos que rasgavam o casco das embarcações, fazendo-as naufragar, ameaçando a vida de seus tripulantes. Para dar sentido a esse rasgo, passou a ser usada a palavra risco, cuja origem deriva tanto do baixo latim – verbo *resicare* (*risicu*, *riscu*) com o significado de cortar – quanto do espanhol – risco, para denotar fatalidade, sorte, azar.

Nos séculos XV, XVI e XVII a palavra risco foi ampliando seu significado e uso para, também, referir “a possibilidade de ocorrência de eventos que estavam por vir, e o futuro passava a ser pensado como passível de controle” (SPINK, 2001, p. 1279). Por isso, talvez a palavra risco, na atualidade, seja utilizada mais como possibilidade de ocorrência do que como evidência imediata. Comumente, define-se risco como um perigo potencial.

Risco é a probabilidade de ocorrência de uma doença, um agravo, um óbito ou uma condição relacionada à saúde (incluindo cura, recuperação ou melhora) em uma população ou grupo, durante um período de tempo determinado (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2002).

Para a moderna epidemiologia, por seu caráter fortemente observacional, o conceito de risco é fundamental e traz consigo outro conceito correlato – **fator de risco**. Ambos foram cruciais para o desenvolvimento da epidemiologia das doenças não transmissíveis.

Profissionais de saúde representam um grupo de risco ou são mais vulneráveis a algumas doenças, por exemplo, doenças respiratórias agudas como o sarampo, a *influenza*, por estarem permanentemente em contato com pacientes potencialmente transmissores desses vírus.

Profissionais de saúde também são considerados grupo de risco ou são mais vulneráveis para doenças de transmissão por sangue e hemoderivados, tais como hepatite B e C, HIV, devido aos frequentes acidentes ocupacionais por material biológico.

Um **fator de risco** (ou fator de exposição) pode ser definido como o **atributo** de um grupo da população que apresenta maior incidência (casos novos) de uma doença ou um agravo à saúde, em comparação com outros grupos definidos pela ausência ou menor exposição a tal característica. Ao fator de exposição, cujo efeito é prevenível, denomina-se **fator de risco propriamente dito**, e esses fatores podem ser controlados por intervenção clínica ou epidemiológica. Sedentarismo, obesidade, fumo, hipertensão arterial, colesterol alto, por exemplo, são alguns fatores de risco para doença coronariana. Eles são preveníveis pela prática de atividade física, dieta balanceada, controle da quantidade de sal ingerido etc.

Outro termo utilizado é **grupo de risco**, definido como um grupo populacional exposto a um dado fator de risco ou identificado por um marcador de risco. No entanto, essa nomenclatura vem sendo criticada, pois efetua uma segregação de pessoas e grupos, ou seja, separa as pessoas e cria um estigma em relação a elas – as exclui, as vê como diferentes. Por isso, atualmente, os epidemiologistas que trabalham com a noção de risco acrescentam a ele a noção de vulnerabilidade, pois esta relativiza o peso do conceito de risco.

A **vulnerabilidade** no contexto dos problemas de saúde está associada a diferentes dimensões – biológica, social, econômica e política –, que, isoladas ou em interação, podem potencializar o risco. Está sempre relacionada:

* ao contexto do indivíduo – produtor de maior ou menor suscetibilidade ao adoecimento;

* ao contexto coletivo – que define a maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para a proteção das pessoas contra as enfermidades.

Ao se avaliar a vulnerabilidade, é importante considerar as três condições que a constituem: individual, social e programática.

Condições de vulnerabilidade

- **Individual:** o grau e a qualidade da informação que cada indivíduo dispõe sobre uma doença ou um processo que pode o expor a risco; capacidade de elaboração dessas informações e de aplicá-las em sua vida cotidiana.
- **Social:** o conjunto de fatores sociais que determinam o acesso a informações, serviços, bens culturais; as restrições ao exercício da cidadania; a exposição à violência; o grau de prioridade política ou de investimentos dados à saúde; e condições de moradia, educação e trabalho.
- **Programática:** ações que o poder público, a iniciativa privada e as organizações da sociedade civil realizam, ou não, na perspectiva de diminuir as chances de ocorrência das doenças, assim como se refere ao grau e à qualidade de compromisso das instituições, dos recursos, da gerência e do monitoramento dos programas nos diferentes níveis de atenção (AYRES, 1999).

Por não ser objetivo deste capítulo aprofundar a discussão de risco, sugerimos, caso queira saber mais sobre o assunto, a leitura do texto “Do conceito de risco ao da precaução: entre determinismos e incertezas”, de Grácia Maria de Miranda Gondim (2007), no livro *O território e o processo saúde-doença*, organizado por Angélica Ferreira Fonseca e Ana Maria D’Andrea Corbo, 2007; também disponível em: <http://goo.gl/eyUGpw>.

Compreender as vulnerabilidades de cada pessoa ou do ambiente significa buscar conhecer as condições que podem deixá-la em situação de fragilidade e expô-la ao adoecimento (AYRES, 1999). Essa abordagem está intimamente ligada à discussão dos determinantes sociais da saúde, pois seriam dimensões dos determinantes que, dependendo da situação de exposição, tornariam a pessoa, o grupo ou o ambiente mais vulnerável ao risco de adoecer.

A vulnerabilidade amplia as possibilidades das ações em saúde, produzindo reflexões de toda ordem, que podem subsidiar desde ações focais até a formulação de políticas pautadas nos problemas e nas necessidades de saúde individual e coletiva.

Concluindo nossa reflexão, que agrega a noção de risco à de vulnerabilidade, podemos afirmar que:

Risco = perigo ou ameaça + vulnerabilidade (dos indivíduos e do lugar)

Fonte: Gondim (2007).

Os determinantes sociais da saúde: olhando os riscos nos contextos de vida

Destacamos, neste item, a estreita relação entre os determinantes sociais da saúde no âmbito da vigilância em saúde, por sua contribuição para o entendimento dos riscos e das vulnerabilidades relacionados a pessoas e grupos e aos que se materializam nos territórios.

Na busca da discussão sobre risco e fatores de risco, trouxemos à tona o **modelo de produção social da saúde**. Esse modelo, como vimos, articula diferentes dimensões da vida em um processo permanente de interação e no qual estão contemplados aspectos históricos, econômicos, sociais, culturais, biológicos, ambientais e psicológicos, que explicitam as formas de viver de uma população em uma realidade sanitária.

A discussão sobre determinantes sociais da saúde (DSS) teve início nos anos 1970-1980. Surgiram reflexões teóricas consistentes no campo da saúde coletiva sobre o processo saúde-doença, após terem sido verificadas limitações nas intervenções de saúde orientadas apenas pela análise de risco e sobre as doenças e os doentes. Naquele momento, concluiu-se que, para compreender a saúde, a doença e o cuidado e atuar de forma efetiva sobre eles, é fundamental: (i) efetuar estudos e pesquisas sobre o perfil de “populações em territórios específicos”; e (ii) formular/efetivar políticas sociais voltadas para essas populações em seus contextos de vida (GONDIM, 2011).

A incorporação dos DSS na análise de saúde ocorreu em um momento de crise da saúde pública, quando aspectos sociais da saúde foram relegados em detrimento das dimensões técnicas, tanto em nível das inovações e tecnologia como no do planejamento e da organização da atenção em saúde, ou da assistência médica.

No bojo desse movimento, verificou-se que a assistência médica e seus dispositivos de dominação-regulação (hospitais, medicamentos e pessoal médico) não seriam suficientes para manter a saúde das pessoas. Existiriam outras formas de cuidado que podiam auxiliar os indivíduos e grupos a se manterem saudáveis, diferentemente daqueles que os auxiliariam individualmente a obter saúde quando estivessem doentes (BREILH, 2006; BUSS, 2000).

Destacaram-se, então, os movimentos voltados para a **promoção da saúde**. Estes deviam ser buscados no âmbito local das comunidades (territórios), acionados ou estimulados no interior dos grupos sociais e junto aos indivíduos como possibilidade de desenvolver habilidades

Promoção da saúde, lembrando o que foi abordado no Capítulo 2 sobre políticas de saúde no Brasil, é o “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle desse processo” (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1986).

individuais e coletivas e propiciar a construção de ambientes favoráveis à saúde (GONDIM, 2011).

Entende-se, nessa discussão, que o processo saúde-doença em populações decorre das desigualdades e das **iniquidades em saúde**. As iniquidades estão diretamente relacionadas às desigualdades sociais que encontramos em uma população, à exclusão social e à segregação espacial de determinados grupos. Segundo Buss e Pellegrini Filho (2007), os determinantes sociais de saúde e os determinantes sociais das iniquidades na saúde não são correspondentes. No entanto, existe alguma confusão na utilização e interpretação do termo. Os termos diferenciais de saúde e desigualdades em saúde, muitas vezes, são usados como sinônimos, o mesmo ocorrendo entre os termos desigualdade e iniquidade (BARATA, 2001).

Iniquidades em saúde referem-se “a diferenças desnecessárias e evitáveis e que são ao mesmo tempo consideradas injustas e indesejáveis. O termo iniquidade tem, assim, uma dimensão ética e social” (WHITEHEAD, 1992).

Se partirmos do conceito de igualdade, que significa a divisão de igual quantidade de bens ou de saúde para cada pessoa, vemos que o conceito de desigualdade traz a ideia de uma repartição desigual, produzida pelo próprio processo social. Essa concepção revela a percepção de que o acesso a bens e serviços e a um dado nível de saúde está determinado pela posição que os indivíduos ocupam na organização social.

Do mesmo modo, se tomamos o conceito de equidade a partir da ideia de necessidade, e se sabemos que as pessoas possuem necessidades desiguais, a simples partilha igualitária dos recursos não atenderia, obrigatoriamente, a essas necessidades. Assim, não atender às necessidades é visto como algo injusto ou uma iniquidade.

O que realçamos nesses conceitos é que a existência de distribuição desigual de bens e serviços gera acessos desiguais de pessoas e grupos e, do mesmo modo, as necessidades de cada pessoa e grupo também são diferentes. Por isso, para atender de forma justa e equânime a população, será preciso compreender como as pessoas vivem, trabalham, se divertem, têm acesso a bens e serviços, inclusive de saúde, e o que desejam para melhorar sua qualidade de vida nos territórios onde habitam. Desse modo, será mais factível buscar soluções para diminuir as desigualdades sociais e as iniquidades em saúde, podendo se exercitar mais justiça social e propiciar mais alcance aos direitos de cidadania.

Pode-se intervir com políticas sobre os determinantes sociais de saúde e elevar os níveis médios de saúde de um país sem alterar a discrepância de saúde entre grupos sociais – entre incluídos e excluídos.

Alguns fatores e processos sociais incidem sobre a saúde, e podem contribuir, significativamente, para criar assimetrias de saúde entre os diferentes grupos sociais. Dessa forma, não é errado afirmar que condições econômicas e sociais desiguais podem limitar a capacidade de saúde de algumas pessoas exercerem sua liberdade com plenitude.

Aqui, a saúde assume posição de prioridade e de bem especial. Ela é, ao mesmo tempo, parte constituinte direta do bem-estar dos indivíduos e dos grupos e permite que esses atuem a bom termo como agentes.

É fundamental que a sociedade (incluindo o Estado) ofereça oportunidades iguais a todos, de modo que possam realizar escolhas livres para obterem mais saúde (COMMISSION ON SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH, 2005).

A importância do estudo dos DSS e a sua repercussão no processo saúde-doença-cuidado de indivíduos e grupos sociais vão permitir ao Estado identificar, nos territórios, onde e como devem ser feitas as intervenções para redução das iniquidades de saúde. Essa estratégia analítica e operacional permite intervir com ações apropriadas sobre situações mais sensíveis e mensurar o alcance das mudanças (impactos) no estado de saúde de cada território-população.

Por não ser objetivo deste capítulo aprofundar a discussão sobre determinantes sociais da saúde (DSS), sugerimos, caso queira saber mais sobre o assunto, acessar o site: <http://dssbr.org/site/>.

Para Buss e Pellegrini Filho (2007), países com frágeis laços de coesão social, decorrentes das iniquidades de renda, são os que menos investem em capital humano e em redes de apoio social, fundamentais para a promoção e proteção da saúde individual e coletiva. Por outro lado, Buss também demonstra por que não são as sociedades mais ricas as que possuem melhores níveis de saúde, mas as que são mais igualitárias e com alta coesão social.

Considerações finais

Em um cenário de fragilização social, como no caso dos países em desenvolvimento, os sistemas de saúde com função de “vigiar” – como observação permanente das condições de vida e da situação de saúde – devem fortalecer suas estruturas operacionais de vigilância. A vigilância possibilita enfrentar um conjunto de causas, riscos e danos decorrentes do modelo político-econômico desigual. Esse modelo gera uma gama de desigualdades em saúde, as quais devem ser enfrentadas de forma intersetorial e de modo contínuo, incluindo a participação da população como estratégia de empoderamento (*empowerment*), seja da comunidade seja dos sistemas locais de saúde.

Referências

ALMEIDA FILHO, N.; ROUQUAYROL, M. Z. *Introdução à epidemiologia*. 3. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2002.

AYRES, J. R. et al. Vulnerabilidade e prevenção em tempo de AIDS. In: PARKER, R. et al. *Sexualidade pelo avesso: direitos, identidades e poder*. São Paulo: Ed. 34, 1999.

BOWMAN, D. M. J. S. et al. Fire in the earth system. *Science*, n. 324, p. 481, 2009.

BRASIL. Decreto n. 4.726, de 9 de junho de 2003. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 17 mar. 2003a.

BRASIL. Lei n. 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*, Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Guia de vigilância epidemiológica*. 7. ed. Brasília, DF, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 26 jan. 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 182, de 5 de maio de 2010. Institui o Comitê Técnico Assessor de Erradicação do Sarampo e Eliminação da Rubéola e da Síndrome da Rubéola Congênita. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 19 maio 2010a. Seção1, p. 46.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 410, de 10 de agosto de 2000. Aprova o regimento interno da Fundação Nacional de Saúde – FUNASA. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 18 ago. 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.498, de 19 de julho de 2013. Redefine o calendário nacional de vacinação. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 22 jul. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.120, de 1 de julho de 1998. A prova a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS. *Diário Oficial da União*, Brasília, n. 124, 2 jul. 1998. Seção 1, p. 36-38.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.252, de 22 de dezembro de 2009. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 23 dez. 2009b. Seção 1, p. 65.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório da verificação dos critérios de eliminação da transmissão dos vírus endêmicos do sarampo e rubéola e da síndrome da rubéola congênita (SRC) no Brasil*. Brasília, DF, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Técnico em vigilância em saúde: diretrizes e orientações para a formação*. Brasília, DF, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Curso básico de vigilância epidemiológica*. Brasília, DF, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Instrução normativa n. 1, de 7 de março de 2005. Regulamenta a Portaria n. 1.172/2004/GM, no que se refere às competências da União, estados, municípios e Distrito Federal na área de vigilância em saúde ambiental. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 8 mar. 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria Conjunta n. 92, de 9 de outubro de 2008. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 10 out. 2008. Seção 1, p. 112.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde. *Programa Nacional de Imunizações 30 anos*. Brasília, DF, 2003b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Manual dos centros de referência para imunobiológicos especiais*. Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Diretrizes nacionais da vigilância em saúde*. Brasília, DF, 2010c.

BARATA, R. B. Iniquidade e saúde: a determinação social do processo saúde-doença. *Revista USP*, São Paulo, n. 51, p. 138-145, set./nov. 2001.

BOCCATTO, M. *Vigilância em saúde*. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde, 2011.

BREILH, J. *Epidemiologia crítica: ciência emancipatória e interculturalidade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: revista de saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CÂMARA, V. M. (Coord.). *Textos de epidemiologia para vigilância ambiental em saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde: Fundação Nacional de Saúde, 2002.

COMMISSION ON SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH. *A conceptual framework for action on social determinants of health*. Geneva, 2005. Disponível em: <www.determinantes.fiocruz.br>. Acesso em: 10 fev. 2014.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1., 1986, Ottawa. *Carta de Ottawa*. Ottawa, 1986.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). *Vigilância em saúde*. Brasília, DF, 2007.

COSTA, E. A. *Vigilância sanitária: proteção e defesa da saúde*. São Paulo: Hucitec: Sobravime, 1999.

DIRETRIZES brasileiras de hipertensão arterial. 5. ed. São Paulo: Sociedade Brasileira de Cardiologia: Sociedade Brasileira de Hipertensão: Sociedade Brasileira de Nefrologia, 2006.

FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). *Manual de normas de vacinação*. 3. ed. Brasília, DF, 2001.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). *Manual de procedimentos para vacinação*. 4. ed. rev. atual. e ampl. Brasília, DF, 2001.

GONDIM, G. M. M. Do conceito de risco ao da precaução: entre determinismos e incertezas. In: FONSECA, Angélica Ferreira; CORBO, Ana Maria D'Andrea (Org.). *O território e o processo saúde-doença*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz, 2007. cap. 3.

GONDIM, G. M. M. *Territórios da atenção básica: múltiplos, singulares ou inexistentes?* 2011. Tese (Doutorado em Ciências em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fiocruz, 2011.

GONDIM, G. M. M. et al. O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. In: MIRANDA, Ary Carvalho de et al. (Org.). *Território, ambiente e saúde*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008. p. 237-255.

GONDIM, G. M. M.; MONKEN, M. Territorialização em Saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Julio César França. *Dicionário de educação profissional em saúde*. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz, 2008. p. 392-399.

GORDIS, L. *Epidemiologia*. Rio de Janeiro: Revinter, 2010.

GORDIS, L. *Epidemiology*. 4th. [S.l.]: Saunders Elsevier, 2009.

LANGMUIR, A. D. *New England Journal of Medicine*, v. 268, p. 182-191, 1963.

MEDRONHO, R. A. *Epidemiologia*. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2009.

MATTOS, R. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado em saúde*. 4. ed. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS/Uerj/Abrasco, 2005.

MENDES, E. V. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1996.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 898-906, maio/jun. 2005.

MONKEN, M.; BATISTELLA, C. E. C. Vigilância em saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Julio César França. *Dicionário de educação profissional em saúde*. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz, 2008. p. 471-478.

MORAES, E. N. *Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais*. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação*. Brasília, DF, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Implementação da declaração de Libreville sobre saúde e ambiente em África*: compromisso de Luanda, Luanda, 26 de novembro de 2010. Brazzaville, 2011. Disponível em: <http://www.afro.who.int/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=7859&Itemid=2593>. Acesso em: 17 set. 2016.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. *Plan de acción para la documentación y verificación de la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en la Región de las Américas*. Washington, DC, 2011.

PREVOTS, D. R. et al. Interruption of measles transmission in Brazil, 2000-2001. *Journal of Infectious Diseases*, v. 187, p. S111-120, 2003. Supl. 1.

ROHLFS, D. B. et al. A construção da vigilância em saúde ambiental no Brasil. *Cadernos de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 391-398, 2011.

ROSEN, G. *Uma história da saúde pública*. São Paulo: Hucitec: Unesp; Rio de Janeiro: Abrasco, 1994.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia & saúde*. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

ROUQUAYROL, M. Z.; SILVA, M. G. C. *Epidemiologia & saúde*. 7. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2013.

ROZENFELD, S. (Org.). *Fundamentos da vigilância sanitária*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

SANTOS, A. L. *A comunidade do mangue do bairro Vila Velha, Fortaleza/CE: o território e o cotidiano vivido a partir da perspectiva dos moradores e dos profissionais do Programa de Saúde da Família (PSF)*. 2008. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2008.

SANTOS, A. L.; RIGOTTO, R. M. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na Atenção Básica à Saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 387-406, nov. 2010/fev. 2011.

SANTOS, Milton; SILVEIRA, Maria Laura. *O Brasil: território e sociedade no início do século XXI*. Rio de Janeiro: Record, 2001.

SCLIAR, M. *Do mágico ao social: trajetória da saúde pública*. São Paulo: Ed. Senac São Paulo, 2002.

SOUZA, M. F.; HAMANN, E. M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, p. 1325-1335, set./out. 2009.

SPINK, M. J. P. Trópicos do discurso sobre risco: risco-aventura como metáfora na modernidade tardia. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 6, nov./dez. 2001.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBÔAS, A. L. SUS: modelos assistenciais e vigilância em saúde. *Informe Epidemiológico do SUS*, Brasília, DF, v. 7, n. 2, abr./jun. 1998.

THACKER, S. B.; BERKELMAN, R. L. Public health surveillance in the United States. *Epidemiologic Review*, v. 10, p. 164-190, 1988.

THACKER, S. B.; BIRKHEAD, G. S. Surveillance. In: GREGG, M. B. (Ed.). *Field epidemiology*. 3rd. ed. New York: Oxford University Press, 2008. Cap. 3.

TONI, J. de; KLARMAN, H. Regionalização e planejamento: reflexões metodológicas e gerenciais sobre a experiência gaúcha. *Ensaio FEE*, Porto Alegre, v. 23, p. 517-538, 2002. Número especial.

WALDMAN, E. A. *Vigilância em saúde pública*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/Universidade de São Paulo, 1998. v. 7.

WHITEHEAD, M. The concepts and principles of equity and health. *International Journal of Health Services*, v. 22, n. 3, p. 429-445, 1992.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Definition and diagnosis of diabetes mellitus and intermediate hyperglycemia*: report of a WHO/IDF consultation. Geneva, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The Uppsala Monitoring Centre. *The importance of Pharmacovigilance*: safety monitoring of medicinal products. Geneva, 2002.