

UNIVERSIDADE TIRADENTES

TARCISIO SUED LESSA LOPES DE OLIVEIRA

A INSERÇÃO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA NO SUS

Aracaju

2011

TARCISIO SUED LESSA LOPES DE OLIVEIRA

A INSERÇÃO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA NO SUS

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Universidade Tiradentes como
um dos pré-requisitos para a obtenção do grau
de bacharel em Odontologia.

Orientadora:

Prof^a. MSc. Simone Alves Garcez Guedes

Aracaju

2011

TARCISIO SUED LESSA LOPES DE OLIVEIRA

A INSERÇÃO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA NO SUS

Trabalho de conclusão de curso
apresentada à Universidade Tiradentes
como pré-requisito para obtenção do
grau de bacharel em Odontologia.

Aprovada em: ____/____/____.

Banca examinadora

Prof^a. MsC.Simone Alves Garcez Guedes

Orientador

Prof. Msc. Cristiane Costa da Cunha Oliveira

1Examinador

Prof. Msc. Maria Auxiliadora Silva Pereira

2 Examinador

“Minha energia é o desafio, minha motivação é o impossível, e é por isso que eu preciso ser, à força e a esmo, inabalável”.

Augusto Branco.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus a minha família que sempre esteve presente me apoiando me dando força para que eu nunca desistisse a todos que compartilharam comigo nessa jornada de aprendizado e muitas alegrias à minha orientadora Simone Guedes e a todos os professores pela sua contribuição no processo de minha formação acadêmica.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	1
2 REVISÃO LITERÁRIA.....	1
2.1. Surgimento da Vigilância Sanitária	1
2.2. Vigilância Sanitária Inclusa no Sistema Único de Saúde.....	3
2.3. O SUS e suas responsabilidades e descentralização	4
3 SAÚDE COLETIVA.....	4
4 DISCUSSÃO.....	5
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	6
7 REFERÊNCIAS.....	7

Inserção da Vigilância Sanitária no SUS

Tarcisio Sued Lessa^a Simone Alves Garcez Guedes^b

(a) *Graduando em Odontologia – Universidade Tiradentes*

(b) *Ms. Professora do Curso de Odontologia – Universidade Tiradentes*

Resumo

O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma formulação política e organizacional para o reordenamento das ações e dos serviços de saúde estabelecidos pela Constituição Brasileira de 1988. Esse novo sistema é norteado pelos princípios da integralidade, igualdade, universalidade e equidade. É conferida à Vigilância Sanitária, vista como integrante das ações do SUS, uma conceituação abrangente: 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. Posteriormente buscou-se abordar os distintos níveis de atuação desta prática sanitária articulados às intervenções de promoção, proteção e recuperação, na lógica regionalizada e integralizada do Sistema Único de Saúde brasileiro. Nesse âmbito, trouxe para a Odontologia brasileira o grande desafio da sua prática para que os princípios sejam assegurados e colaborando para a melhora da saúde coletiva. O presente trabalho foi elaborado com base nas referências de vários autores, levando em consideração as mesmas, pôde-se perceber os avanços e progressos da vigilância sanitária em todo o seu processo de construção de identidade. O estudo tem por objetivo entender como a Vigilância Sanitária foi criada, como a mesma foi conceituada ao longo da história, e sua atual formação.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde, Vigilância Sanitária, Saúde Coletiva.

ABSTRACT

The Only System of Health (OSH) it is politics and organizational formulation for the redirection of the actions and the services of health established by the 1988 Brazilian constitution. This new system is guided by the principles of the integrity, equality, universality and equity. It is conferred to the Sanitary Monitoring, sight as part of the actions of the OSH, an including conceptualization: set of actions capable to eliminate, to reduce or to prevent risks to the health and to intervene in the deccurrent sanitary problems of the environment, the production and circulation of good and of the rendering of services of interest of the health. In the sequence, one searched to dimension the distinct levels of articulated performance of the practices sanitary to the interventions of promotions, protection and recovery, in the regional and integrated logic of the Only System of Brazilian Health and this scope brought for the Brazilian Odontology the great challenge of practical its so that the principles are assured and collaborating for the improvement of the collective health. This work was prepared on the basis of the references to several authors, taking into account the same may be noticed the advances and progress of the health surveillance in the whole process of their construction of identity. This work was prepared on the basis of the references to several authors, taking into account the same may be noticed the advances and progress of the health surveillance in the whole process of their construction of identity.

Key- Words: Health Care System, Health Surveillance, Collective Health.

1. Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma formulação política e organizacional para o reordenamento das ações e dos serviços de saúde estabelecidos pela Constituição Brasileira de 1988. Sistema Único porque ele segue a mesma doutrina e os mesmos princípios organizativos em todo o território nacional, sob a responsabilidade das três esferas autônomas de governo: federal, estadual e municipal. Assim, o SUS não é um serviço ou uma instituição, mas um sistema que significa um conjunto de unidades, serviços e ações que interagem para um fim comum. Esses elementos integrantes do sistema referem-se, ao mesmo tempo, às atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1990a).

A criação do SUS com o objetivo principal de corrigir a prática “hospital dependente” que tanto desagradava a população (OLIVEIRA2005) e possibilitar um acesso mais democrática as ações e serviços de saúde (ARAUJO 2005). Esse novo sistema é norteado pelos princípios da integralidade, igualdade, universalidade e equidade (ANDRADE 2004) e trouxe para a Odontologia Brasileira o grande desafio de reformular a sua prática para que seus princípios sejam assegurados (OLIVEIRA 2005).

É conferida à Vigilância Sanitária, vista como integrante das ações do SUS, uma conceituação abrangente no texto da Lei nº. 8.080 de 1990: "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" (BRASIL, 1990).

O desafio de um programa nacional de vigilância da qualidade em saúde, nessa dimensão, consiste em desenvolver, padronizar e referendar os métodos indicadores e procedimentos necessários para captar a informação sobre essa realidade e intervir, a partir de informações assim obtida, nas orientações de políticas de saúde necessárias para a solução de problema da qualidade de vida (JOUVAL JR. & ROSEMBERG, 1992).

A Vigilância Sanitária além de fiscalizar e intervir, tem como objetivo fundamental a informação que previne e impede a disseminação de doenças infecto contagiosas.

2. Revisão Literária

2.1 Surgimentoda Vigilância Sanitária

O conceito de vigilância sanitária como um instrumento de saúde pública surgiu no final do século

XIX com o desenvolvimento da microbiologia e de saberes sobre a transmissão de doenças infecciosas, processando dados para subsidiar o emprego de medidas oportunas às pessoas observadas como uma alternativa à prática restritiva da quarentena. Esse conceito envolvia a manutenção do alerta responsável e a observação dos contatos de pacientes das pestilências; seu propósito fundamental era detectar doentes já em seus primeiros sintomas para a rápida instituição de isolamento. Em nosso país, os termos inicialmente utilizados com esse significado foram vigilância medica e, posteriormente, sanitária; esta por sua vez, constituída em vigiar os comunicantes durante o período de incubação da enfermidade a partir da data do ultimo contato com um doente ou do momento em que o comunicante abandonou o local em que se encontrava a fonte de infecção(WALDMAN,1998).

No século XX, houve a expansão do conceito de vigilância e ao desenvolvimento de diferentes sistemas com métodos de coleta, análise e difusão de dados diversificados e somente a partir dos anos cinquenta houve uma modificação desse conceito, que passava a ter um sentido mais abrangente: o de acompanhamento sistemático da incidência e distribuição das doenças por meio da consolidação e avaliação dos registros de morbi-mortalidade como de outros dados relevantes para a saúde pública, cabendo a vigilância disseminar regularmente as informações a todos que fossem necessários.

Na 21ª Assembleia da OMS de 1968, a vigilância passou a ser concebida como uma função essencial em saúde pública, sendo definida de forma mais ampla sem uma distinção precisa entre a vigilância e a pesquisa científica: o estudo epidemiológico das doenças entendidas como um processo que envolvia a ecologia do agente etiológico, o hospedeiro, o reservatório e os vetores, e também os complexos mecanismos de disseminação e extensão das infecções propagadas. A partir daí que surgiu aqui no Brasil o conceito de vigilância no controle de doenças transmissíveis, ficando a vigilância sanitária mais restrita ao conjunto de ações nas áreas de portos e fronteiras e passando a incluir, a partir dos anos setenta, o controle sanitário de produtos e serviços de interesse à saúde da sociedade(COSTA2000).

Nos anos oitenta, a vigilância passou a ser definida como a coleta, análise e interpretação dos dados acerca dos agravos específicos de saúde que afetam a população, estando integrada com a rápida disseminação para todos os responsáveis pela prevenção e controle dos mesmos (COSTA, 1998; THACCKER,2002).

Costa (2008) apresenta, de forma esquemática, a “nova vigilância sanitária”, em oposição à tradicional. O sujeito da ação deixa de ser o fiscal para incorporar a equipe de saúde/vigilância sanitária, representante das distintas instâncias do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e da população organizada. O objeto de ação evolui de produtos e serviços para riscos, danos, necessidades sanitárias e determinantes do processo saúde/doença, cuidado e qualidade de vida. Os meios tradicionais de trabalho não são mais fundados em inspeção, fiscalização, *blitz*, e sim em tecnologias sanitárias ampliadas e tecnologias de comunicação social. As formas de organização dos processos de trabalho ultrapassam o gerenciamento por áreas (produtos, serviços) e atendimento à demanda espontânea. São mais integrais na medida em que promovem a integração setorial e ações intersetoriais orientadas por políticas públicas saudáveis.

A partir dos anos noventa, diante da crise do setor saúde em nosso país, o movimento sanitário não se limitou a elaborar propostas racionalizadoras como a de vigilância em saúde pública, propondo, sim, mudanças em direção à democratização das práticas de saúde na perspectiva do Sistema Único de Saúde(SUS). Isto implicou a própria reorganização das ações de vigilância epidemiológica e sanitária para a redução de riscos e danos das doenças, como a identificação dos determinantes da saúde coletiva e individual (TEIXEIRA, 1998).

O objeto problema de atuação da vigilância sempre vai depender da necessidade de cada indivíduo ou região em que vive, levando a necessidade de haver uma coleta de dados que vai além de notificar doenças e doentes, a de entender o modo de vida das pessoas e como o meio pode intervir na saúde.

A implementação desta prática sanitária implicaria, portanto, a recomposição dos meios de trabalho para a operacionalização desse objeto-real, a reestruturação das atividades dos seus agentes e sujeitos e a redefinição das relações técnicos=sociais das organizações de saúde sob as quais se realiza o processo de trabalho produtivo. Cada uma dessas modificações pode ser provocada pela identificação de novos problemas ou necessidades de saúde, como mediante a elaboração de conceituações distintas acerca do objeto dessas práticas (TEIXEIRA, 1998).

Por sua vez, um outro sujeito coletivo com a ideia central Modelo de promoção e prevenção enfatizou a importância do papel da vigilância sanitária na prevenção e promoção da saúde.

(LUCCHESI, 2006) afirma que a atividade de vigilância sanitária, além de fazer parte das competências do SUS, possui caráter prioritário por sua natureza essencialmente preventiva. Esse mesmo sujeito coletivo observou: "a vigilância sanitária

pressupõe uma proatividade, um olhar atento, que vai além da inspeção periódica de concessão de alvará ou autorização de funcionamento". Com efeito, é preciso avançar. A vigilância sanitária é, sem dúvida, muito maior do que sua atividade de execução, de verificação da conformidade e da não conformidade. É preciso priorizar a atividade de vigilância propriamente dita e, em conjunto com os demais componentes do SUS, trabalhar no desenvolvimento integral dessa atividade estratégica para que se possa assegurar qualidade de vida e bem-estar aos cidadãos.

O sujeito coletivo entende a vigilância sanitária com "uma norma de viver, de agir e trabalhar, de tornar as pessoas mais informadas no sentido de cuidar melhor das coisas que estão presentes no dia a dia". A I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária (Conavisa, 2001) já havia alertado para a necessidade de se promover ações de informação e comunicação visando à construção da consciência sanitária. Entretanto, o que se constata é que decorridos nove anos da realização dessa conferência, somente agora se iniciou, embora debilmente, a articulação com a população (TEIXEIRA E COSTA, 2008). Nesse sentido, Santos, citado por Lucchese (2006), propõe que o conhecimento científico aprenda com o senso comum e transforme-se em saber prático, em informações capazes de tornar compreensível à população o risco envolvido em cada situação, realizando, então, a citada "parceria para o bem-estar da população".

Esse modo tecnológico de intervenção seria então uma alternativa em defesa da saúde e melhoria das condições de vida, constituindo-se de fato numa estratégia de organização de um conjunto de políticas e práticas, que assumiriam configurações específicas conforme a situação de saúde das diferentes coletividades. Ao entender o problema como impedimento à plena realização dos modos de andar a vida, ou ainda uma ameaça concreta ao bem-estar social das pessoas, poderia ajudar a saúde, fortalecendo a emancipação dos sujeitos e intervindo sobre situações e não unicamente sobre riscos (PAIM, 2003).

A definição legal da vigilância sanitária formalizou uma vasta área de atuação na qual ela teria a responsabilidade de intervir sobre riscos e problemas sanitários que decorressem dos processos de produção e consumo de bens, da prestação de serviços de interesse de saúde, ou do ambiente. (Lei nº 8.080/90). Essa ampla definição, forjada no bojo das propostas reformistas da saúde, condiciona um arranjo institucional tido como diferente do de outros países, a vigilância sanitária da federação singular, por ter o município como ente federativo, apresentaria um modelo nacional peculiar.

A vigilância sanitária é um bem público, como caracterizado pelas ciências econômicas (DE SETA, 2007), visto que preenche os requisitos de indivisibilidade e de não rivalidade no consumo, que caracterizam esse tipo de bem. É também ação de Estado para intervir reduzindo riscos à saúde e buscando controlar a alta externalidade potencialmente negativa contida no seu campo de ação.

Sua capacidade de intervenção é assegurada mediante o poder de polícia administrativa no campo da saúde, sua face mais visível para a sociedade e que legitima socialmente. Seus modos de atuação compreendem atividades autorizativas (registros de produtos, licenciamento de estabelecimentos, autorização de funcionamento), normativas, de educação em saúde e de comunicação com a sociedade. As atividades normativas e autorizativas lhe conferem caráter regulatório, de regulação no campo da saúde, com forte repercussão econômica (O'DWYER, TAVARES, DE SETA, 2007).

2.2 A vigilância sanitária no Sistema Único de Saúde

Em suas origens, o que se denomina vigilância sanitária no Brasil constituiu a configuração mais antiga da Saúde Pública. Apesar disso, até recentemente, a vigilância sanitária permaneceu, no Brasil, por muito tempo esquecida como um componente do sistema de saúde. Sua face mais visível restringia-se a intensa produção normativa e à fiscalização de produtos e serviços, embora insuficientemente exercida. Contemporaneamente, no entanto, os saberes e práticas da área de vigilância sanitária vêm se tornando cada vez mais relevantes (COSTA, 2008).

É bom ressaltar que o SUS é uma política pública, fundamentada no Estado de Bem-Estar Social, que considera o direito à educação, à saúde, à previdência e à assistência social como conquista da cidadania; que tem como pressuposto a valorização da solidariedade e o reconhecimento da natureza social do ser humano; que legitima as lutas de todos por direitos individuais, coletivos e políticos, que modelem uma sociedade mais justa e fraterna (LUCCHESI, 2001)

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), primeira agência reguladora na área social do país, é responsável pela execução de um conjunto de atribuições no âmbito federal e coordenação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) – componente do Sistema Único de Saúde. Surgiu em 1999, no contexto da reforma gerencial do Estado brasileiro, cuja política foi expressa no Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (BRASIL, 1995). Este plano buscava a evolução do modelo burocrático

de administração, focados em padrões hierárquicos rígidos e no controle de processos para um modelo de administração gerencial, baseado na eficiência, controle de resultados e atendimento com qualidade ao cidadão (BARCA, 2006).

A Anvisa formalizou relação contratual com o Ministério da Saúde em agosto de 1999, tendo por objetivo fomentar e executar atividades de VISA e promover a proteção da Saúde da população. O clima, na época, era de profunda desconfiança, visto que o modelo de agência reguladora recebia críticas de segmentos sociais que identificavam nele uma forma de recentralização – portanto, retrocesso no processo de construção do SNVS, segundo a diretriz de descentralização do SUS (BRASIL, 1999).

Entretanto, mesmo após a reforma sanitária, as ações de vigilância sanitária eram norteadas por lógicas distintas, como analisaram De Seta e Silva: no que se refere à vigilância sanitária, os princípios e as diretrizes do SUS não integraram sua agenda de prioridades, e ela permaneceu à margem do processo político de negociação e pactuação no âmbito do setor saúde. Na prática, a VISA permaneceu como um espaço restrito e resguardado, pouco permeável à participação da comunidade, consolidando uma atuação na esfera federal que se pautava pela fragmentação das ações e pela prioridade atribuída ao campo da vigilância de produtos e, em menos grau, à área de portos, aeroportos e fronteiras (DE SETA, SILVA, 2006).

No que diz respeito às relações entre as esferas do governo, o Brasil caracteriza-se por um federalismo diferenciado pelas desigualdades sociais e regionais existentes, mas igualado pelos mecanismos de descentralização, pactuação e participação que geram novas capacidades locais (FLEURY, 2009).

2.3- O SUS e suas responsabilidades e descentralização

Historicamente, os componentes do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) têm atuado de forma centralizada, restando aos municípios a execução de ações de forma desarticulada. Esse sistema, recém-formulado na legislação, é composto pelas instâncias de vigilância sanitária nos níveis federal, estadual e municipal ligadas tanto ao Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais e Municipais quanto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), além de rede de laboratórios de saúde pública, que inclui o Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS) (BRASIL, 1999).

A descentralização na saúde é a expressão setorial de um movimento muito maior, e valores positivos foram e ainda são realçados na sua defesa. A

descentralização como municipalização propiciou a expansão da rede de serviços de atenção à saúde das pessoas, mas recebeu inúmeras críticas que abrangem da qualidade do processo aos efeitos da descentralização: caráter tutelado da descentralização; descentralização incompleta; municipalização autárquica; automização da rede de serviços; ineficiência e perdas de econômica de escala; pulverização dos recursos ou sua insuficiência (VIANNA, 1992; PESTANA, MENDES, 2004).

De acordo com Lucchese(2001), a organização do trabalho da vigilância sanitária ocorre dentro de um modelo que visaria à “coletivização da administração dos efeitos externos”, ou “externalidade”, decorrentes da produção e circulação de bens, pessoas e da prestação de serviços de interesse da saúde. Dessa forma, esta organização tem uma natureza sistêmica, de interdependência entre órgãos das administrações federal, estadual e municipais. Ela deve dar conta, por exemplo, de medicamentos e alimentos, instrumentos diagnósticos e terapêuticos, que são produzidos em um território local. Não há, entretanto, limite territorial para a circulação e consumo, o que obriga o aparato estatal a absorver as necessidades de controle e configurar modelos de organização de serviços, que representem as repartições de competências entre distintos âmbitos institucionais e espaços técnicos e políticos-administrativos dos entes federados. Vale ainda ressaltar que o controle sanitário é uma área de competência concorrente entre o setor da saúde e diversos outros setores de administração pública.

A partir dos Pactos da Saúde, em 2006, o Ministério da Saúde tenta substituir a estratégia de induzir decisões com base em incentivos financeiros para estados e municípios pela estratégia da negociação permanente entre gestores centrada no compromisso político (PAIM, TEIXEIRA, 2007). A estratégia indutora a partir de compromissos estabelecidos é mais consistente porque exige negociações e produção de pactos, só que em cenários de subfinanciamento a indução financeira tende a prevalecer.

A Norma Operacional de Assistência à Saúde (Noas) 2001 definiu, para os municípios habilitados em gestão plena da atenção básica ampliada, a transferência regular e automática dos recursos correspondentes ao financiamento do Elenco de Procedimentos Básicos e do incentivo ao VISA.

Uma questão que vem impactando a prática de VISA nos municípios e estados é a integração das vigilâncias sem os devidos investimentos setoriais necessários e sem discussão prévia em espaços adequados sobre as práticas nos diferentes serviços. Parece necessário delimitar os objetos da vigilância, bem como ampliar as concepções e práticas nelas

implicadas. Ainda que um grande esforço teórico se realize em todas elas e no campo da Saúde Coletiva como um todo, pode-se ver que ainda não se traduzem em resultados concretos na melhoria das condições de vida da população brasileira, de forma a cumprir os preceitos constitucionais (PEPE, DE SETA, 2007).

3- Saúde Coletiva

A Vigilância sanitária pode ser conhecida como campo de conhecimento técnico e científico que compreende ações com bases legais, capazes de diminuir, eliminar ou prevenir riscos ou problemas sanitários decorrentes da produção e circulação de mercadorias, de prestação de serviços e das intervenções sobre o meio ambiente, inclusive de trabalho, objetivando a proteção da saúde da população em geral, assim como das suas condições de reprodução e existência de vida. É parte integrante das ações de saúde coletiva, devendo ser desenvolvida em conjunto com ações voltadas ao controle de transmissão de doenças segundo a Secretaria de Estadode Saúdede São Paulo (1997)

A publicação do "Manual de odontologia sanitária" em 1960 por Mário Chaves marcou profundamente a teoria e a prática das intervenções de saúde pública no campo odontológico no país, influenciou várias gerações, e estendeu sua influência por toda a América Latina. Dois anos depois, a publicação da versão espanhola dessa obra pela Organização Pan-americana da Saúde consagrou a obra definitivamente.

Ao definir simplesmente saúde pública como saúde o povo, (KNUTSON,1964) considera-a como a saúde coletiva de um grupo, de uma comunidade, de uma nação. Faz uma magnífica comparação entre a atividade do dentista clínico e do sanitarista, mostrando como até certo ponto o trabalho de saúde pública reproduz em nível diferente as etapas clássicas de trabalho clínico.

Segundo Narvai e Frazão(2001)apud ANTONES,PERES, 2006) "*Saúde Bucal Coletiva* é um campo de conhecimentos e práticas [que integra] um conjunto mais amplo identificado como 'Saúde Coletiva' e que, a um só tempo, compreende também o campo da 'Odontologia', incorporando-o e redefinindo-o e, por esta razão, necessariamente transcendendo-o". Para esses autores, a *saúde bucal coletiva* (SBC) advoga que a saúde bucal das populações "não resulta apenas da prática odontológica, mas de construções sociais operadas de modo consciente pelos homens, em cada situação concreta – aí incluídos os profissionais de saúde e, também (ou até...), os cirurgiões-dentistas. Sendo processo social, cada situação é única, singular, histórica, não passível portanto de replicação ou

reprodução mecânica em qualquer outra situação concreta, uma vez que os elementos e dimensões de cada um desses processos apresentam contradições, geram conflitos e são marcados por negociações e pactos que lhes são próprios, específicos".

A Anvisa assegura que a vigilância sanitária desempenha papel importante na eliminação, redução e prevenção de riscos e danos à saúde redução e prevenção de riscos e danos à saúde. Sua ação se dá por meio de intervenções e uso de poderes normativos e de polícia. No entanto muitas vezes falta conhecimento ao profissional de saúde quanto ao conteúdo das legislações e alcance das mesmas e, assim, elas as infringe de forma displicente. Assim ressalto que deveria ser desenvolvida uma aproximação entre os dentistas e o profissional da vigilância sanitária.

4- Discussão

Com base na historicidade da vigilância sanitária, pode-se perceber o grande avanço na busca pela autonomia e a perfeição nos conceitos e nos resultados obtidos por esse campo de atuação.

Essa busca pelo reconhecimento da sociedade como um todo, traz a importância da vigilância em todos os âmbitos de atuação.

A promoção da saúde na diretriz da prevenção e cuidado mostra estar diretamente ligada à busca da qualificação dos profissionais da saúde em especial as da vigilância sanitária, pois a partir dela pode-se alcançar o patamar almejado pela saúde, em especial pela saúde coletiva, por ser uma área que pede uma atenção minuciosa e especial dos profissionais dessa área.

Todas as mudanças e aperfeiçoamentos foram de suma importância para se conseguir bons resultados na área da saúde coletiva; progresso histórico; mudança de conceitos; descentralização entre outras.

A descentralização vem otimizar o trabalho de todas as áreas que atuam em conjunto com o SUS. As redefinições dos critérios dos repasses de recursos financeiros vêm dar maior sustentação e estrutura para todas as áreas que se faz necessária para a melhoria da saúde pública. Em específica no município a substituição da pactuação das metas relacionadas as ações fiscalizatórias pelas responsabilidades sanitária do gestor, o que resultou no termo de compromisso de gestão. Após essas mudanças ficou mais fácil divulgar as estratégias, organização e funcionamento dos serviços da vigilância sanitária.

A funcionabilidade da descentralização resultou no bem-estar coletivo e individual, conforto e satisfação da população que busca a melhoria de vida, alcançando uma qualidade de vida. Evoluindo e

diminuindo os riscos à saúde/doença em todo o sistema.

Sendo mais específico e adentrando ao campo da Odontologia no SUS, observou-se a necessidade de dar uma ênfase maior a prevenção, em aumentar a cobertura, em utilizar a tecnologia menos sofisticada, mas apropriada, diminuindo assim os custos. Assim, podendo se tornar mais eficaz, resultando num maior impacto, ou seja, mudando a situação atual da saúde bucal da população.

A observância na estrutura do SUS traz suas responsabilidades e divisões para o bom funcionamento e redistribuição dos trabalhos para a formalização dos conceitos e atitudes criados pelo Pacto de Saúde.

O papel da vigilância teve modificações, mantendo a preservação da sua essência, preservação e cuidado com a saúde/doença. Nos anos passados sua função resumia em fiscalização de portos. Hoje sua área teve um crescimento de quase 100%, alcançando um grande espaço dentro da sociedade, tendo que garantir a qualidade de vida no meio ambiente, a qualidade de produtos que são consumidos, qualidade dos serviços utilizados pela população para a prevenção e controle de fatores adversos à saúde.

Este estudo percebeu a modificação do conceito inicial sobre o papel da vigilância sanitária, os resultados distintos quanto ao papel da vigilância na sociedade, afunilando as mudanças ocorridas nesse campo de atuação conclui-se que as mesmas refletiram de forma positiva na sociedade na promoção da saúde e qualidade de vida, aumentando o seu campo de atuação e priorizando o seu trabalho direcionado a melhora da saúde coletiva e minimizando os riscos à saúde/doença.

5. Considerações Finais

A saúde pública tem novos desafios no presente e no futuro, que não se restringe aos seus campos institucionais e profissionais, mas envolve toda organização social desde a produção distribuição e consumo de bens e serviços.

Percebeu-se um grande avanço na vigilância sanitária otimizando todo o serviço público e privado, visto que esse serviço abrange todo o sistema relacionado à saúde.

O fortalecimento dessa área de atuação ressalta a importância da base financeira, tendo como referencial a descentralização que trouxe grandes benefícios na funcionalidade de todos que atuam diretamente ou indiretamente no SUS, dividindo as responsabilidades de todos envolvidos nesse sistema financeiro como as Redes Municipal, Estadual e Federal.

As principais doenças bucais, são a cárie e doença periodontal, que são passíveis de serem prevenidas, e traz para a odontologia brasileira o grande desafio de levar informação e trabalhar a prevenção.

6. Referências

1. BARCA DAV. **A contratualização de desempenho institucional nas agências reguladoras do setor saúde; as experiências da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)** [monografia]. Brasília: Escola Nacional de Administração Pública; 2006.
2. BASTOS AA, Costa EA, Castro LL. **Trabalho em saúde: vigilância sanitária de farmácias no município de Salvador, Bahia, Brasil; Cien Saúde Colet**[periódico na internet]. 2009. Disponível em http://www.abrasco.org.br/cienciasaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=3952)
3. BRASIL. Ministério da Administração e Reforma do Estado (Mare). **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado**. Brasília: mare; 1995.
4. BRASIL. Lei Federal nº. 8.080/90. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Diário Oficial da União 1990; 19 set
5. BRASIL. Lei federal nº. 9.782, de 27 de janeiro de 1999. **Dispõe sobre o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária**. Diário Oficial da União 1999; 27 de junho.
6. Chaves MM. **Manual de odontologia sanitária. Tomo I**. São Paulo: Massao Ohno-USP; 1960.
7. Chaves MM. **Odontologia sanitária**. Washington (DC): OPS; 1962. [Publicação Científica, n 63]
8. Conferência Nacional de Vigilância Sanitária, 1, 2001, Brasília. **Conferência Nacional de Vigilância Sanitária: relatório final**. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2001
9. Costa EA. Apresentação. In: costa EA, organizador. **Vigilância sanitária: desvendando o salvador**: UdUFBA; 2008. p. 9-17.
10. Costa EA. **A vigilância sanitária; defesa e proteção da saúde**. São Paulo: Hucitec, Sobravime;1999.
11. Costa EA, Souto AC. **Vigilância sanitária: defesa e proteção da saúde**. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N, organizadores; **Epidemiologia & saúde**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Medsi; 1999. P. 327-351.
12. Costa EA, Rozenfeld SA. **A constituição da vigilância sanitária no Brasil**. In: Rozenfeld SA, organizador. **Fundamentos da vigilância sanitária**. Rio de Janeiro; Fiocruz; 2000.
13. Costa EA. **A vigilância sanitária: defesa e proteção da saúde**[tese]. São Paulo(SP): Faculdade de Saúde Pública/usp; 1998) (Thaccker SB, Berdelman RL. Public health surveillance in the United States. *Epidemol Rev* 1998; 10: 164-190
14. Costa EA. **O trabalhador de vigilância sanitária e a construção de uma nova vigilância sanitária: fiscal ou profissional de saúde? In: Costa EA, organizador. Vigilância sanitária: desvendando o enigma**. Salvador: EdUFBA; 2008.p. 77-90.
15. DECLICH S, Carter AO. **Public Health Surveillance: historical origins, methods and evaluation**.WHO bulletin 1994; 72(2): 285-304
16. De Seta MH. **A construção do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária: uma análise das relações intergovernamentais na perspectiva do federalismo**[tese]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2007
17. De Seta MH, Reis LGC. **As vigilâncias do campo da saúde: aportes e implicações para a gestão de sistemas e de serviços de saúde**. In; Oliveira RG, Grabois V, Mendes Junior WVO, organizadores. **Qualificação de gestores do SUS**. Rio de Janeiro: EAD/Ensp;2009.p. 201-347
18. De Seta MH, Silva JAA. **A gestão em vigilância sanitária**. in: *Conferencia Nacional de Reforma Sanitaria*. 1: 2001: Brasília p. 71-83.
19. DE SETA MH, Silva JAA. **A gestão da vigilância sanitária**. In: De Seta MH, Pepe VLE, Oliveira O, organizadores. **Gestão e vigilância sanitária: modos atuais do pensar e fazer**. Rio de Janeiro, Fiocruz; 2006. P. 33-47
20. DE PAULA, M. B.& Miranda, I. C. S. **Saúde & Cidadania – Vigilância Sanitária**. p. 3 Instituto para o Desenvolvimento da Saúde - IDS. Núcleo de Assistência Médico-Hospitalar - NAMH/FSP e Banco Itaú. São Paulo, 1998.
21. FLEURY S. **Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído**.CienSaudeColet2009; 14(3):743-752.
22. JOUVAL JR, HE & Rosenberg, F. J: **Vigilância Sanitária e qualidade em saúde no Brasil: reflexões para a discussão de um modelo**. Ver.

- Divulgação em saúde para Debate**;7:15 – 19, 1992
23. JULIANO IA, Assis MMA. **A vigilância sanitária em Feira de Santana no processo de descentralização da saúde.**(1998-2000)
 24. KNUSTON, J.W. – What is public health? In: YOUNG, W.O. & STRIFFLER, D.F., eds. **The dentist: his practice and his community.** London, W.B. Saunders, 1964. p. 20-9.
 25. LUCCHESI G. **Globalização e regulação sanitária: os rumos da vigilância no Brasil** [tese]. Rio de Janeiro: Ensp/ Fiocruz; 2001
 26. LUCCHESI G. **A vigilância sanitária no Sistema Único de Saúde.** In: De Seta MH, Pepe VLE, Oliveira GO, organizadores. **Gestão e vigilância sanitária: modos atuais do pensar e fazer.**
 27. LANGMUIR AD. **The surveillance of communicable diseases of national importance.** *NEJM*1963; 268(4): 182-192.
 28. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.** *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.
 29. McGAVRAN, E.G. – "What is public health dentistry?" In: **Workshop on Dental Public Health, 4th. The practice of dental public health: proceedings.** Ann Arbor, University of Michigan, 1956. p. 5-12.
 30. MEDICI A, Barros BW. **Políticas de saúde e blocos econômicos.** In: Biasoto Junior G, Silva PLB, Dain S. **Regulação do setor saúde nas Américas: as relações entre o público e o privado numa abordagem sistêmica.** Brasília: organização Pan-Americana da Saúde;2006. P. 71-106.
 31. MARANGON MS, Sactena JHG, Costa EA. **Vigilância sanitária: estratégias para sua descentralização em Mato Grosso, 1996-2005..** *Ciência e Saúde Coletiva*[periódico em internet]2009 [cerca de 13 p.]. disponível em: http://www.abrasco.org.br/cienciasaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=3952
 32. NARVAI PC, Frazão P. **Epidemiologia, política, e saúde bucal coletiva.** In: Antunes JLF, Peres MA. **Epidemiologia da saúde bucal.** Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2006. p. 346-62.
 33. O'DWYER G, Tavares MFL, De Seta MH. **O desafio de operacionalizar as ações de vigilância sanitária no âmbito da promoção da saúde e no locus saúde da família.** *Interface*2007; 11(23):467-484.
 34. PAIM JS. **Vigilância da Saúde: dos modelos assistenciais para a promoção da saúde.** In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões e tendências.** Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. P. 161-174.
 35. PEPE VLE, De Seta MH. Tema 3: **Desafios e perspectivas das vigilâncias em saúde.** In: **Curso Básico de Especialização em Gestão em Saúde.** Rio de Janeiro: EAD/DAPS/Ensp/Fiocruz, 2007.p. 70-84.
 36. PESTANA MVC, Mendes EV. **Pacto de gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa.** Belo Horizonte, Secretaria de Estado da Saúde;2004
 37. **Redes de Atenção à Saúde no SUS: o pacto pela Saúde e redes regionalizadas de ações de serviços de saúde /** Gilson Carvalho et al; (org.) Silvio Fernandes da Silva – Campinas, SP: IDISA: CONASEMS, 2008. ISBN 978- 85-61240-01-1.
 38. ROSENFELD S, organizador. **Fundamentos da vigilância sanitária.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2000.
 39. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. **Recomendação CVS 01/97,** São Paulo, Coordenação dos Institutos de Pesquisa, 1997.
 40. SOUZA GS. **Trabalho em vigilância sanitária; controle sanitário da produção de medicamentos no Brasil,**(tese). Salvador. Instituto de Saúde Coletiva/Universidade Federal da Bahia; 1007
 41. TEIXEIRA CF, Paim JS, Vilasbôas AL. **SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde.** *IESUS* 1998; 7(2): 7-28
 42. VIANNA SM. **A descentralização tutelada.** *Saúde Debate.* 1992;35: 35-38.
 43. WALDMAN EA. **A vigilância Sanitária como instrumento de saúde pública.** In: Vecina-Neto G, Cuait R, Terra V, organizadores. **Vigilância em Saúde Pública.** São Paulo: Fundação Peirópolis; 1998.p. 91-131.
 44. WALDMAN EA. **Usos da vigilância e democratização em saúde pública.***IESUS*1998;7(3):7-26.