



**Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva
Mestrado Profissional em Saúde Coletiva**

**FORTALECENDO O SUBSISTEMA NACIONAL DE
VIGILÂNCIA EM SAÚDE AMBIENTAL – UMA ANÁLISE
CRÍTICA DE SUA CONCEPÇÃO E OPERACIONALIZAÇÃO**

Marta Helena Paiva Dantas

**Salvador – Bahia
2007**



**Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva
Mestrado Profissional em Saúde Coletiva**

**FORTALECENDO O SUBSISTEMA NACIONAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
AMBIENTAL – UMA ANÁLISE CRÍTICA DE SUA CONCEPÇÃO E
OPERACIONALIZAÇÃO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Marta Helena Paiva Dantas

Área de Concentração: Epidemiologia em Serviços de Saúde

Orientador: Prof. Dr. Pedro Reginaldo dos Santos Prata

Salvador-BA
2007

Ficha Catalográfica
Elaboração Biblioteca do Instituto de Saúde Coletiva

D192f Dantas, Marta Helena Paiva.

Fortalecendo o Subsistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental:
uma análise crítica da sua concepção e operacionalização. / Marta Helena Paiva
Dantas. – Salvador: M.H.P. Dantas, 2008.
145p.

Orientador(a): Prof^o. Pedro Reginaldo dos Santos Prata.

Dissertação (mestrado) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal
da Bahia.

1. Saúde Pública. 2. Meio Ambiente e Saúde Pública. 4. Saúde Ambiental. 5.
Sistema Único de Saúde. I. Título.

CDU 614



Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva – ISC
Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva

Marta Helena Paiva Dantas

Fortalecendo o Subsistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental: uma análise crítica de sua concepção e estruturação.

A Comissão Examinadora abaixo assinada, aprova a Dissertação, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Data de defesa: 07 de março de 2008

Banca Examinadora:

Prof. Pedro Reginaldo dos Santos Prata /ISC/UFBA

Prof. Volney de Magalhães Câmara/UFRJ/RJ

Prof. Rosana Aquino Guimarães Pereira/ISC/UFBA

Salvador
2008

A meus pais, José Dantas e Ivonilde, a quem devo minhas origens.
Aos meus adorados filhos, Priscilla e Carlos André, a razão do meu viver.
E ao neto José Urbino na esperança de que possa ter um futuro socialmente
mais justo, em um ambiente verdadeiramente sustentável.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador pela calma e tranqüilidade que me transmitia e principalmente pela confiança em mim depositada;

Especial agradecimento à amiga e colega de trabalho Ana Maria Johnson de Assis, incessante incentivadora e companheira das horas mais difíceis, que num verdadeiro exercício de paciência me ajudou a construir e reconstruir cada uma das etapas desse trabalho, nunca se negando às minhas inúmeras solicitações e sempre compreendendo minhas ansiedades e impaciências na reta final, meu muitíssimo obrigado.

A todos os colegas mestrandos, sem distinção, pelo companheirismo, amizade, pelo compartilhamento dos desabafos nas horas difíceis e também pelas horas alegres de boas risadas.

À Dra. Maria Regina Fernandes de Oliveira e toda a equipe da Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços, da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, que souberam me compreender e me apoiar quando as horas do dia pareciam curtas para conciliar tantas demandas do serviço e do mestrado, em especial a Edite Damásio, Gyl Munhoz e a Elza Krawiec pelo auxílio com a formatação, revisão e a releitura.

A todo o corpo técnico da Coordenação-Geral de Vigilância em Saúde Ambiental, da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, que direta ou indiretamente contribuíram para a realização desse trabalho. Especialmente, aos seus dirigentes, os quais, gentilmente concederam-me as entrevistas.

Aos Professores Volney de Magalhães Câmara, Rosana Aquino Guimarães Pereira e Ana Luiza Queiroz Vilasbôas por terem aceitado participar da minha banca de qualificação, contribuindo com importantes sugestões que me incentivaram prosseguir na desafiante jornada.

Um agradecimento especial à Dra. Maria Margarita Urdaneta, Dra. Maria Cecília de Souza Minayo e a Dra. Sonia Natal, pelas relevantes sugestões.

Aos meus familiares. Especialmente, ao meu pai e a minha mãe, que, mesmo distantes souberam me apoiar e compreender minhas longas ausências, sempre me incentivando, mesmo quando eu não dispunha de tempo para longas conversas ao telefone.

A minha filha Priscilla, que nunca me abandonou nas minhas limitações com a língua inglesa, sempre carinhosamente solícita quando eu mais precisei de seu apoio.

Ao meu adorado filho Carlos André, que com apenas seus 10 aninhos demonstrou uma compreensão surpreendente para lidar com as ausências da mãe, sempre ocupada com este trabalho, e, ainda assim, brindava-me com um beijo, um abraço, um “Eu te amo...”. Sem dúvida, foi meu estímulo maior.

A Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde, órgão financiado desta pesquisa.

A todos os servidores do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Especialmente, à Dra. Susan Martins Pereira e a Sônia Malheiros sempre tão solícitas no atendimento a minhas solicitações.

Por fim, a quem eu nunca poderia deixar de agradecer e que esteve sempre ao meu lado, meu Anjo da Guarda.

LISTA DE SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
ANA	Agência Nacional de Águas
ANVISA	Agencia Nacional de Vigilância Sanitária
ASISA	Área de Análise de Situação de Saúde Ambiental
CBVA	Curso Básico de Vigilância Ambiental
CDC	Certers for Disease Control and Prevention
CENEPI	Centro Nacional de Epidemiologia
CETESB	Companhia Estadual de Tecnologia em Saneamento Ambiental
CGVAM	Coordenação Geral de Vigilância em Saúde Ambiental
CGLAB	Coordenação Geral dos Laboratórios de Saúde Pública
CIDES	Comissão Interministerial para o Desenvolvimento Sustentável
CISAMA	Comissão Interministerial de Saneamento e Meio Ambiente
CNUMAD	Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento
CONAMA	Conselho Nacional do Meio Ambiente
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Estado da Saúde
COPASAD	Conferencia Pan-americana sobre Saúde e Ambiente no Desenvolvimento Humano Sustentável
COPESA	Comissão Permanente de Saúde Ambiental
COVAM	Coordenação de Vigilância Ambiental
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DAS	Direção de Assessoramento Superior
DASIS	Departamento de Análise de Situação de Saúde
DF	Distrito Federal
DOU	Diário Oficial da União
EPISUS	Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicado aos Serviços do Sistema Único de Saúde (SUS)
EUA	Estados Unidos da América
FEEMA	Fundação Estadual de Engenharia do Meio Ambiente
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
FSESP	Fundação Serviço Especial de Saúde Pública
IN	Instrução Normativa
ISC	Instituto de Saúde Coletiva

MMA	Ministério do Meio Ambiente
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
PAC	Plano de Aceleração do Crescimento
PAP	Programação de Ações Prioritárias
PAT	Programação Anual de Trabalho
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PNUMA	Programa das Nações Unidas para o Meio Ambiente
PPA	Plano plurianual
PPI	Programação pactuada integrada
QACH	Qualidade da Água para Consumo Humano
SES	Secretaria de Estado de Saúde
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SIMPEAQ	Sistema de Monitoramento de Populações Expostas a Agentes Químicos
SINVSA	Subsistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental
SINAN	Sistema de Informação sobre Agravos de Notificação
SISAGUA	Sistema de Informação da Qualidade da Água para Consumo Humano
SISAR	Sistema de Informação da Vigilância em saúde Ambiental relacionada a Qualidade do Ar
SISSOLO	Sistema de Informação de Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Solo contaminado
SNABS	Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UF	Unidade federada
VAS	Vigilância ambiental em saúde
VE	Vigilância Epidemiológica
VIGIAGUA	Programa Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental Relacionada à Qualidade da Água para Consumo Humano
VIGIAMBT	Programa Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental Relacionada aos Ambientes de Trabalho
VIGIAPP	Programa Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental Relacionada aos Acidentes com Produtos Perigosos

VIGIAR	Programa Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental Relacionada à População exposta a Poluição Atmosférica
VIGIDESASTRES	Programa Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental Relacionada aos Desastres Naturais
VIGIFIS	Programa Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental Relacionada aos Fatores Físicos
VIGIQUIM	Programa Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental Relacionada à Segurança Química
VIGISOLO	Programa Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental Relacionada às Populações Expostas a Solos Contaminados
VIGISUS	Projeto de Estruturação do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde
VQUACH	Programa Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental Relacionado à Qualidade da Água para Consumo Humano
VS	Vigilância Sanitária
VSA	Vigilância em saúde ambiental

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Perfil dos gestores do SINVSA (informantes chaves) entrevistados, CGVAM, 2007	42
Tabela 2	Quantitativo de Municípios brasileiros com atuação do VIGIAGUA por unidade federada em 2007	122
Tabela 3	Perfil dos profissionais integrantes da equipe operacional do SINVSA, CGVAM, 2007	63

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Marcos históricos positivos para o desenvolvimento, ambiente e saúde nos últimos 35 anos	123
Quadro 2	Denominação e vínculos hierárquicos dos serviços de Saúde Ambiental em diferentes países	124
Quadro 3	Definição operacional das Categorias Analíticas	125
Quadro 4	Considerações dos gestores do Subsistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental sobre as atividades desenvolvidas de acordo com as atribuições que lhe são conferidas pela IN N° 01	126
Quadro 5	Propostas dos gestores dos gestores do Subsistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental para a área de Saúde Ambiental supondo a possibilidade de mudanças na estrutura ministerial	130

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Fatores do Ambiente que interferem na Saúde do Homem – VIGISUS, 1998	51
Figura 2	Modelo de Atuação para a Vigilância Ambiental em Saúde – VIGISUS, 1998	51
Figura 3	Organograma da Coordenação-Geral de Vigilância em Saúde Ambiental, Ministério da Saúde, 2007.	61
Figura 4	Modelo lógico do Subsistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental, baseado na análise documental	100
Figura 5	Modelo lógico condutor do Subsistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental	132

Dantas, Marta Helena Paiva. *Fortalecendo o Subsistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental – Uma análise crítica da sua concepção e operacionalização* (Dissertação de Mestrado) Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007.

RESUMO

A importância das relações do homem com o meio ambiente e seus impactos na saúde da população levou o Ministério da Saúde a estruturar a vigilância em saúde ambiental no Brasil, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ela vem sendo operacionalizada por meio do Subsistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental (SINVSA). Com objetivo de contribuir para o fortalecimento deste subsistema, o presente estudo se propôs a elaborar um modelo lógico do SINVSA baseado na experiência profissional da própria autora e em uma análise crítica da percepção de seus gestores federais quanto à concepção e operacionalização da Vigilância em Saúde Ambiental no SUS. Para tanto se realizou uma pesquisa qualitativa de natureza exploratória descritiva. Os dados foram coletados mediante análise documental e entrevistas semi-estruturadas com 11 informantes-chave provenientes da Coordenação Geral de Vigilância em Saúde Ambiental, da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, a quem compete a gestão federal do SINVSA. Após sistematização dos dados coletados referentes a percepção dos informantes procedeu-se a análise do material usando-se a técnica de análise de discurso, cujas categorias analíticas constituíram-se na práxis e concepção. Estas categorias foram operacionalizadas em diversas dimensões, que expressavam a percepção dos gestores do Subsistema quanto sua concepção e operacionalização, servindo de base à elaboração do modelo lógico proposto, o qual foi denominado modelo lógico condutor do SINVSA. Além disso, foi possível descrever a construção da vigilância em saúde ambiental no Brasil e seu contexto sócio-histórico.

Palavras-chaves: Vigilância em Saúde Ambiental, SINVSA, Modelo Lógico, informantes-chave, análise de discurso, história da VSA.

Dantas, Marta Helena Paiva, *"Strengthening the National System of Environmental Health Surveillance: A critical analysis of its conception and operation"*. (Master's degree dissertation)) Federal University of Bahia Collective Health Institute, Salvador, 2007.

ABSTRACT

A critical analysis of the National Sub-system of Environmental Health Surveillance (SINVSA) in Brazil is undertaken with the view to contribute to its strengthening. This study proposes a logic model of the SINVSA based on the perception of key informers about the environmental health surveillance sub-system launched by the Ministry of Health in Brazil. Moreover a historical description of its organizational framework is undertaken. To achieve that documental analysis, the experience of the author and a qualitative descriptive and exploratory study was carried out. In the latter case data has been collected through 11 interviews with key informers based on the Health Surveillance Secretariat / Ministry of Health, The collected data was systematized using the technique of speech analysis, based on previously defined analytical categories. These categories were structured in a diversity of dimensions in order to express the perception of the managers about the system its conception and operation. This allowed the elaboration of the logical model proposed by this study.

Key-words: *environmental health surveillance; logical model; key informers; speech analysis; history of the environmental health surveillance in Brazil.*

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICO-EMPÍRICA	20
	2.1 Saúde ambiental: suas denominações e conceitos	20
	2.2 Vigilância em saúde ambiental no contexto da vigilância em saúde	24
	2.3 Sistema de vigilância	27
	2.4 Modelo teórico-lógico	29
3	OBJETIVOS	31
	3.1 Objetivo geral	31
	3.2 Objetivos específicos	31
4	METODOLOGIA	32
	4.1 Desenho do estudo	32
	4.2 Objeto de Investigação	32
	4.3 O espaço de pesquisa	33
	4.4 Estratégia operacional da pesquisa	33
	4.5 Aspectos éticos	40
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	42
	5.1 Perfil dos entrevistados	42
	5.2 Construção da vigilância em saúde ambiental no Brasil e seu contexto sócio-histórico	43
	5.3 Descrição da estrutura técnica-operacional da Coordenação-Geral de Vigilância em Saúde Ambiental para operacionalização do Subsistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental	61
	5.4 Análise crítica da percepção dos gestores do Subsistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental sobre a vigilância em saúde ambiental com relação às categorias de análise: Concepção e Práxis	64
	5.5 Modelo Lógico do Subsistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental	100
	5.6 Vantagens e Limitações do Estudo	109
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	111
8	REFERÊNCIAS	114
9	APÊNDICES	
	A - Roteiro de entrevista	133
	B - Termo de Anuência Institucional	142
	C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento	143
	D - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia	145

1. INTRODUÇÃO

Uma abordagem sobre a concepção e operacionalização da área de Vigilância em Saúde Ambiental no Brasil apresenta-se como questão relevante para a Saúde Coletiva, dada a necessidade de se traçar estratégias apropriadas para que o setor saúde, no âmbito de sua competência, possa responder às demandas oriundas dos impactos da degradação ambiental sobre a saúde humana. Essa degradação significa uma ameaça aos ecossistemas dos quais deriva a viabilidade da vida de todos os seres vivos, inclusive o homem (Freitas e Porto, 2006).

As relações entre ambiente e saúde possuem raízes históricas profundas, já bem descritas na literatura (Freitas e Porto, 2006). É no século XX, entretanto, a partir da década de 1970, com uma nova maneira de se compreender o meio ambiente e sua importância para a humanidade, que se expressam de maneira mais concreta, os interesses pela proteção ambiental. Quando então, se realiza a Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente Humano, em 1972, na cidade de Estocolmo, capital da Suécia. Essa Conferência é marcada pela intenção de uma profunda mudança de comportamento do ser humano em relação ao meio ambiente (Antunes, 2002). A “Declaração de Estocolmo sobre o Meio Ambiente Humano”, proclamada nesta conferência, em seu item 1, diz:

“O homem é ao mesmo tempo criatura e criador do meio ambiente, que lhe dá sustento físico e lhe oferece a oportunidade de desenvolver-se intelectual, moral, social e espiritualmente. A longa e difícil evolução da raça humana no planeta levou-a a um estágio em que, com o rápido progresso da Ciência e da Tecnologia, conquistou o poder de transformar de inúmeras maneiras e em escala sem precedentes o meio ambiente. Natural ou criado pelo homem, é o meio ambiente essencial para o bem-estar e para o gozo dos direitos humanos fundamentais, até mesmo o direito à própria vida” (ONU, 1972).

A Conferência de Estocolmo, entretanto, revelou a ausência de um adequado diálogo entre o bloco de países desenvolvidos e o de países em desenvolvimento, os quais não compreenderam a importância do tema, que se apresentava à opinião pública internacional naquele momento. Assim, criou-se uma polaridade entre países ricos e pobres (Antunes, 2002). Os países desenvolvidos defendiam um programa internacional voltado à conservação dos recursos naturais e genéticos do planeta, em que medidas preventivas teriam que ser adotadas imediatamente, para evitar um grande desastre. Já os países em desenvolvimento argumentavam sua necessidade

de promover um rápido crescimento econômico para resolver suas questões próprias, relacionadas à miséria da população, problemas de moradia, saneamento básico e, conseqüentemente forte presença das doenças infecciosas. Neste sentido, rechaçavam a legitimidade dos países desenvolvidos em impor complexas exigências de controle ambiental que implicassem altos custos e retardamento de sua industrialização, enquanto os países desenvolvidos já haviam alcançado o poder industrial às custas do uso predatório dos recursos naturais (São Paulo-Estado, 1999). Essa polaridade não permitiu grandes avanços sobre a temática no ritmo desejado.

Passados 20 anos da Conferência de Estocolmo, o desenvolvimento da consciência ambiental e sua importância para a humanidade é consagrada na Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento (CNUMAD) ocorrida no Rio de Janeiro-RJ, conhecida como a “Cúpula da Terra” ou, mais popularmente, Rio 92 ou Eco 92. Nessa Conferência, foram celebradas importantes convenções internacionais como a “Declaração do Rio sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento”, “Princípios para a Administração Sustentável das Florestas”, “Convenção da Biodiversidade”, “Convenção sobre Mudanças Climáticas” e firmada uma agenda de compromissos denominada “Agenda 21”. O capítulo 6, da “Agenda 21”, aborda a dimensão da saúde dentro de uma nova visão paradigmática do homem, do meio ambiente e do desenvolvimento sustentável, enfatizando a importância das estratégias de promoção da saúde (ONU, 1992).

É verdade que, no decorrer desses 20 anos entre a Conferência de Estocolmo e a CNUMAD do Rio de Janeiro, ocorreram diversos acontecimentos históricos positivos, também marcantes para o desenvolvimento, ambiente e a saúde (Quadro 1), merecendo destaque o relatório da Comissão Mundial sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento das Nações Unidas – “Relatório Brundtland” –, datado de 1987 e intitulado “Nosso Futuro Comum”. Esse relatório apontou a incompatibilidade entre o desenvolvimento sustentável e os padrões de produção e de consumo vigentes, definindo desenvolvimento sustentável como:

“(...) aquele que satisfaz as necessidades presentes, sem comprometer a capacidade das gerações futuras de suprir suas próprias necessidades” (ONU, 1987).

O Brasil, como país signatário da CNUMAD-Rio 92 e dos documentos e declarações resultantes das conferências mundiais acontecidas sobre o tema,

assumiu o compromisso e o desafio de internalizar, em suas políticas públicas, as noções de sustentabilidade e de desenvolvimento sustentável. Para cumpri-los, foi criada, por força de Decreto Presidencial (Dec. N°1160 de 21/06/1994) a Comissão interministerial para o Desenvolvimento Sustentável (CIDES). Presidida pelo Ministro do Planejamento e Orçamento. A CIDES tinha por objetivo assessorar a Presidência da República na proposição das estratégias e políticas necessárias à implementação dos compromissos assumidos pelo Brasil na Rio-92, devendo para tanto, promover a articulação entre setores governamentais e da sociedade. A ação da CIDES, contudo, não trouxe avanços nesse sentido (Porto, 1998).

Em 1997, por meio do Decreto Presidencial de 26/02/1997 (Brasil, 1997), o governo brasileiro instituiu a Comissão de Políticas de Desenvolvimento Sustentável e da Agenda 21 Nacional, então presidida pelo representante do Ministério do Meio Ambiente. Essa Comissão chegou a definir as bases para discussão da Agenda 21 Brasileira (Brasil, 2000). No entanto, também permaneceu atuando de forma tímida, quanto ao seu papel de articuladora dos setores da sociedade com o governo. (Porto, 1998).

No campo da saúde, antecedendo a Rio-92, a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) promoveu eventos preparatórios à CNUMAD, dentre eles o “Encontro Nacional sobre Meio Ambiente, Desenvolvimento e Saúde” (setembro-1991) preparatório para a Conferência Internacional sobre Meio Ambiente, Saúde e Desenvolvimento (CIMADES – abril/1992) que resultou num documento contendo a Carta da Saúde, a Agenda Sanitária e relatórios técnicos com recomendações para a CNUMAD (Prata et al., 1992).

Como contribuição para a CNUMAD e como desdobramento da CNUMAD-Rio-92, a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) promoveu, em outubro de 1995, em Washington-DC, Estados Unidos da América, a Conferência Pan-Americana sobre Saúde e Ambiente no Desenvolvimento Humano Sustentável (COPASAD). Essa Conferência teve por objetivo elaborar um Plano Regional de Ação para as Américas, a partir da definição de políticas e estratégias sobre saúde e ambiente comum aos países membros. Tal iniciativa, tinha como propósito integrar as temáticas de saúde e ambiente no contexto do desenvolvimento sustentável. Neste sentido, os países membros, foram convidados a preparar planos nacionais que subsidiassem a construção desse Plano Regional (Brasil, 1995).

Nesse cenário, o governo brasileiro, pela primeira vez, prepara um documento oficial a respeito das inter-relações entre Saúde e Ambiente no contexto do desenvolvimento sustentável. Além do Ministério da Saúde, que coordenou os trabalhos em nível nacional, participaram da construção do “Plano Nacional de Saúde e Ambiente no Contexto do Desenvolvimento Sustentável” representantes da OPAS e dos seguintes ministérios: Meio Ambiente, Recursos Hídricos e Amazônia Legal; Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; Trabalho; Relações Exteriores; Minas e Energia; e Educação e Desporto. Em julho de 1995, a versão preliminar desse plano foi publicada no Diário Oficial da União (DOU-11/07/1995) com propósito de submetê-lo a uma ampla consulta, que envolveu segmentos governamentais e não governamentais interessados na temática. As críticas e contribuições recebidas permitiram ajustes ao Plano que foi apresentado como a proposta inicial do governo brasileiro à COPASAD (Brasil, 1995).

A discussão sobre saúde e ambiente no Brasil não se esgota na participação de representantes do Ministério da Saúde na COPASAD. Grupos governamentais e da sociedade civil ampliaram as discussões em fóruns e grupos executivos, que levaram a temática até a X Conferência de Saúde, aprofundando o debate sobre a questão (Porto, 1998).

Após a X Conferência Nacional de Saúde, surgiram iniciativas no sentido da elaboração de algumas políticas públicas envolvendo a saúde e meio ambiente. As políticas públicas intersetoriais, relacionadas à saúde e ambiente, entretanto, não serão aqui aprofundadas, uma vez que a extensão dessa temática foge ao escopo do presente estudo, que se propõe a focalizar a ação setorial do Ministério da Saúde na concepção e operacionalização da área de vigilância em saúde ambiental, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Do ponto de vista teórico, o Ministério da Saúde pauta suas diretrizes no campo da saúde ambiental sobre duas dimensões: promoção da saúde; e avaliação de risco voltada aos aspectos ambientais adversos que interferem na saúde humana. Ambas são fundamentadas na definição de saúde ambiental da Organização Mundial da Saúde (OMS):

“Saúde ambiental compreende aqueles aspectos da saúde humana, incluindo a qualidade de vida, que são determinados por fatores físicos, químicos, biológicos, sociais e psicológicos no meio ambiente. Refere-se também a teoria e prática de avaliação,

correção, controle e prevenção daqueles fatores que, presentes no ambiente, podem afetar potencialmente de forma adversa a saúde humana das gerações do presente e do futuro” (OPS/OMS, 1993).

A partir de 1999, o Centro Nacional de Epidemiologia (CENEPI), atual Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde, assume as ações de saúde ambiental no escopo da vigilância em saúde, sendo denominada Vigilância Ambiental em Saúde. A condução desse processo coube à Coordenação-Geral de Vigilância em Saúde Ambiental (CGVAM), a quem compete a gestão do Subsistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental (SINVSA). A missão do SINVSA é sistematizar as ações de vigilância em saúde ambiental no âmbito do SUS, no que lhe compete como parte integrante do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (Brasil, 2005a).

Portanto, a vigilância em saúde ambiental, do ponto de vista institucional, é uma área da Saúde Pública relativamente nova no âmbito do SUS. Decorridos nove anos de sua implantação, o SINVSA tem avançado na sua estruturação e funcionamento. As atividades da vigilância em saúde ambiental (VSA) já são desenvolvidas nos 26 Estados e no Distrito Federal. Entretanto, a complexidade de sua atuação, dada principalmente por envolver ações de vigilância, relacionadas aos diversos compartimentos ambientais (água, ar e solo), requer uma concepção multidisciplinar e intersetorial, para seu efetivo desempenho. Tais características lhe exigem uma permanente articulação com os diversos atores envolvidos nas questões da saúde ambiental, sejam do campo da saúde, do meio ambiente ou do plano social (Augusto, 2003).

Essa compreensão sobre a VSA, associada ao processo de descentralização das ações de vigilância epidemiológica, que se acentua a partir da década de 90 além dos debates que se iniciam em torno da vigilância em saúde, entendida como eixo de um processo de reorientação do(s) modelo(s) assistencial (ais) do SUS (Teixeira et al., 1998), levou as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde a organizarem a VSA em diferentes arranjos institucionais. Desta forma, se observa a VSA ora inserida em departamento de vigilância sanitária, ora em departamento de epidemiologia, ora como departamento autônomo (Barcellos e Quitério, 2006), ou ainda, as três vigilâncias (sanitária, epidemiológica e ambiental) compondo um departamento de vigilância em saúde. O reflexo destes diferentes arranjos

organizacionais se traduz em distintos níveis de implantação e de atuação técnica-operacional da VSA nas diversas UF do país (Brasil, 2006).

Esse contexto, como parte do processo de construção do SUS, expressa as dificuldades e desafios do MS ao estruturar e operacionalizar uma área com a complexidade e abrangência da VSA, tanto do ponto de vista teórico como prático. Neste sentido, recai sob a esfera federal a responsabilidade de viabilizar uma concreta sistematização das ações de VSA, em âmbito nacional, pautada nos princípios e diretrizes do SUS. A definição de ações prioritárias que visam a otimização e a factibilidade da atuação da VSA constitui, portanto, peça fundamental do processo de gestão. Por conseguinte, requer da CGVAM uma atuação sistêmica e norteadora às UF para que os objetivos do SINVSA se concretizem no plano cotidiano.

O reconhecimento da VSA como parte integrante da área de saúde ambiental e sua importância para a Saúde Coletiva, somado a uma experiência profissional de cinco anos consecutivos (2001 a 2006) com o processo de estruturação dessa área, motivou a autora a assumir o desafio de realizar o presente estudo como sua colaboração para a consolidação da VSA no SUS.

Desta forma, este estudo tem por objetivo, a partir da descrição do SINVSA e da análise crítica da percepção de seus gestores sobre a concepção e operacionalização da VSA, elaborar um modelo lógico do Subsistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental, por entender que este contribuirá para melhor compreensão deste subsistema e dos direcionamentos a serem adotados, quanto a sistematização de suas práticas, permitindo que ajustes e mudanças de estratégias sejam implementadas, de forma oportuna, para reduzir e dirimir incertezas inerentes à tomada de decisões no âmbito da saúde ambiental. Conseqüentemente, contribuirá para o fortalecimento da sua atuação e a consolidação da vigilância em saúde ambiental no SUS.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICO-EMPÍRICA

2.1 Saúde ambiental: suas denominações e conceitos

Antes de tratar especificamente do conceito de saúde ambiental e suas denominações, uma breve revisão sobre meio ambiente será apresentada, dada sua relevância para a compreensão das terminologias adotadas no âmbito da saúde ambiental.

O termo ‘ambiente’ ou ‘meio ambiente’ apresenta-se com distintas definições acadêmicas e legais. Algumas, de escopo limitado, traduzem meio ambiente por natureza ou recursos naturais (Verocai, 2008); outras refletem concepções mais recentes que entendem o meio ambiente como:

“O conjunto de todos os fatores físicos, químicos, biológicos e socioeconômicos que atuam sobre um indivíduo, uma população ou uma comunidade” (Committee, 1982 apud Verocai, 2008).

“As condições, influências ou forças que envolvem e influem ou modificam o complexo de fatores climáticos, edáficos e biológicos que atuam sobre um organismo vivo ou uma comunidade ecológica e acabam por determinar sua forma e sua sobrevivência pela agregação das condições sociais e culturais (costumes, leis, idioma, religião e organização política e econômica) que influenciam a vida de um indivíduo ou de uma comunidade” (Webster’s, 1976 apud Verocai, 2008).

“O meio ambiente pode ser definido, a partir dos conceitos de ecologia, como um ecossistema visto da perspectiva auto-ecológica de espécie humana” (Dumont, 1976 apud Verocai, 2008).

“Assim o meio ambiente está ligado não somente aos diversos fenômenos de poluição existentes na sociedade industrial e à conservação dos recursos naturais que o definem num sentido restrito, mas também aos aspectos sociais, não comparáveis aos aspectos físicos e biológicos, que impõem um tratamento diferenciado e ampliado da questão” (Comune, 1994 apud Verocai, 2008).

O referencial teórico de espaço adotado por Santos (1996) considera o conceito de espaço como categoria histórica e permanente, permitindo entender que o espaço é social e é natureza, pois *“a tendência do território é mudar com o processo histórico”*. Ou seja, as relações homem-natureza são, na realidade relações sociedade-meio que, historicamente, correspondem a três fases: a primeira, “meio natural”, quando a natureza constituía a base material da vida e confundia-se com o território; a segunda fase, “meio técnico”, iniciada no fim do século XVIII, com

a mecanização do território; e a terceira fase, “meio técnico-científico-informacional”, quando o território ganha um conteúdo maior em ciência, tecnologia e informação, tendo como referência histórica o fim da Segunda Guerra Mundial (Santos, 1996). Para o autor, o território é uma presença constante nas três fases históricas das relações sociedade-meio. Portanto, a singularidade da noção de ambiente está nos efeitos das relações homem-natureza, ou seja, no acúmulo de maus tratos e agravos do homem à natureza como seu meio de vida (Santos, 2001 apud Steinberg, 2007).

Além da argumentação apresentada com relação aos termos ‘ambiente’ e ‘meio’, para a lingüística, alguns autores consideram imprópria a expressão ‘Meio ambiente’ por ambas as palavras (meio; ambiente) traduzirem o mesmo significado. Entretanto, a expressão “meio ambiente” já está consagrada pelo uso e pela legislação brasileira que define meio ambiente como

“O conjunto de condições, leis, influências e interações de ordem física, química e biológica, que permite, abriga e rege a vida em todas as suas formas” (Lei nº 6.938 de 31/08/1981).

Este conceito, embora não revogado, foi aprimorado pela Resolução do Conselho Nacional do Meio Ambiente (CONAMA) para:

*“Meio Ambiente é o conjunto de condições, leis, influências e interações de ordem física, química, biológica, **social, cultural e urbanística** [grifo nosso] que permite, abriga e rege a vida em todas as suas formas” -Resolução CONAMA Nº 306/2002 (Brasil, 2005b).*

Frente às inúmeras definições de meio ambiente, para efeito deste estudo, tomou-se por base a definição do CONAMA por se entender que ela é reconhecida pela legislação brasileira e contempla as relações sociais que envolvem o homem e o meio onde vive.

Vale destacar que, segundo Câmara e Tambellini (2003), a diversidade do conceito de ambiente amplia o número de questões/objetos de interesse, que exigem diferentes formas de abordagem metodológica nos estudos e ações que dizem respeito à relação da saúde com o ambiente.

As relações sociedade-meio encontram-se refletidas nas preocupações de Freitas e Porto (2006), ao mencionarem o fato de que a crescente industrialização e conseqüente globalização das relações socioeconômicas e culturais provocam, inevitavelmente, uma série de situações e interações que repercutem, direta ou

indiretamente, na saúde humana, obrigando-se à necessidade de administrar e resolver uma multiplicidade de problemas ambientais.

As preocupações com as conseqüências que os problemas ambientais podem causar levaram, no nível internacional, ao surgimento de duas vertentes de pensamento: A “vertente Verde” que trata da sustentabilidade com ênfase na questão ambiental e está mais presente nos países de capitalismo avançado do Hemisfério Norte e em extratos de camadas sociais mais ricas; e a “vertente azul”, a qual, sem deixar de lado a sustentabilidade, tende a defender uma nova relação do ser humano com a natureza, tanto em sua dimensão técnica como existencial, ou seja, não visualiza a questão ambiental sem ressaltar a dimensão da equidade social. Esta última vertente é mais presente nos países periféricos do Sul e nas camadas mais pobres da sociedade capitalista (Macarthur e Bonnefoy, 1997).

Embora a vertente azul seja a que geralmente se tem denominado de Saúde Ambiental, evidentemente, as duas vertentes, verde e azul, estão intimamente relacionadas, não sendo possível distingui-las de forma categórica. Do ponto de vista político-institucional, porém, é importante salientar que o Programa das Nações Unidas para o Meio Ambiente – PNUMA – encabeça a vertente verde, enquanto que a Organização Mundial de Saúde – OMS – a vertente azul (Ordóñez, 2000).

Esses antecedentes têm levado alguns países ou entidades a adotarem diferentes terminologias equivalentes a saúde ambiental, tais como: ‘higiene do meio’, ‘saneamento ambiental’, ‘saúde e ambiente’, ‘ambiente e saúde’, entre outros. Na prática, essas expressões significam a mesma coisa. Suas diferenças estão apenas no conteúdo específico, em termos de campo de atuação, que, segundo países ou entidades, apresenta-se mais amplo ou mais restrito (Ordóñez, 2000).

Em termos conceituais, as definições de saúde ambiental adotadas pelos diversos países, também apresentam algumas diferenças, geralmente relacionadas à abrangência do seu campo de atuação. Estes diferentes conceitos, entretanto, guardam grande similitude entre eles. O Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EE.UU. por exemplo, define saúde ambiental como:

“(...) Aqueles aspectos das doenças e lesões ocasionada aos seres humanos, que são determinados ou condicionados por fatores do meio ambiente. Estes antecedentes implicam em estudos dos efeitos patológicos diretos de diversos agentes químicos, físicos e biológicos, assim como dos efeitos que

exercem os meios físico e social na saúde em geral, entre outros a moradia, o desenvolvimento urbano, o uso da terra e do transporte, a indústria e a agricultura” (EE.UU., 2000 apud OPS/OMS, 2001).

Enquanto que a Carta Europeia sobre meio ambiente e saúde, adota o seguinte conceito de saúde ambiental:

“(...) A saúde ambiental inclui tanto os efeitos patológicos diretos das substâncias químicas, a radiação e alguns agentes biológicos, assim como os efeitos (com frequência indiretos) à saúde e ao bem-estar derivados do meio físico, psicológico, social e estético em geral, compreendendo a moradia, o desenvolvimento urbano, o uso da terra e do transporte” (Johnson, 1997 apud OPS/OMS, 2001).

No que se refere à organização dos serviços de saúde ambiental, também existe uma grande diversidade de arranjos organizacionais com distintas denominações, que variam de país a país, demonstrado no quadro 2, em aposto (OPS/OMS, 1998 apud Ordóñez, 2000).

No Brasil, a expressão ‘saúde ambiental’ é definida pelo Ministério da Saúde como:

“Área da Saúde Pública afeta ao conhecimento científico e à formulação de políticas públicas relacionadas à interação entre a saúde humana e os fatores do meio ambiente natural e antrópico que a determinam, condicionam e influenciam, com vistas a melhorar a qualidade de vida do ser humano, sob o ponto de vista da sustentabilidade” (Brasil, 2005a).

No que concerne ao contexto institucional, a partir de 1999 as ações de saúde ambiental passaram a ser operacionalizadas no âmbito da área de vigilância em saúde do Centro Nacional de Epidemiologia. Recebe inicialmente o nome de ‘vigilância ambiental em saúde’(VAS), e a partir de 2003, com a criação da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, passa a se denominar ‘vigilância em saúde ambiental’, sendo definida como:

“A Vigilância em Saúde Ambiental consiste em um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento e a detecção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de identificar as medidas de prevenção e controle dos fatores de risco ambientais relacionados às doenças ou a outros agravos à saúde” (Brasil, 2007a).

2.2 Vigilância em saúde ambiental no contexto da vigilância em saúde

As condições políticas, econômicas e sociais vigentes de um país são determinantes para a caracterização da natureza dos problemas de saúde e para a definição do modo como enfrentá-los (Rosen, 1994).

A necessidade de reduzir a mortalidade e assegurar a reprodução da força de trabalho visando ao controle público dos espaços urbanos viabilizou a regulamentação e implementação da fiscalização sanitária com objetivo de reordenar os espaços de trabalho e de moradia, reduzindo a exposição humana a lugares insalubres, segundo as concepções higienistas vigentes, antes mesmo do surgimento da modalidade de vigilância. Esta prática ficou conhecida como polícia médica constituindo-se em um importante componente do movimento sanitário que deu início ao processo de transição demográfica nos centros industriais em formação (Sabroza e Leal, 1992).

Historicamente, o conceito de vigilância se origina a partir do século XIX por meio de William Farr ao caracterizar como função de Saúde Pública a coleta dos dados relevantes em saúde, compilação, avaliação e divulgação dos mesmos às autoridades de saúde e ao público em geral. Este conceito se expandiu até o século XX quando são desenvolvidos vários sistemas de vigilância (Declich e Carter 1994), onde a bioestatística e a epidemiologia aplicada à análise de dados e as técnicas de programação dos serviços de saúde passaram a ter um papel essencial na prática da vigilância e controle de doenças (Sabroza, Osanai e Toledo, 1992).

Nos anos 50, Langmuir, como chefe do setor de epidemiologia do Centro de Controle de Doenças dos Estados Unidos (CDC), divulga um conceito de vigilância advogando a concepção de vigilância enquanto monitoramento da ocorrência de doenças em populações, por compreender que existe uma separação clara entre as funções de vigilância e de intervenção, onde a vigilância não incorpora as ações de controle, ou seja, apesar das ações de controle serem um propósito da vigilância, o controle de doenças deveria permanecer com a decisão e execução por parte das autoridades de saúde local. Portanto, segundo Langmuir, (1963):

“Vigilância, quando aplicada para uma doença, significa a observação contínua da distribuição e tendência da incidência da doença, mediante a coleta sistemática, consolidação e avaliação dos informes de morbidade e mortalidade, assim como de outros dados

relevantes, e a regular a disseminação dessas informações a todos os que necessitam conhecê-las”.

Posteriormente, na década de 60 do século passado, Karel Raska propõe a incorporação à vigilância o termo “epidemiológica”, passando a conceituá-la como:

“Vigilância epidemiológica é o estudo epidemiológico de uma enfermidade considerada como um processo dinâmico que abrange a ecologia dos agentes infecciosos, o hospedeiro, os reservatórios e vetores, assim como os complexos mecanismos que intervêm na propagação da infecção e a extensão com que essa disseminação ocorre” (Raska, 1966).

Em 1968 a OMS incorporando a definição de Raska propôs o modelo institucional de controle de doenças em que as atividades de vigilância e controle deveriam ser integradas, com o conhecimento epidemiológico orientando as práticas de controle e estas definindo as necessidades de coleta e análise de dados (Sabroza, 2006). Desta forma o conceito de vigilância epidemiológica passa a ser internacionalmente divulgado. No entanto, em diversos países, principalmente da América do Norte e Europa, as práticas de vigilância continuaram não incluindo na sua concepção as medidas de controle (Declich e Carter 1994)

Retomando as argumentações de Langmuir, na sua concepção a ampliação dos significados da vigilância para vigilância epidemiológica, além de etimologicamente incorreta, encobriria o significado de um conceito útil e específico uma vez que a vigilância passa a ser confundida com a administração de programas de controle e com a própria epidemiologia. (Langmuir, 1984 apud Silva Junior, 2004). Além deste, surgiram outros questionamentos até que em 1988 Thacker & Berkelman ao publicarem um extenso trabalho sobre as práticas da vigilância, reafirmam que o uso do termo “epidemiológica” para qualificar vigilância é equivocado, considerando que a epidemiologia é uma disciplina abrangente que ao incorporar a pesquisa, sua aplicação nos serviços de saúde vai além do “instrumento de saúde pública que denominamos vigilância”. Neste sentido, os autores propõem a adoção da terminologia: “Vigilância em Saúde Pública” a fim de evitar confusões quanto a precisa delimitação dessa prática. Desde então, essa terminologia consagrou-se internacionalmente sendo utilizada a partir dos anos 90 em todas as publicações sobre o assunto (Thacker e Berkelman, 1984 apud Waldman, 1998).

No Brasil, a denominação de Vigilância epidemiológica, é dada pela Lei Orgânica da Saúde que a define como:

“Um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos” (Brasil, 1990).

Embora esta definição vá além da doença por incorporar os fatores determinantes e condicionantes da saúde até recentemente os órgãos responsáveis por sua implementação continuam a centrar esforços na vigilância das doenças transmissíveis (Silva Junior, 2004).

Mesmo assim, a partir da década de 1990, surge no Brasil o debate de diversas vertentes da vigilância da saúde, entre elas a vigilância em saúde equivalente à análise de situação de saúde, a vigilância da saúde como proposta de integração institucional entre a vigilância epidemiológica e a sanitária, posteriormente somada à vigilância ambiental, e a vigilância da saúde como uma proposta de redefinição das práticas sanitárias (Teixeira et al, 1998).

Segundo Silva Junior (2004), mesmo não sendo o modelo adotado em outros países, o modelo do Brasil incorporou ao conteúdo da vigilância em saúde as ações de prevenção e controle, além da coleta, consolidação, análise, interpretação e disseminação de dados e informações. Ainda segundo o autor, as práticas da vigilância sanitária não foram integradas a vigilância em Saúde Pública, por terem como foco central atividades de regulação, controle e fiscalização sanitária sobre a produção, distribuição e consumo de produtos e serviços passíveis de se tornarem nocivos à saúde.

No âmbito do MS não foi localizado nenhum documento oficial que explicita o conceito de vigilância em saúde. Não sendo possível assim, averiguar a aproximação das práticas de vigilância em saúde adotadas pelo MS em relação às diversas vertentes, em debate na atualidade, sobre esta temática. No entanto, foi possível verificar que a vigilância das doenças transmissíveis; a vigilância das doenças e agravos não transmissíveis e seus fatores de risco; a **vigilância ambiental de saúde** [grifo nosso] e a vigilância da situação de saúde compõem o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (Brasil, 2004a).

No tocante especificamente a VSA, no Brasil, as ocorrências de situações epidêmicas envolvendo, por exemplo, acidentes e/ou intoxicações originadas a partir de riscos presentes no ambiente foram enfrentadas tanto pela vigilância epidemiológica (VE) como pela vigilância sanitária (VS) nas diversas UF do país, até que ocorresse a estruturação da VSA (Tambellini e Câmara, 1998).

Ainda no campo da VSA, a importância que representam os processos produtivos na relação da saúde com o ambiente, demonstram as interfaces que essa vigilância requer com as demais vigilâncias, para a sua efetiva atuação. A VSA deverá interagir com a vigilância epidemiológica, no que diz respeito às doenças relacionadas, qualquer que seja a forma, ao ambiente ecológico-social; com a vigilância sanitária, quando a produção, distribuição e consumo de produtos/mercadorias e serviços gerem resíduos capazes de produzir modificações na natureza e afetar a saúde; e com a vigilância da saúde do trabalhador, pela necessidade do conhecimento dos processos produtivos que possam poluir os sistemas ecológico-sociais (Tambellini e Câmara, 2002).

Portanto, o entendimento dos objetos da vigilância em saúde, que configuram tipos particulares de vigilância, “oficialmente nominados”, pode se constituir em instrumento de valor para visualizar e aprofundar as articulações necessárias entre as vigilâncias, na direção da integralidade que é própria da saúde (Tambellini e Câmara, 2002).

2.3 Sistema de vigilância

Sem entrar no mérito de cada uma das atuais vertentes da vigilância, já que não é o propósito deste estudo, mas, tomando-se por base o enfoque sistêmico da atuação da vigilância enquanto instrumento da Saúde Pública/Coletiva, ao gerenciar ou planejar o desenvolvimento de sistemas de vigilância, é importante considerar dois aspectos: o primeiro, que a vigilância pode variar em metodologia, abrangência e objetivos; e o segundo, que a vigilância necessita ser adequada ao nível de complexidade e grau de desenvolvimento tecnológico do sistema de saúde no qual ela está inserida (Waldman, 1998).

Ainda segundo Waldman (1998), dependendo das peculiaridades de cada sistema nacional de saúde, a vigilância assumirá conceitos distintos. Porém,

algumas das características desses sistemas são internacionalmente reconhecidas e aceitas. Entre elas:

a) Os sistemas de vigilância devem ser simples e contínuos, apresentando, obrigatoriamente, três componentes: coleta de dados; análise; e ampla divulgação das informações analisadas à todos aqueles que as geraram e que delas devem ter conhecimento, para tomar de decisões. Segundo seus objetivos e peculiaridades, no entanto, cada sistema de vigilância apresenta características específicas a serem desenvolvidas, de forma passiva ou ativa, e utiliza todas as fontes necessárias e disponíveis de informação.

b) A vigilância, entendida como um instrumento da Saúde Pública/Coletiva, constitui pré-requisito à elaboração de programas de saúde e instrumento de avaliação de seus impactos, sendo útil, também, na identificação de fatores de risco e de populações vulneráveis à exposição ao risco, para tornar as medidas de prevenção e controle mais efetivas.

c) Um sistema nacional de vigilância poderá incluir tantos subsistemas de vigilância específicos para eventos adversos à saúde quantos são os problemas prioritários de saúde do país, para os quais há possibilidade de desenvolver programas nacionais, estaduais ou locais de prevenção e controle. Cabe aos sistemas locais de saúde aderir ou não a cada um desses subsistemas, de acordo com suas prioridades e disponibilidade de recursos - à exceção dos programas destinados às doenças de notificação compulsória, de obrigatoriedade nacional. Dessa forma, a cada subsistema específico de vigilância compete o acompanhamento contínuo do evento sob vigilância, com o objetivo de estabelecer as bases técnicas e definir as normas necessárias à elaboração e implementação de seus programas de prevenção e controle.

d) A existência de programas continuados de formação e treinamento de recursos humanos, especialmente em epidemiologia constitui peça-fundamental no desempenho dos sistemas de vigilância, bem como elo de ligação desses sistemas com a área de pesquisa.

e) Por fim, os subsistemas de vigilância específicos devem se submeter a avaliação periódica, de forma a se adequarem às características do sistema nacional de saúde em seus diferentes momentos. Essas avaliações poderão servir de base a

uma possível reconsideração e/ou reformulação de programas de prevenção e controle do agravo.

Além das características mencionadas, é mister destacar que o êxito de um sistema de vigilância depende do equilíbrio adequado de suas características. Por conseguinte, cada um de seus objetivos deve ser claro e estar explícito, além de identificados os componentes que o integram e estabelecido o fluxo de sua operacionalização (CDC, 2001).

No Brasil, o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde está inserido em um sistema maior, o Sistema Único de Saúde. Sua gestão compete ao Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Vigilância em Saúde, que a compartilha com as demais esferas de governo, cujas atribuições conferidas foram normalizadas pela Portaria Ministerial Nº. 1.172, de 15/06/2004 (Brasil, 2004a)

2.4 Modelo teórico-lógico

No que concerne a sua definição,

“O modelo lógico de um programa é definido como uma imagem de como sua organização realiza seu trabalho – a teoria e os pressupostos subjacentes ao programa. Um modelo lógico de um programa conecta resultados (tanto de curto quanto de longo prazo) às atividades/processos do programa e aos seus pressupostos teóricos” (W. K. Kellogg Foundation, 2004).

O uso de ferramentas, como modelos lógicos, pode dar visibilidade ao profissional nas áreas de planejamento, delineamento, implementação, análise e geração de conhecimento. O desenvolvimento do modelo é uma oportunidade para mapear o caminho. Esse processo, consciente, gera uma compreensão explícita dos desafios vitoriosos, dos recursos disponíveis e do momento de atingir seu objetivo. Ademais, ajuda a manter um foco equilibrado entre o todo e as partes componentes, considerando o contexto onde as ações do programa ou atividade acontecem (W. K. Kellogg Foundation, 2004).

De um modo geral, a modelagem lógica pode melhorar e ampliar a participação e a utilidade da avaliação, como ferramenta de gerenciamento e de aprendizado. Desenvolver e utilizar modelos lógicos é passo importante no sentido da construção de uma gestão coletiva e do fortalecimento da voz da equipe. A habilidade na consecução de resultados e na antecipação das formas de medi-los fornece a todos

os participantes do programa um mapa claro da estrada a seguir (W. K. Kellogg Foundation, 2004).

A construção de um modelo lógico para o planejamento ou para avaliação deve considerar os componentes específicos de cada intervenção e explicitar os aspectos teórico-metodológicos a serem abordados na análise; e permitir descrever como essa política ou intervenção exerce sua influência, em uma expectativa de confrontar no futuro para qualificar ou estimar seus possíveis efeitos de cada um de seus componentes ou subcomponentes (Hartz, 1999).

Os modelos lógicos podem ser construídos de várias maneiras, com diferentes níveis de especificidade e complexidade, e serem representados visualmente, de diferentes formas. No entanto, geralmente as abordagens são agrupadas em dois grandes grupos: aqueles que partindo dos efeitos que se espera da intervenção desenham o programa com suas atividades; e as abordagens que partem da seleção dos componentes do programa até os objetivos e efeitos esperados, levando em consideração sua rota. Há ainda, a possibilidade de uma abordagem mista, em que se contemplam essas duas situações. Independentemente da forma de abordagem adotada, recomenda-se especial atenção com a leveza e clareza pretendida para a representação gráfica do modelo lógico a ser apresentado (Hartz, 1999).

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Construir um modelo lógico para o Subsistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental – SINVSA – a partir da percepção de seus gestores.

3.2 Objetivos específicos

I. Descrever a estrutura e operacionalização do SINVSA no SUS.

II. Identificar, descrever e analisar a percepção dos gestores do SINVSA sobre a Vigilância em Saúde Ambiental tal como é e como deve ser operacionalizada pelo SINVSA.

4. METODOLOGIA

4.1 Desenho de estudo

Este estudo se caracteriza, quanto aos fins, como uma pesquisa qualitativa de natureza exploratória descritiva.

A abordagem qualitativa permite descrever o pensamento dos sujeitos da pesquisa, visando relacionar o abstrato com o concreto, traduzindo a linguagem e a interpretação de grupos, facilitando a compreensão de comportamentos, idéias e particularidades (Oliveira, 1999).

Segundo Silva e Menezes (2005), a pesquisa qualitativa considera que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, ou seja, a subjetividade do sujeito e o mundo objetivo possuem vínculos indissociáveis que não podem ser traduzidos em números.

Godoy (1995) afirma que a pesquisa qualitativa também pode se configurar como de natureza exploratória e descritiva, pois,

“(...) quando estamos lidando com problemas pouco conhecidos a pesquisa de cunho exploratório, neste tipo de investigação parece ser a mais adequada. Quando o estudo é de caráter descritivo e o que se busca é o entendimento do fenômeno como um todo, na sua complexidade, é possível que uma análise qualitativa seja a mais indicada”.

Logo, este estudo é definido como uma pesquisa qualitativa de natureza exploratória, face ao pouco conhecimento sistematizado sobre o Subsistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental implantado no Brasil há nove anos; e de natureza descritiva, porque busca o entendimento do SINVSA como um todo na sua complexidade, a partir da análise crítica da percepção de seus gestores sobre como a vigilância em saúde ambiental é e deve ser operacionalizada com vistas ao seu fortalecimento no SUS.

4.2 Objeto de investigação

Minayo (2007) afirma que o objeto de investigação do ponto de vista prático, na sua grande maioria é expresso sob a forma de pergunta. Neste sentido, o objeto de investigação deste estudo implica em responder a seguinte questão:

Qual é a representação esquemática do SINVSA capaz de explicar como este subsistema deve se organizar no desenvolvimento de suas ações para atingir seus objetivos, segundo a percepção dos seus gestores?

Adotando-se aqui o conceito de percepção no escopo da cognição, como o

“(...) processo pelo qual, a partir do interesse e da necessidade, estruturamos e organizamos nossa interface com a realidade e o mundo, selecionando as informações observadas, armazenando-as e conferindo-lhe significado” (Nascimento, 1996).

4.3 O espaço de pesquisa

Elegeu-se como espaço de pesquisa a Coordenação-Geral de Vigilância em Saúde Ambiental - CGVAM, por sua relevância, pois na qualidade de uma das áreas responsáveis pela gestão federal do SUS, coordena o Subsistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental - SINVSA, e estabelece as normas e diretrizes para a sua atuação.

A CGVAM é parte integrante da Secretaria de Vigilância em Saúde que por sua vez constitui uma das seis secretarias que compõe o quadro institucional do Ministério da Saúde no âmbito federal.

4.4 Estratégia operacional da pesquisa

Em função dos objetivos propostos, o estudo foi desenvolvido em etapas apresentadas a seguir, as quais embora não estanques, foram fundamentais para obtenção dos resultados.

Etapa 1 - Coleta e tratamento dos dados

Foram coletados dados de fontes primárias e fontes secundárias. Os dados primários foram gerados pelas entrevistas com informantes-chave; e os dados secundários, mediante análise documental.

Análise documental

Constitui uma técnica importante na pesquisa qualitativa, seja complementando informações obtidas por outras técnicas, seja desvelando aspectos novos de um tema ou problema (Ludke e André, 1986). Para tanto, é necessário estabelecer critérios e que o pesquisador justifique os motivos que o levou a optar por tais fontes (Minayo, 2007).

A análise documental realizada, para efeito desse estudo, adotou os seguintes critérios para identificação das fontes de informação: documento formalmente institucional da CGVAM/SVS/MS; documentos técnicos científicos relacionados à saúde ambiental produzidos por instituições parceiras do Ministério da Saúde e material bibliográfico que abordassem, especificamente, a estrutura, funcionamento e/ou concepção da vigilância em saúde ambiental no Brasil. Para a busca do material bibliográfico, foram adotados os seguintes descritores: saúde ambiental no Brasil; vigilância em saúde ambiental no Brasil; vigilância ambiental em saúde; vigilância em saúde no Brasil e SINVSA. Como critérios de inclusão foram considerados: publicações em língua portuguesa, espanhola e inglesa realizadas no período de 1980 até agosto/2007, restritas a realidade brasileira. A seleção destes descritores e os critérios de inclusão adotados deveram-se ao fato de que a análise documental realizada destinava-se a contribuir com registros que auxiliassem no entendimento técnico-institucional do SINVSA. Isso posto, implicou na rejeição de outras fontes de coleta de dados que não tratavam especificamente do objeto em questão.

Assim, foram levantados e identificados documentos institucionais da CGVAM, como Instruções Normativas, Portarias, Relatórios Técnicos, informações disponibilizadas no sítio eletrônico - www.saude.gov.br/svs sobre a vigilância em saúde ambiental, dentre eles o III Inventário Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental realizado pela CGVAM; documentos produzidos pelo Grupo Técnico de Saúde Ambiental da ABRASCO, além de artigos técnico-científicos que se enquadravam nos critérios pré-estabelecidos.

Inicialmente, para tratamento dos dados coletados, reuniu-se todos os documentos identificados. A leitura e fichamento desses documentos tiveram papel central nesta fase de análise documental.

Entrevistas

Com objetivo de captar a percepção os gestores da CGVAM sobre a concepção da vigilância em saúde ambiental, como ela é e deve ser operacionalizada pelo SINVSA, foram identificados informantes-chave, os quais, foram abordados mediante entrevista semi-estruturada que seguiu roteiro pré-estabelecido (Apêndice A), dividido em duas etapas: Na primeira etapa, foram

contempladas questões relacionadas ao perfil do entrevistado; a concepção ecológica e social; ao processo de estruturação e concepção da vigilância em saúde ambiental e a operacionalização do SINVSA. Na segunda etapa, explorou-se a percepção dos gestores em termos de perspectivas para o SINVSA. Antes de se definir a versão final do roteiro utilizado nas entrevistas, ele foi pré-testado - mediante simulação de 2 entrevistas - e logo recebeu os ajustes necessários para garantir sua coerência e objetividade.

As entrevistas foram previamente agendadas com os informantes-chave. Nesse primeiro contato, revelava-se o interesse da pesquisa, seus objetivos e motivos para a escolha do entrevistado. Todas as entrevistas foram realizadas nos locais de trabalho dos informantes-chave, durante o período de 1º a 12/11/2007. Não foi delimitado o tempo de duração das entrevistas, visando proporcionar aos entrevistados o direito de se expressarem livremente. Em média o tempo gasto foi de uma hora e trinta minutos – à exceção de uma única entrevista, que por vontade própria do entrevistado atingiu o tempo de 3 horas e meia.

As entrevistas foram registradas por gravações magnéticas, seguidas de transcrição com auxílio do *software VIAVOICE – Release 9* (IBM, 2002). Ao serem transcritas as entrevistas foram codificadas para evitar identificações que interferissem nas análises; logo, foram inseridas em um mapa transversal construído por meio do *software Excel* (MICROSOFT, 2000) contendo 88 colunas e 11 linhas. Cada coluna intitulava um dos aspectos abordados na entrevista de acordo com o roteiro pré-estabelecido. As linhas contemplavam os relatos de cada um dos entrevistados, constituindo-se assim em um banco de dados contendo 880 registros a serem analisados.

Para efeito desse estudo, foram definidos como informantes-chave profissionais que possuíam determinados atributos, aqui entendidos enquanto conhecimentos e experiências capazes de refletir o pensamento da vigilância em saúde ambiental. Partindo desse pressuposto, foram identificados profissionais que ocupavam cargos relevantes e posições estratégicas na CGVAM há pelo menos dois anos: dirigentes (3) e gerentes dos subcomponentes do SINVSA e de suas áreas-meio (8), perfazendo 11 entrevistados. Cabe ressaltar que todos os informantes-chave selecionados se dispuseram a conceder as entrevistas, não havendo recusas a serem registradas.

Etapa 2 - Análise e interpretação dos dados

Por se entender que a modalidade de Análise de Discurso atende, de maneira mais ampla, o tipo de compreensão à que este estudo se propõe, optou-se pelo uso dessa técnica como instrumento de análise.

Do ponto de vista operacional, o plano de análise desenvolvido durante a realização deste estudo constituiu-se nos seguintes níveis:

1º. Nível – Perfil dos entrevistados

A importância de se caracterizar o perfil dos entrevistados, se traduz no fato de que estes profissionais como ocupantes de cargos relevantes e posições estratégicas da CGVAM refletem a condução dos processos operacionais do Subsistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental, de acordo com sua percepção, conhecimento e experiência na área de saúde ambiental.

2º. Nível - Contexto¹ Sócio-histórico da vigilância em saúde ambiental

Neste nível de análise, procedeu-se uma descrição do contexto sócio-histórico em que a vigilância em saúde ambiental está inserida, desde a sua origem institucional até a estrutura técnico-operacional disponível na atualidade para operacionalizar o SINVSA.

3º Nível - Análise crítica da percepção dos entrevistados com relação à concepção e operacionalização do SINVSA

A partir dos relatos dos informantes-chave observou-se o sentido, a lógica interna, as projeções e as interpretações dos seus discursos sobre a VSA. As análises desses discursos foram realizadas por meio dos seguintes passos:

Pré-análise: fase de releitura dos discursos sistematizados anteriormente no mapa transversal, procedendo-se uma “leitura flutuante”² com intuito de facilitar o passo seguinte de análise propriamente dita.

¹ Contexto é um todo coerente em que cada elemento está, de uma maneira ou de outra, em relação com outro elemento; e de outro, que essas relações formam na própria realidade objetiva, correlações concretas, conjuntos, unidades ligadas entre si de maneira complementares diversas, mas sempre determinadas (Lukács 1967 apud Minayo, 2007, p.354).

² Leitura flutuante é assim denominada por alguns autores como a leitura que permite apreender as estruturas de relevância dos atores sociais, as idéias centrais que tentam transmitir os momentos-chaves e suas posturas sobre o tema em foco (Minayo, 2007, p.357)

Categorização de análise: uma vez realizada a sistematização dos elementos do discurso, procede-se sua classificação, à qual se denominou 'categorização'. As categorias para essa referência são denominadas de 'analíticas', 'operacionais' e 'empíricas', diferenciadas por Minayo (2007) da seguinte forma:

Categorias analíticas são aquelas que retêm historicamente as relações sociais fundamentais, servindo como guias teóricos e balizas para o conhecimento de um objeto nos seus aspectos gerais.

Categorias operacionais, ao contrário das categorias analíticas, são construídas com a finalidade de aproximar o objeto de pesquisa, à sua fase empírica. Sua finalidade é de permitir a observação e o trabalho de campo.

Categorias empíricas recebem esse nome quando são construídas a *posteriori*, a partir da compreensão do ponto de vista dos atores sociais, possibilitando desvendar relações específicas do grupo em questão.

Para operacionalizá-las, as categorias analíticas são geralmente trabalhadas desde o início da investigação (Minayo, 2007). Porém, as categorias operacionais, que agregam conteúdos pelo critério de semelhança de sentido, podem ser definidas ao longo do processo de categorização, caracterizando-se como um modelo aberto. Também é possível adotar-se um modelo fechado quando a classificação dos conteúdos se dá a partir das categorias definidas previamente. Ainda é possível um modelo misto, em que as categorias são definidas previamente ressaltando-se que, ao longo do processo de categorização, elas poderão ser modificadas em face da necessidade de se considerar todos os elementos significativos para a análise (Laville; Dionne, 1999 apud Barbosa, 2006).

Outrossim, Kerlinger (1980, apud Peñafiel, 2005) afirma ainda que as categorias operacionais "*atribuem significado a um constructo ou variável especificando as atividades ou operações necessárias para medi-la ou manipulá-la*".

Com o propósito de identificar o maior número possível de elementos significativos para compreensão do objeto de estudo, este estudo adotou o modelo misto de categorização. E a concepção e a práxis como categorias de análise, assim definidas:

Concepção: Para efeito deste estudo adotou a definição de Zaniratti e Petri (1991) em que **concepção** é a construção teórica fundamentada em princípios e

objetivos estratégicos, onde os princípios são pressupostos (de conteúdo e forma), os critérios que orientam as decisões e avaliações no dia-a-dia e os objetivos, onde se pretende chegar mais à longo prazo.

Práxis: termo de origem grega que significa ação, realização, a prática se contrapondo à teoria; para efeito desse estudo, **práxis** foi entendida como o conjunto de práticas que operacionalizam o SINVSA.

A partir dessas categorias de análise, as categorias operacionais foram sendo desenvolvidas no decorrer do processo de análise (Quadro 3). Os aspectos analisados em cada uma das categorias construídas constituíram-se em:

Categoria analítica Concepção

a) Categoria Operacional 'Noção (conceito)' – Explorou-se a percepção dos entrevistados quanto à diferença ou semelhança entre a VSA e VAS; sua compreensão dos objetivos do SINVSA, seu objeto de vigilância e seu modelo de atuação considerando-se que esses elementos estão diretamente relacionados com a noção dos entrevistados sobre o que é vigilância em saúde ambiental.

b) Categoria operacional 'visão de mundo/aproximação com a prática' - Em um primeiro momento, buscou-se identificar a compreensão que os gestores do SINVSA têm da percepção geral da sociedade brasileira sobre a relação homem-natureza (pensamento egocêntrico ou antropocêntrico), segundo as práticas dominantes na sociedade, na perspectiva da sustentabilidade (tecnologias limpas, entre outras alternativas). Em seguida, verificou-se a percepção do entrevistado sobre a responsabilidade social e a amplitude dos atores envolvidos com a saúde ambiental, para averiguar sua percepção quanto à participação social nas questões relacionadas à saúde ambiental. Por último, procurou-se analisar a percepção dos gestores do SINVSA sobre a necessidade da incorporação de estudos e pesquisas que venham a contribuir para as práticas da VSA, a partir da sua visão geral (visão de mundo).

Categoria analítica Práxis

a) Categoria operacional 'práticas operacionais do SINVSA' – As dimensões definidas para análise dessa categoria tomou por base os elementos essenciais à operacionalização de um sistema de vigilância (Waldman,1998). Desta forma, as

mesmas foram delineadas com o propósito de identificar e caracterizar como os gestores do SINVSA põem em prática sua concepção de VSA no planejamento, na implementação da capacidade operacional, nas parcerias intra e intersetoriais, no sistema de informação; e como realizam a avaliação e monitoramento operacional e de gestão.

b) Categoria operacional 'perspectiva de futuro' – esta dimensão verificou qual a percepção do entrevistado sobre as perspectivas de futuro institucional do SINVSA, ou seja, sua implantação no SUS, avanços e desafios. Também foi investigada a expectativa dos entrevistados enquanto profissionais da área, a fim de observar seu compromisso profissional; por último, analisou-se as projeções futuras dos entrevistados, a imagem-objeto que identificam para o SINVSA, enquanto parte integrante da área de saúde ambiental.

Etapa 3 – Sistematização dos resultados

A partir da categorização realizada, os resultados da percepção dos gestores do SINVSA foram sistematizados de acordo com as categorias de análises e suas respectivas categorias operacionais, constituindo-se, dessa forma, as bases para construção do modelo lógico do SINVSA a ser proposto. Na apresentação dos resultados, a utilização de exemplos das falas expressa o discurso dos sujeitos e sua seleção pautou-se na representação mais abrangente do discurso do grupo dos informantes-chave entrevistados. Ao final de cada citação, sem identificar o entrevistado, assinalou-se, entre parênteses, a ordem da entrevista: (Ent. n°).

Etapa 4 – Construção do modelo lógico do Subsistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental

Como parte integrante da descrição do SINVSA, elaborou-se um modelo lógico baseado na análise documental, representando o SINVSA de maneira esquemática, onde se procurou caracterizar como o Subsistema se organiza para desenvolver suas ações.

A arquitetura do modelo lógico baseado na análise documental, optou em adotar por referência o modelo lógico elaborado pela Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Secretária de Atenção à Saúde do Ministério da

Saúde, quando da construção da sua política de monitoramento e avaliação da atenção básica expressa na forma de modelo lógico (Brasil, 2005c).

Desta forma, para construção deste modelo lógico, baseado na análise documental, as intervenções desenvolvidas pelo SINVSA foram agrupadas em conjuntos de ações, de acordo com suas afinidades de execução, sendo estes conjuntos de atividades denominados componentes nucleares. Portanto, o modelo lógico resultante da análise documental buscou identificar os elos entre os projetos e/ou atividades realizadas pela vigilância em saúde ambiental com os objetivos do SINVSA.

Durante a realização das entrevistas os componentes nucleares identificados, foram apresentados aos entrevistados para que eles, analisassem se todas as intervenções desenvolvidas pelo SINVSA estavam ali contempladas, do contrário, solicitou-se que fossem apontadas quais as intervenções faltantes ou incoerentes com as práticas do SINVSA.

Para construção do modelo lógico a ser proposto, como resultante desse estudo, confrontou-se o modelo lógico baseado na análise documental com os resultados obtidos na análise crítica das percepções dos entrevistados sobre a concepção e operacionalização do SINVSA.

4.5 Aspectos éticos

No que se refere aos aspectos institucionais, a anuência do Ministério da Saúde, por meio da CGVAM-SVS, para realização do presente estudo, foi registrada por meio de um termo de anuência Institucional fornecido pelo Coordenador Geral da CGVAM (Apêndice B), considerando que esta área técnica do Ministério da Saúde se caracteriza no espaço de realização da pesquisa

Na sua primeira etapa o presente estudo se baseou em análise de dados documentais, tratando-se, portanto, de documentos de domínio público.

Para etapa do estudo, que envolveu entrevistas com gestores do SINVSA, cada participante foi informado sobre o objetivo da pesquisa e do direito de desistir de sua participação em qualquer fase do processo. Aos que aceitaram participar da entrevista, solicitou-se o preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C), primando-se pelo respeito às pessoas que contribuíram

com a viabilidade do estudo e em consonância, com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que incorpora, sob a ótica do indivíduo e da coletividade, os referenciais básicos da Bioética: autonomia; não maleficência; justiça; entre outros, que visam assegurar os direitos e deveres a serem respeitados e que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado.

Em atenção a esses pressupostos, o presente estudo foi previamente submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia sob registro CEP: 045-07/CEP-ISC tendo sido aprovado em 31/10/2007 de acordo com o parecer de número 047-07/CEP-ISC (Apêndice D).

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com objetivo de facilitar a compreensão dos subsídios que se fizeram necessários à construção do modelo lógico do SINVSA, apresentado como produto final do estudo, a abordagem deste quinto capítulo foi sistematizada em quatro etapas, a saber: a) perfil dos entrevistados; b) construção da vigilância em saúde ambiental no Brasil e seu contexto sócio-histórico; c) descrição da estrutura técnica-operacional da CGVAM para operacionalização do SINVSA; e d) análise crítica da percepção dos gestores do SINVSA sobre a Vigilância em saúde ambiental tal como é e tal como deve ser operacionalizada por meio do SINVSA.

5.1 Perfil dos entrevistados

O grupo dos informantes chaves, constituído pelos onze entrevistados caracterizou-se no perfil apresentado na tabela 1

Tabela 1 - Perfil dos gestores do SINVSA (informantes chaves) entrevistados CGVAM, 2007

Sexo	N	%
Masculino	7	63
Feminino	4	37
Graduação		
Médico	1	9
Farmacêutico	1	9
Biólogo	2	18
Químico	2	18
Físico	1	9
Matemático/físico	1	9
Engenheiro sanitário	1	9
Engenheiro agrônomo	1	9
Engenheiro florestal	1	9
Pós-graduação		
Doutorado	5	45
Mestrado	5	45
Especialização	1	9
Vínculo empregatício		
Consultores (contratos por produto) ^(a)	8	73
Cedidos por outros órgãos – com DAS ^(b)	3	27
Tempo de serviço		
2 anos ≤ 4 anos	3	27
≥ 4 anos	8	73

Fonte: CGVAM/SVS/MS, 2007.

a) Consultores (contratos por produto): técnicos contratados por intermédio de organismos internacionais, como OPAS, UNESCO, ou PNUD, para prestarem serviços junto ao MS na forma de produtos técnicos com prazos pré-estabelecidos de no máximo, 11 meses.

b) DAS: Cargo de direção de assessoramento superior nomeado por portaria ministerial.

Os resultados da Tabela 1 apontam que a atual equipe gestora do SINVSA possui uma qualificação bastante diversificada, tanto no nível de graduação como no de pós-graduação, contemplando áreas relacionadas com a saúde, o meio ambiente e até com as ciências exatas (matemática; física).

As pós-graduações relacionadas ao campo da saúde foram desenvolvidas nas áreas de epidemiologia, epidemiologia ambiental, saúde ambiental, saúde pública, patologia molecular, físico-química, engenharia biomédica, engenharia de saúde pública e especialização em VSA. As pós-graduações relacionadas ao campo do meio ambiente referem-se a manejo e conservação do solo e da água, gestão de recursos hídricos, ecologia, saneamento ambiental, planejamento e gestão ambiental no desenvolvimento sustentável (gestão pública e política ambiental).

No tocante a experiência em VSA ou atividades correlatas, constatou-se que todos os entrevistados possuíam algum tipo de experiência anterior a sua atuação na CGVAM, direta ou indiretamente relacionadas à saúde ambiental, seja na área da Saúde ou do Meio Ambiente.

Quanto ao tempo de serviço na CGVAM, a média é de três anos, variando de 2 a seis anos – à exceção de um entrevistado que, apesar de contar apenas dois meses de atividade na área, trabalhava em parceria com a CGVAM há nove anos, como técnico da OPAS na área de saúde ambiental.

Observa-se, contudo, uma forte instabilidade funcional por nenhum dos gestores entrevistados pertencerem ao quadro permanente da administração direta do MS, o que deixa a área susceptível a possíveis mudanças na condução do processo de gestão. A qualquer instante, seus dirigentes podem ser substituídos. Essa realidade, no entanto, não é exclusiva da área de VSA, do MS, está presente na maior parte da gestão do serviço público brasileiro.

5.2 Construção da vigilância em saúde ambiental no Brasil e seu contexto sócio-histórico

5.2.1 Antecedentes

Em consonância com a observação de Tambellini e Câmara (1998) de que

“(...) do ponto de vista institucional, no Brasil, as questões ambientais tradicionalmente relacionadas à saúde foram durante muitos anos do século XX, uma preocupação quase que exclusiva de instituições voltadas ao saneamento básico (água, esgoto, lixo etc.)”,

Constatam-se duas iniciativas ocorridas no setor Saúde que, apesar de seus objetivos não serem dirigidos especialmente à conformação da área de saúde ambiental contribuíram para sua constituição: o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP); e o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS).

O SESP foi criado em meio à Segunda Guerra Mundial, a partir de contrato de cooperação firmado entre o governo brasileiro e o norte americano, visando preservar o aporte de matéria-prima aos países aliados em guerra, o que justificou seu foco de atuação na região de extração de borracha e minério de ferro, centralizando sua atuação em atividades sanitárias básicas: assistência médica; educação sanitária; controle de doenças transmissíveis; e saneamento. Na área de saneamento, a ação o SESP estendia-se da construção de melhorias sanitárias domiciliares³ até o abastecimento de água à comunidade. Em 1954, por exemplo, um acordo com o governo do Ceará permitiu a criação de um serviço especial de engenharia sanitária, para a implantação de um programa de abastecimento de água (Bastos,1996).

Em 1960, o SESP deixa de receber recursos internacionais e, por meio da Lei nº 3.750 (Brasil, 1960), transformou-se na Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (FSESP), expandindo ainda mais sua atuação na área de saneamento e passando a atuar em todas as UF, via contratos de construção de sistemas de abastecimento de água e tratamento de esgoto. Em 1963, contudo, o Departamento Nacional de Obras e Saneamento passou a exercer essa atividade e receber as verbas anteriormente destinadas à FSESP, razão pela qual um convênio firmado com o Banco Interamericano de Desenvolvimento permitiu à Fundação dedicar-se apenas a programas de abastecimento de água para cidades com população de 5 a 40 mil habitantes (Bastos,1996).

Ainda sobre a atuação da FSESP, que o governo Collor de Melo transformou na atual Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), merece destaque o trabalho de auxiliares, conhecidas como visitadoras sanitárias, tanto na unidade de saúde quanto na comunidade. Elas atuavam na promoção da saúde, prevenção de doenças, monitoramento e acompanhamento de grupos de risco sob a supervisão e

orientação do enfermeiro. Lembra-se, ainda, a função dos inspetores e auxiliares de saneamento, os quais, entre outras atividades, dedicavam-se à construção de melhorias sanitárias simplificadas e ao monitoramento da qualidade da água para consumo humano, desta feita, sob orientação de engenheiros sanitaristas (Bastos, 1996).

O PIASS instituído pelo Decreto-Presidencial nº 78.307 de 24/08/1976 (Brasil, 1976), tinha como pressuposto a máxima extensão de cobertura dos serviços de saúde, com prioridade para as zonas rurais e pequenas comunidades, além da regionalização da assistência baseada na desconcentração dos serviços, descentralização das decisões e da hierarquização da rede de unidades de saúde (Rosas, 1981). Estas, que vieram a constituir as primeiras iniciativas de descentralização e hierarquização da Saúde, primavam pela atenção especial às ações básicas de saúde. O PIASS recrutava seu pessoal de nível auxiliar nas próprias comunidades a serem beneficiadas, motivado pela necessidade de mobilização comunitária para atingir as metas do Programa, entre as quais destacavam-se os sistemas simplificados de abastecimento de água, destino de dejetos, do lixo e educação sanitária. Esses auxiliares eram treinados nos próprios serviços de saúde; nas localidades onde a FSESP se fazia presente, as visitadoras sanitárias, auxiliares e inspetores de saneamento deram contribuição inestimável a esses treinamentos.

O resgate histórico da atuação dessas iniciativas no âmbito do Ministério da Saúde fez-se necessário, para compreender o relato de um dos entrevistados ao mencionar:

“(....) esse foi o início da ação, de uma intervenção ambiental dentro do setor saúde, apesar da Fundação SESP já ter uma ação de saneamento muito anterior, era a FSESP (como esfera federal), não eram as secretarias estaduais de saúde. As secretarias estaduais começaram a atuar efetivamente com a área de saneamento por conta do PIASS, e foram aí os embriões para a área ambiental dentro do setor saúde porque eram essas áreas que trabalham com a vigilância da qualidade da água para consumo humano, eram nessas áreas onde tinham uma estrutura de saneamento principalmente na região nordeste, Norte de Minas e uma parte da Região Sudeste. A exemplo da Bahia, o núcleo de saneamento do PIASS foi que evoluiu para criar a coordenação de

³ Melhorias sanitárias domiciliares: são as intervenções de saneamento no domicílio, visando atender as necessidades básicas da população através de equipamentos e instalações para o abastecimento de água, esgotamento sanitário, resíduos sólidos e melhorias da habitação (Brasil, 1999a).

saúde ambiental porque se começou atuando só em saneamento e agente, óbvio, estabelecia uma parceria com a FSESP, então, toda a estrutura que foi criada no estado foi treinada pela FSESP, nós definíamos juntos, concebíamos o conteúdo e a ação passou a ser mais do que uma intervenção (...), a gente tinha todo um trabalho de educação ambiental, todo um trabalho de orientação às comunidades, do que propriamente da intervenção em si. E, esses agentes ambientais que eram os inspetores e auxiliares de saneamento das secretarias de saúde (...), à medida que eles começaram a avançar em suas atividades eles começaram a ser buscados pelas Vigilâncias Sanitárias dos municípios para atuarem, então começaram a ter uma atuação mais ampla e o principal trabalho que eles desenvolviam era o trabalho de organização e mobilização das comunidades, todo o trabalho de combate à contaminação dos rios, identificação de bacias hidrográficas etc., foi daí que veio o embrião para a saúde ambiental (...)" (Ent.11).

Tambellini e Câmara (1998) contextualizam que o agravamento dos problemas ambientais causados pelo rápido e intenso processo de industrialização e urbanização levou o surgimento, a partir da década de 1970, de novas instituições que contribuíram para o desenvolvimento de ações de controle da poluição, a exemplo da Fundação Estadual de Engenharia do Meio Ambiente (FEEMA) no Rio de Janeiro, e a da Companhia Estadual de Tecnologia em Saneamento Ambiental (CETESB) em São Paulo. Embora os autores salientem que ambas não tinham vínculo direto com a Saúde, no caso da CETESB o entrevistado 11 chama atenção para a aproximação que houve, com o passar dos anos, entre essa instituição e a área da saúde, especialmente na década de 1990, quando

"(...) Com a CETESB a OPAS tem uma história de importância muito grande, todo o fortalecimento e o 'boom' que aconteceu na década de 90 com a CETESB teve o apoio da OPAS porque todo o projeto de capacitação de recursos humanos, mestrado e doutorado para termos a CETESB que temos no país, foi a OPAS quem desenhou, concebeu e apoiou, buscou o financiamento para isso. A CETESB sempre foi um referencial na área ambiental no estado de São Paulo e no país e é um referencial ambiental em toda a América Latina. Então, é um órgão de saúde internacional (OPAS) apoiando um órgão ambiental, por entender que essa área de saúde ambiental era importante e conseqüentemente, acho que a OPAS teve um papel nesse fortalecimento da criação da área de vigilância ambiental em saúde no país (...)" (Ent.11).

A ampliação da compreensão dos problemas ambientais, bem como o resgate da dimensão política e social, em grande parte, pode-se atribuir às questões que passaram a ser colocadas pelo movimento ambientalista que ganharam força nos anos de 1960 e 1970 (Freitas, 2003), caracterizadas essencialmente por atividades

que envolviam denúncias e estimulavam a criação de consciência pública sobre os diversos problemas relacionados a deterioração sócio-ambiental (Viola e Leis, 1997).

A partir da segunda metade da década de 1980, o movimento ambientalista assume um caráter multissetorial e complexo, incluindo novos atores: o ambientalismo dos cientistas, o ambientalismo empresarial, o ambientalismo dos educadores, entre outros (Peñafiel, 2005).

Trazendo a questão para o campo da Saúde, ressalta-se que, no interior das academias, crescia a disposição na elaboração de novas teorias e abordagens focadas nas relações saúde-ambiente, com renovado aporte institucional, principalmente de outras organizações civil no interior da luta pela redemocratização do país (Tambellini e Câmara, 1998). A título de exemplo, na segunda metade dos anos 70 são criados: o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES) e a Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), importantes instituições que agregaram intelectuais e militantes do serviço e da academia, que logo integrariam o movimento da Reforma Sanitária (Santana, 2004). Apesar de a ABRASCO já manifestar preocupação com os aspectos relacionados à saúde e ao ambiente, sua contribuição para construção da área de saúde ambiental torna-se marcante a partir do ano 2000, com a instituição do Grupo Temático de Saúde e Ambiente, cuja missão é

“(...) introduzir de maneira mais clara, no campo da saúde coletiva, o tema saúde e ambiente e problematizar para o SUS a necessidade de internalizar o ambiente na compreensão da causalidade do processo saúde-doença e oferecer alternativas para as ações de promoção, proteção, prevenção e recuperação da saúde em toda a sua complexidade”. (Abrasco, 2003).

5.2.2 A saúde ambiental no âmbito do Ministério da Saúde

Em 1974, o Ministério da Saúde criou a Divisão de Ecologia Humana e Saúde Ambiental, hierarquicamente vinculada à Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde (SNABS). A Divisão era composta por quatro serviços: ecologia humana; ecologia humana para áreas metropolitanas; saneamento e orientação técnica normativa - Portaria MS nº 425 de 26/12/1977 (Brasil, 1977).

Em 1987, publicou-se o Decreto nº 92.752 (05/06/1986), como decorrência da realização do encontro “Sociedade e Cidadania”, promovido pela Presidência da República. Chamado de “pacote ecológico”, o Decreto instituiu o Programa de Ações

Básicas para a Defesa do Meio Ambiente, a ser viabilizado pelo Ministério do Meio Ambiente (MMA) e o Programa de Ecologia Humana e Saúde Ambiental, incluindo a proteção à saúde nos ambientes de trabalho, a ser viabilizado pelo Ministério da Saúde (Carneiro, 2003).

A adoção dessa medida, elevou a Divisão de Ecologia Humana e Saúde Ambiental, já existente no interior do MS, à categoria de Subsecretaria de Ecologia Humana e Saúde Ambiental, dois meses após a publicação do Decreto, em agosto de 1987, permanecendo, todavia, subordinada à SNABS. A nova estrutura, entretanto, apresentava-se mais complexa e sua atuação ampliada, em relação à antiga Divisão de Ecologia Humana e Saúde Ambiental. A nova Subsecretaria veio a abrigar três Divisões, que dispunham de diversos serviços: a primeira, chamada Divisão Nacional de Saúde do Trabalhador, contava com o serviço de ações básicas em saúde do trabalhador e o serviço de epidemiologia em doenças ocupacionais; a segunda, Divisão Nacional de Saneamento e Saúde, congregava os serviços: saneamento, ecotoxicologia e epidemiologia ambiental, além do serviço de orientação técnico normativa; e a terceira Divisão denominada de Divisão Nacional de Ecologia Humana, era composta pelo serviço de ações básicas em ecologia humana e pelo serviço de emergência e acidentes de trânsito. Desta forma, à nova Subsecretaria competia coordenar, normalizar, desenvolver e implementar projetos e atividades, de competência de cada uma de suas Divisões, na rede de serviços básicos de saúde, promovendo a integração com outros órgãos do Ministério da Saúde, assim como, com as demais entidades do Sistema Nacional de Saúde e Meio Ambiente - Portaria MS nº 415 de 24/08/1987 (Brasil, 1987).

A reforma promovida no Ministério da Saúde em 1990 extingue a SNABS. Conseqüentemente, a Subsecretaria de Ecologia Humana e Saúde Ambiental também é extinta. Somente no ano seguinte, a área de saúde ambiental remanescente, foi incorporada à Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária, por meio do Decreto nº 109, de 02/05/1991. A essa Secretaria, atribuía-se a responsabilidade de

(...) *“Participar na formulação e implementação das políticas de controle das agressões ao meio ambiente, de ecologia humana, de produção de insumos e equipamentos para a saúde e de ambientes e condições de trabalho”* (Brasil, 1991).

No que diz respeito às demais atribuições da extinta Subsecretaria de Ecologia Humana e Saúde Ambiental, a área – ex-Divisão Nacional – de Saúde do Trabalhador é encarregada a uma nova coordenação, subordinada à Secretaria de Políticas de Saúde; e a área - de Saneamento e Saúde, agregada ao Departamento de Engenharia de Saúde Pública da FUNASA.

Em janeiro de 1999, no contexto da reorganização do aparelho de Estado, pelo Presidente da República reeleito, Fernando Henrique Cardoso, promulga-se a Lei 9.782 (Brasil, 1999) e cria-se a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), a primeira Agência Reguladora da área social no Brasil. Vale destacar que a definição do escopo de ação da ANVISA envolveu séria disputa, de caráter político e econômico (Barbosa, 2006).

Pelo interesse do governo, pretendia-se uma agência reguladora enxuta, nos moldes neoliberais, que contemplasse apenas as áreas de medicamentos e alimentos, sendo cogitada uma proposta restrita a área de medicamentos. Essa proposta, pelo seu caráter reducionista, foi reavaliada em consideração a toda história institucional da Vigilância Sanitária no Brasil (Pioversan, 2002). Pelo lado dos sanitaristas, havia uma proposta, de moldes distintos, a qual incluía entre os objetos de atuação da ANVISA a saúde do trabalhador, a **saúde ambiental** [grifo nosso] e saúde suplementar. No entanto, segundo os economistas mais próximos do então ministro da Saúde - o também economista José Serra - a proposta dos sanitaristas foi vetada, sob o argumento de que as áreas: a saúde do trabalhador; a saúde ambiental e a saúde complementar naquela ocasião **não se constituíam em problemas a serem enfrentados** [grifo nosso] e nem tinha urgência em responder a opinião pública que questionava a atuação do Estado, frente aos problemas de saúde advindos da venda de medicamentos e de alimentos que não seguiam um padrão mínimo de qualidade. Assim, coube à recém-criada ANVISA a missão de

“(...) promover a proteção da saúde da população por intermédio do controle sanitário da produção e da comercialização de produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária, inclusive dos ambientes, dos processos, dos insumos e das tecnologias a eles relacionados” - Lei 9.782 de 26/01/99 (Brasil, 1999b).

Pelo fato de tratar-se de uma Agência Reguladora, a ANVISA não absorveu parte das atividades anteriormente desenvolvidas pela área de saúde ambiental. Entre as áreas atendidas pela Agência, não se encontrava, por exemplo, o Programa Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental Relacionada à Qualidade da

Água para Consumo Humano (VQACH), parte do conjunto de ações da área de saúde ambiental desde 1986. Portanto, não mais existia uma área de saúde ambiental no âmbito do Ministério da Saúde.

A partir do Projeto de Estruturação do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (VIGISUS), iniciado em 1998, a área de saúde ambiental vem se concretizando no âmbito do SUS, inserida na vigilância em saúde. O VIGISUS teve por objetivo estruturar um Sistema Nacional de Vigilância em Saúde que fosse capaz de responder aos desafios da descentralização das ações e serviços de saúde, assumida pelo SUS, e ao processo, cada vez mais complexo, do perfil epidemiológico brasileiro. Entre as áreas programáticas que compreendiam a formulação do VIGISUS estava a 'vigilância ambiental'. O Projeto foi financiado pelo Banco Mundial e seu gerenciamento coube a Fundação Nacional de Saúde – FUNASA (Brasil, 1998a). A FUNASA, naquele momento, administrava o Centro Nacional de Epidemiologia (CENEPI), órgão que foi incorporado pela nova Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde - em 2003.

Do ponto de vista institucional, é nesse contexto que se inicia o processo de implantação sistêmica da vigilância em saúde ambiental no SUS. A proposta inicial do projeto VIGISUS foi estruturada pela FUNASA com apoio da OPAS. Constituiu-se uma equipe técnica, composta por dois técnicos da FUNASA e dois técnicos da OPAS, que durante o período de 24/01/1998 a 08/02/1998, realizou visitas observacionais a serviços de saúde ambiental implementados no Canadá (Ottawa), nos EUA (Washington-DC e Atlanta-GA) e na Costa Rica (São José). Essas visitas tiveram por objetivo conhecer experiências, métodos e instrumentos utilizados por instituições, que pudessem contribuir na formulação de uma proposta a ser apresentada ao VIGISUS, para estruturação da área programática de vigilância ambiental. (Brasil, 1998b).

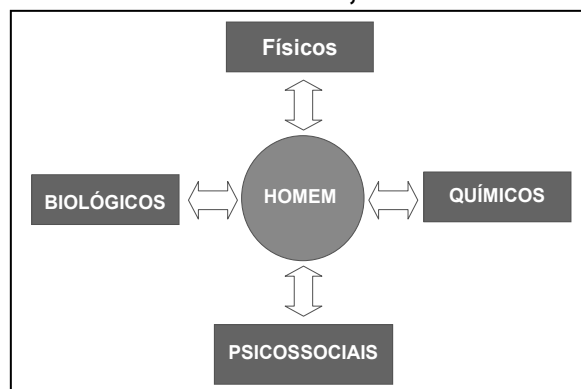
Além das visitas observacionais, promoveu-se um diagnóstico situacional sobre os principais impactos à saúde relacionados às questões ambientais. Após amplas discussões, que contaram com a participação de técnicos do setor Saúde e especialistas oriundos da academia e dos serviços, concluiu-se a proposta de estruturação dessa área temática. Aprovada pelo VIGISUS, recebeu o nome de Vigilância Ambiental em Saúde com as seguintes características:

Objetivo: Prevenir, reduzir, eliminar ou controlar as doenças e agravos decorrentes de fatores adversos do ambiente (Brasil, 1998a);

Concepção e modelo: a Vigilância Ambiental em Saúde (VAS) foi concebida compreendida como:

“(...) um conjunto de informações e ações que proporcionam o conhecimento, a detecção e prevenção em fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde do homem (físicos, químicos, biológicos e psicossociais) com a finalidade de recomendar e adotar medidas de prevenção e controle das doenças e agravos” (Figura 1).

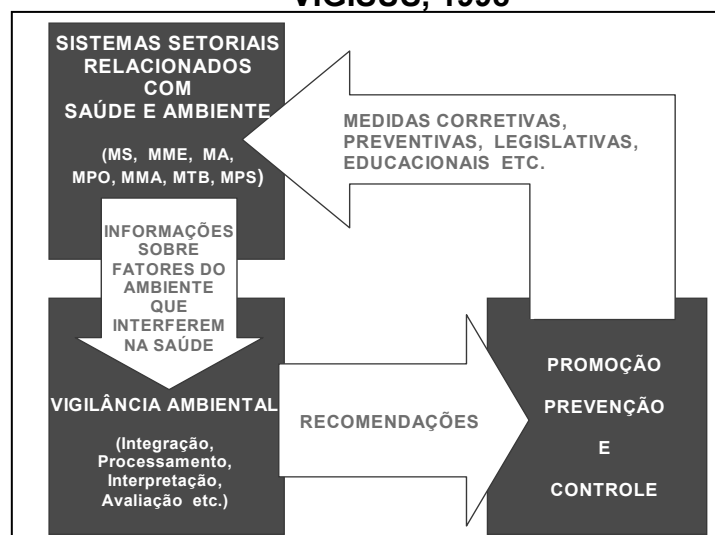
**Figura 1 - Fatores do Ambiente que interferem na Saúde do Homem-
VIGISUS, 1998**



Fonte:FUNASA. Projeto VIGISUS, Brasília, 1998

Segundo a proposta apresentada ao VIGISUS, o modelo de atuação da VAS pode ser resumido pelas relações com outras instituições, a ele articuladas, para a realização das atividades necessárias à consecução de seus objetivos (Figura 2).

**Figura 2 - Modelo de Atuação da Vigilância Ambiental em Saúde
VIGISUS, 1998**



Fonte:FUNASA, Projeto VIGISUS, Brasília, 1998

Ao se destacar que a implantação da VAS deveria ser baseada no fortalecimento da capacidade institucional do setor, no sentido de assumir o papel nuclear de ações integradas, descentralizadas e hierarquizadas do SUS consideraram-se as preocupações coletivas diante dos perigos e/ou riscos ambientais derivados de situações presentes ou projetados (Brasil, 1998a).

Com a aprovação pelo Projeto VIGISUS desse modelo de estruturação para a VAS, em 1998, o qual foi legitimado junto à Câmara Técnica de Epidemiologia do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS), no ano seguinte, a VAS inicia suas atividades contando, todavia, com um reduzido quadro de pessoal – um coordenador e quatro técnicos – para compor a Coordenação de Vigilância Ambiental (COVAM). Com a publicação do novo regimento interno da FUNASA (Portaria FUNASA N° 410, de 10/08/2000), ela passa a denominar-se Coordenação-Geral de Vigilância Ambiental em Saúde – CGVAM –; somente em 25 de setembro de 2001, pela Instrução Normativa N° 01, o Sistema Nacional de Vigilância Ambiental em Saúde (SINVAS) é formalmente instituído no âmbito do SUS, com a definição das competências da VAS nas esferas Federal, Estadual, Municipal e do Distrito Federal (Brasil, 2001a). A reestruturação do Ministério da Saúde e a criação da SVS em 2003 obrigam à publicação de nova Instrução Normativa, em que o SINVAS recebe novo nome, o atual Subsistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental (SINVSA). E assim permanece até hoje, sob a gestão da CGVAM, que o define como:

“O conjunto de ações e serviços prestados por órgãos e entidades públicas e privadas, relativos à vigilância em saúde ambiental, visando o conhecimento e a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de recomendar e adotar medidas de promoção da saúde ambiental, prevenção e controle dos fatores de riscos relacionados às doenças e outros agravos à saúde, em especial: água para consumo humano; ar; solo; contaminantes ambientais e substâncias químicas; desastres naturais; acidentes com produtos perigosos; fatores físicos e ambiente de trabalho” (Brasil, 2005a).

Com a implantação do SINVSA na esfera federal progressivamente ele foi sendo estendido as UF, Distrito Federal e municípios. Iniciando sua implantação nas Secretarias Estaduais de Saúde, Distrito Federal e Secretarias Municipais de Saúde das capitais. Segundo dados do III Inquérito Nacional de Vigilância em Saúde, realizado em 2006, pela CGVAM, a VAS, agora denominada Vigilância em Saúde

Ambiental (VSA) encontra-se estruturada em todos os estados e no Distrito Federal. Em 13 estados e no Distrito Federal hierarquicamente a VSA está vinculadas a Vigilância em Saúde, em 7 estados à Vigilância Sanitária, em 3 estados à Vigilância Epidemiológica e nos demais apresentam outros tipos de arranjo institucional. Valendo destacar que os estados de: AL, AP, MS, PB, SE e TO a VSA ainda não possui normalização regulamentando sua atuação, o que se faz presente nos demais estados e no Distrito Federal. No tocante as capitais, a VSA está implantada em todas as capitais brasileiras, porém formalmente instituída por ato normativo em 42% (11/26) delas; do ponto de vista hierárquico em 42% (11/26) das capitais a VSA esta inserida na Vigilância em Saúde, 39% (10/26) estão inseridas na Vigilância Sanitária e 19% (5/26) estão inseridas em outros arranjos organizacionais (Brasil, 2006). No que diz respeito a atuação dos municípios, 85% (4.471/5.563) dos municípios brasileiros já estão atuando pelo menos em relação a vigilância em saúde ambiental relacionada a qualidade da água para consumo humano (Brasil, 2007b), conforme detalhamento na Tabela 2 em aposto.

Do ponto de vista da implantação do SINVSA é perceptível pelos resultados obtidos que gradativamente ele tem avançado no âmbito do SUS.

5.2.3 As entrelinhas do processo histórico-institucional do SINVSA

Para conhecimento em maiores detalhes da concepção e operacionalização do SINVSA, no que se refere a seu processo histórico-institucional, argüiu-se, dos informantes-chave entrevistados neste estudo, sobre diversos aspectos que a análise documental e as referências bibliográficas não clarificaram ou não deixaram explícitos, apresentados nos depoimentos a seguir:

Assim, sobre os critérios adotados para definição do campo de atuação da vigilância em saúde ambiental, o entrevistado 11 relata que

“(...) por ser uma área nova, buscou-se conhecer a experiência de outros países e teve-se que estabelecer um corte de atuação inicial, porque aonde você não tem nada, você não pode começar a pensar em tudo. Pensou-se em termos de compartimentos ambientais, água, ar e solo, e dentro deles, quais as populações expostas aos agentes físicos, químicos e biológicos e na capacidade de resposta do setor Saúde viável naquele momento, esse foi o recorte inicial. Além da VQACH [vigilância ambiental da qualidade da água para consumo humano] que já era uma atribuição do setor Saúde, os contaminantes químicos, pela importância que o próprio Brasil sempre deu, foram priorizados: agrotóxico, mercúrio, chumbo e

asbesto. Depois, acidentes com produtos perigosos é um problema que a gente sempre teve no Brasil e que a Saúde nunca teve uma atuação mais organizada, que era a área de desastres naturais. Essas foram as áreas de atuação definidas como prioritárias a serem estruturadas, identificadas a partir do mapeamento dos principais problemas de saúde do país em relação a essas questões e da capacidade de intervenção, de resposta que o setor Saúde já acumulava em algumas áreas” (Ent. 11).

Ainda com relação à definição da construção da área de vigilância em saúde ambiental, foi ressaltado que

“(...) houve uma conjunção de esforços intelectuais e também de oportunidades, considerando também dois aspectos importantes: o primeiro é que essa iniciativa, por mais nobre que tivesse sido, se tivesse nascido fora do contexto da FUNASA, possivelmente não seria tão bem-sucedida quanto foi, face à construção do Projeto VIGISUS que estava se dando na época; o segundo, foi também a capacidade de aglutinar um corpo importante de pesquisadores, professores e profissionais que vinham percebendo aí essa latência da existência da saúde ambiental do ponto de vista de um projeto mais nacional” (Ent. 4).

Quanto aos critérios adotados para implantação da VSA no âmbito do SUS, verifica-se que

“(...) na prática, foi aberta a possibilidade de estruturação da vigilância em saúde ambiental em todos os Estados, entendendo que eles tinham plena condição de estar pleiteando, se organizando e se estruturando para trabalhar em qualquer uma das áreas. Para isso, eles teriam que estar discutindo dentro de determinados critérios [fazer um diagnóstico, um mapeamento e identificação de quais os riscos e problemas que eles tinham e, daí, definir as necessidades], mostrando que eles tinham capacidade de se organizar e dar resposta dentro desses determinados VIGIS [sistemas de vigilância], onde eles deveriam estabelecer prioridades, porque onde não tinha nada era impossível eles começarem com todos os VIGIS. Então, se definiu que o VIGIÁGUA, pelo fato de muitos Estados já possuírem experiência nessa área e considerando sua importância, seria o primeiro a ser implantado; para o VIGIAR se priorizaria as Áreas Metropolitanas do país; Para os químicos, seriam as cinco substâncias químicas já definidas, iniciando-se pelos agrotóxicos. O VIGISOLO era uma discussão a ser construída, porque as experiências eram voltadas apenas para os passivos ambientais e aterros sanitários. O VIGIFIS não seria priorizado inicialmente, por falta de acúmulo no tema” (Ent. 11).

Complementarmente, um outro entrevistado menciona que:

“(...) À medida que a VSA foi caminhando, foram se identificando possibilidades de estruturação de serviços ou pelo menos de organização de subsistemas específicos dentro da área, mas sempre com entendimento de que isso não se dá de maneira linear, elas vão ocorrendo de acordo com as oportunidades que vão surgindo” (Ent. 4).

Nesse sentido, o entrevistado 10 chama a atenção para a importância da pressão exercida pela sociedade, que, ao sentir-se atingida por aspectos que envolvem a saúde ambiental,

“(...) reclama para o poder local, que passa para o Estadual, que acaba chegando ao nível Federal, exigindo respostas” (Ent. 10).

As demandas espontâneas também foram determinantes no processo de implantação da vigilância em saúde ambiental. Do ponto de vista dos arranjos organizacionais locais, segundo os entrevistados, não existiram critérios pré-estabelecidos, face à autonomia constitucional das UF. Assim:

“Cada Estado usou um critério diferente, tanto que hoje, um Estado tem a vigilância em saúde ambiental estruturada dentro da vigilância epidemiológica, outro dentro da vigilância sanitária, outros têm uma Coordenação específica para a saúde ambiental, outros estão separados, inclusive da própria vigilância em saúde. Cada um está de uma maneira, ou seja, a VSA se estruturou da maneira com que os Estados e os Municípios entendiam a necessidade de atuação ou de direcionamento político por parte desses Estados” (Ent. 7).

Ao serem questionados como se deu o processo evolutivo de implantação dos diversos subcomponentes do SINVSA, foi mencionado que:

“Nas reuniões e no primeiro curso de vigilância em saúde ambiental, todos os 26 Estados e inclusive o Distrito Federal, presentes, definiram como problemas prioritários a água e os agrotóxicos, isso foi comum a todos, então eles começaram a trabalhar com esses dois: VQACH e vigilância dos agrotóxicos. As áreas que eles tinham mais problemas e mais dificuldades eles de alguma forma começaram a dar resposta. Explodiu no país, concomitantemente, a questão dos passivos ambientais, o que viabilizou a estruturação do VIGISOLO. Estruturados ou não, com capacidade de dar resposta ou não, os Estados tiveram que responder, e o governo Federal ir junto, em relação aos problemas que foram surgindo, porque com o advento do Ministério Público, o MMA começou a ser cobrado e disse assim: “Não, não, não! eu não vou ser cobrado sozinho, vou levar a Saúde junto”. E a Saúde passou a ser réu em alguns Estados. Quando a Saúde passou a ser réu, ela teve que começar a dar resposta, a exemplo do problema das Cidades dos Meninos no Rio de Janeiro (...)” (Ent. 11).

Um outro entrevistado, reitera as palavras do entrevistado anterior, ao afirmar que:

“O VIGIÁGUA foi o primeiro a se estruturar, porque a QACH é um problema em todo o país e já existia antes do SINVSA. Seguido pelo VIGISOLO, face às inúmeras demandas que surgiram (...) e depois o VIGIAR, pela capilaridade que se desenvolveu junto às UF com maiores problemas de poluição atmosférica e, mais

recentemente, o VIGIDESASTRES, que tem avançado em decorrência das enchentes que vêm se registrando no país” (Ent. 2).

É mister destacar as palavras do entrevistado 5, quando chama a atenção para o fato de que o avanço dos subcomponentes do SINVSA

“(...) também depende do entrosamento da equipe, quando ela existe se caminha mais rapidamente. Além disso, eles [VIGIÁGUA, VIGISOLO e VIGIAR) tinham mais clareza sobre os seus objetos de atuação e de como iriam atuar, enquanto que a área de químico, por ser uma área muito transversal, tem dificuldade de definir essas questões porque tem que atuar junto com todo mundo e depende muito das outras áreas, além do que, quanto mais pessoas disponíveis para trabalhar, mais se trabalha; e essas são as maiores equipes da CGVAM” (Ent. 2).

No tocante às estratégias adotadas para implantação da vigilância em saúde ambiental no âmbito do SUS, foram destacadas:

“Primeiro, foi a sensibilização política dos gestores, por meio da pactuação junto ao CONASS, pois nada vai avante no SUS sem uma pactuação nestas estruturas colegiadas. Segundo, foi a garantia de recursos pelo projeto VIGISUS e terceiro, a criação de um grupo técnico assessor que foi quem definiu efetivamente o que deveria ser feito, priorizado, e a estratégia para estruturação da área; daí montaram-se as capacitações quando, então, foi criado o CBVA [Curso Básico de VAS] e definiu-se a metodologia para criação de indicadores de vigilância em saúde ambiental” (Ent. 11).

“A primeira importante estratégia foi fazer com que esse projeto estivesse vinculado a um projeto mais geral de fortalecimento da vigilância em saúde, aproveitaram-se os recursos dessa indução, é claro que proporcional às possibilidades que foram colocadas. Outro elemento-chave foi o zelo para que os princípios e as diretrizes do SUS fossem observados, como forma de aterrissar dentro do terreno do SUS (...), e aproveitou-se a experiência que já vinha sendo desenvolvida pela Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano como forma de abrir caminhos” (Ent. 4).

Progressivamente, desenvolveram-se outras estratégias:

“(...) produção de material técnico instrucional e didático, definição da base legal e criação dos sistemas de informação” (Ent. 1);

“Realização de eventos e reuniões para disseminação da IN N° 01/2005 e das Portarias, como a Portaria N° 518 da VQACH, assessorias técnicas junto às UF, etc.” (Ent. 3).

Na percepção dos entrevistados, o contexto internacional influenciou na conformação da área de VSA de várias maneiras, destacando-se:

“A própria história da saúde ambiental no Brasil, ela foi marcada por acompanhar agendas de esforços internacionais, onde a OPAS influenciou muito nessa agenda. Os esforços mais recentes dessa iniciativa, ela se dá exatamente quando, após a Rio 92, em

1995, se organiza a COPASAD e ali o Ministério da Saúde do Brasil, junto com o MMA e outros Ministérios, assumiu o compromisso de levar adiante uma agenda, uma pauta política e técnicas em termos de saúde e ambiente. Dessa forma, o Brasil foi influenciado e existem também iniciativas mais globais tanto do setor Saúde como de outros que vêm, de forma concomitante, fazendo com que nós tenhamos isso” (Ent. 4);

“(...) influenciou porque se teve no mundo episódios muito marcantes de catástrofes provocadas pela natureza, o que levou os governos a entenderem a necessidade de desenvolverem algum tipo de vigilância que pudesse proteger a população e evitar episódios futuros, além dos importantes estudos epidemiológicos que foram sendo realizados relacionando saúde com meio ambiente” (Ent. 2);

“(...) muitos de nossos parâmetros utilizados hoje são de órgãos internacionais, então muitos valores de referência de exposição, são valores que vêm do meio internacional, que muitas vezes não se aplicam a nossa realidade local, porque nós temos outras vulnerabilidades, outra realidade; e ainda se utilizam esses parâmetros porque ainda não se conseguiu fazer um modelo brasileiro, é isso que está faltando” (Ent. 5);

“Sem sombra de dúvida, a gente teve influência de todas as formas, não só reconhecendo o que já existia em outros países como a facilidade também de toda uma discussão que foi propiciada pelo financiamento do Banco Mundial, isso já traz um internacional embutido (...)” (Ent. 11).

No que concerne à influência do contexto nacional, foram aspectos destacados pelos entrevistados:

“Além da existência de uma consciência importante sanitária no Brasil de toda relação que existe entre a ausência de saneamento e saúde, nós temos três questões importantes que foram colocadas, particularmente de 1970 para cá: primeiro, a questão da QACH como responsabilidade do Ministério da Saúde e sua importância para a mortalidade infantil; depois, um aspecto que teve muita repercussão foi a expansão dos pólos industriais, principalmente da petroquímica, que gerou muito debate, não só em termos da preocupação com a saúde do trabalhador mas também em relação à sociedade como um todo, porque nós tivemos episódios de acidentes importantes industriais, como derramamentos, o episódio de Cubatão-SP, contaminação da Cidade dos Meninos, etc. E um outro aspecto importante foi a expansão da fronteira agrícola, que trouxe um processo progressivo de utilização dos agrotóxicos no Brasil, com sérios danos à saúde da população” (Ent. 4);

“A Reforma Sanitária, junto com o próprio movimento ambientalista que aconteceu, então, fatalmente, um deve ter empurrado o outro (...)” (Ent. 8);

“(...) vale destacar a importância do PIASS como o início da ação, de uma intervenção ambiental dentro do setor Saúde e a experiência do Rio Grande do Sul sendo o primeiro Estado a criar uma Secretaria de saúde e ambiente juntas” (Ent. 11).

As principais dificuldades identificadas pelos entrevistados, enfrentadas durante o processo de implantação da vigilância em saúde ambiental, consistiram em:

“Por ser uma coisa nova, estávamos todos convencidos da importância do objeto, mas não sabíamos bem como era nem como se daria no serviço, ou seja, como implantar, o que implantar, porque não existiam experiências anteriores no Brasil em que fosse possível se espelhar. Outra dificuldade muito grande foi que após estarem aprovados o projeto e o recurso pelo Banco Mundial, tivemos que, de novo, discutir e convencer, ou seja, vender os nossos sonhos para os gestores, discutir no CONASS. Não foi fácil, porque tínhamos que convencê-los, a gente tinha que aprovar isso na Câmara de Epidemiologia, porque a Câmara de Epidemiologia foi onde o VIGISUS como um todo foi aprovado. Isso foi muito difícil porque a área que estávamos propondo, apesar de não termos total clareza do que era, sabíamos o que ela não era: ela não era uma área de epidemiologia ambiental e, nessas conversações, o que para mim ficou claro é que se eles [do CONASS] aprovassem, eles iriam aprovar porque eles estavam gostando e entendendo que estava sendo criada uma área de vigilância epidemiológica ambiental. Então, desfazer esse entendimento equivocado não foi fácil” (Ent. 11).

“(…) duas grandes dificuldades que não estão superadas. Primeiro, é o enfrentamento com relação ao próprio modelo do SUS, ele traz fragilidades muito grandes, apesar do seu grande avanço na assistência, ele tem um núcleo de gestão que dificulta as novas pontes necessárias para se atingir a saúde no seu sentido mais amplo, ou seja, sempre que há necessidade de uma agenda mais intersetorial e ela nunca acontece, porque o que prevalece são interesses localizados, interesses de processos que estão incrustados, que estão voltados para um aspecto ou outro e não na perspectiva geral de que saúde é o elemento central, isso é um complicador que ainda tem que ser muito trabalhado. A outra grande dificuldade foi e ainda é a necessidade da formação de equipes de trabalho que não sejam apenas permanentes, mas que sejam construídas com base em processos integrados de trabalho envolvendo toda uma gama de conhecimento que venha confluir para a construção de um novo saber, isso também é difícil porque nós, inclusive, não temos histórico disso em termos de serviço” (Ent. 4);

“Do ponto de vista intersetorial, uma dificuldade inicial foi o problema com o meio ambiente, alguns setores, não todos, nos identificaram como uma área concorrente e não complementar, foi um problema na implantação (...). Hoje existe um clima melhor sobre isso. Intra-setorialmente, a dificuldade foi a questão de não sermos uma área hegemônica, a vigilância já não é uma área hegemônica no SUS porque a assistência é quem domina boa parte da agenda política do ministro, do Ministério e dos secretários estaduais de saúde. A VSA ainda é mais contra-hegemônica e se coloca no âmbito da questão das doenças mais ainda” (Ent. 9).

Outras dificuldades, mais pontuais, foram apontadas:

“Dificuldade de compreensão tanto legal como conceitual, por parte das UF, quanto aos diferentes arranjos de vigilância, porque se tinha a epidemiológica, sanitária, e agora a VSA como uma terceira linha de trabalho a ser estruturada” (Ent. 1);

“(...) a maioria dos técnicos no nível Federal e até das UF e Municípios são oriundos da área ambiental, tendo uma visão mais voltada para o meio ambiente do que para a saúde, o elevado número de demandas pontuais com reduzido número de pessoal para atendê-las não permitia uma maior concentração dos técnicos em se dedicarem a estudar como deve ser realmente a estruturação da VSA, para atender as demandas a que ela se propõe” (Ent. 2).

Decorridos nove anos de existência da VSA, questionou-se dos entrevistados se eles percebiam alguma alteração na concepção e operacionalização do SINVSA, momento em que foram feitos os seguintes comentários:

“O SINVSA atual incorporou os ambientes de trabalho que não estavam pensados inicialmente (...) e houve uma redução porque tinha sido pensado, inicialmente, nos fatores biológicos, pensando nos vetores, reservatórios e hospedeiros, e foi retirado isso do campo de atuação” (Ent. 11).

Com relação à retirada dos fatores biológicos do campo de atuação do SINVSA, foi chamada a atenção para o fato de que:

“(...) essa questão sempre gerou polêmica porque na primeira IN estavam previstos na VSA os fatores biológicos em nível Federal e muitos Estados e Municípios trabalharam isso de forma integrada, embora o nível Federal não” (Ent. 9).

Apesar dessa alteração, o entrevistado 4, salienta que

“(...) em termos da sua concepção geral, não houve alteração substantiva, ele se preserva na mesma estrutura e na própria lógica de proposição de como o SUS se organiza” (Ent. 4).

Em termos das alterações relacionadas à estrutura institucional,

“Houve a transferência de competência da vigilância em saúde ambiental da FUNASA para a SVS” (Ent. 1).

No que concerne às mudanças estruturais internas, foi salientado que:

“Nós já tivemos várias alterações de estrutura, de se ter duas Coordenações dentro da Coordenação-Geral, depois viraram áreas-meio e áreas-fim, são mais trocas de caixinhas de lugares” (Ent. 10).

Segundo relatos dos entrevistados, a mudança mais recente foi com relação a junção da área de saúde do trabalhador com a VSA, sendo realizado os seguintes comentários:

“A saúde do trabalhador migra em junho ou julho de 2007 para a SVS, particularmente para o âmbito da CGVAM, que visa ser um Departamento. Embora já estejam fisicamente juntos, atualmente está no início de um processo de aproximação. Porém, é importante lembrar que uma das atribuições do SINVSA é a de vigilância dos ambientes de trabalho, particularmente no que se refere a esses elementos não biológicos, então a origem desta junção está um pouco aí (...)” (Ent. 4).

Sobre essa migração da saúde do trabalhador, foi enfatizado que:

“A vinda da área de saúde do trabalhador para a SVS não quer dizer que houve uma incorporação da saúde do trabalhador no SINVSA. Não entendo que a saúde do trabalhador é uma área subordinada ao objeto da saúde ambiental, fazer vigilância nos ambientes de trabalho é uma parte da área de saúde do trabalho, que pode ser objeto tanto da VSA quanto da vigilância em saúde do trabalhador. São duas áreas que têm muitas interfaces e que têm que trabalhar juntas. Porém, em termos operacionais, de história, de construção, de atuação no setor Saúde, são completamente diferentes, porque elas se operacionalizam de forma diferente. Na realidade, a vinda da saúde do trabalhador para juntar com a vigilância em saúde ambiental é na perspectiva de uma criação maior, que seria a criação de um Departamento, que ainda não se sabe como será chamado, onde esse Departamento vai contemplar as 2 áreas, entendendo a afinidade que existe entre elas” (Ent. 11).

“A inserção da saúde do trabalhador na CGVAM já é um grande avanço em termos de integração, porque tudo que nós fazemos envolve a saúde do trabalhador, agora o que estamos tentando fazer é que isso se repercute em nível de Estados e Municípios” (Ent. 5).

No entanto, entre os entrevistados, há quem discorde que houve uma inserção da saúde do trabalhador na CGVAM:

“Na minha opinião, a inserção ainda não se deu. O que aconteceu foi a vinda da saúde do trabalhador para a CGVAM. Na verdade, para eles foi uma mudança bastante radical, porque vieram da assistência para a vigilância (...) e eles ainda estão envolvidos em ações de assistência, ainda não tiveram tempo, porque é pouca gente para muitas ações, de internalizar a visão da vigilância. Agora, é fato notório que algumas ações deles são de vigilância, mas dizer que eles se integraram à VSA, eu diria que isso ainda não aconteceu; estão presentes fisicamente, há um esforço, um desejo e isso é ótimo é positivo, mas ainda não estão integrados e acho que ainda demora um pouco. Porém, há algum tempo, eles já trabalham pontualmente junto com a VSA, na área de químicos por exemplo (...)” (Ent. 6).

Um dos entrevistado chama a atenção para o seguinte fato:

“Nós não participamos dos bastidores políticos dessa junção, que nós não podemos chamar de fusão de área porque não é bem

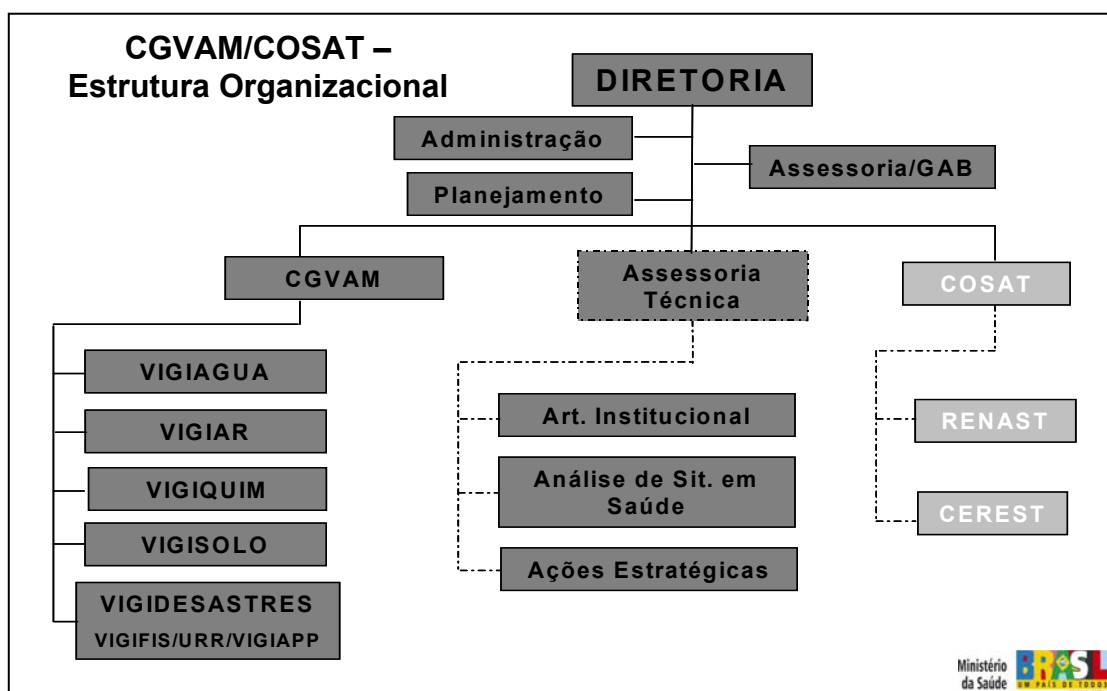
isso, na verdade é um desenho da criação de um novo Departamento. Quando foi criada a SVS, a idéia era se juntar todas as vigilâncias dentro dessa Secretaria, uma idéia meio complexa dada a existência da vigilância sanitária em uma Agência [a ANVISA]. Então, a vinda da saúde do trabalhador eu vejo com duas funções: uma, de estar trazendo a vigilâncias de saúde do trabalhador para dentro da própria SVS; e a outra, de estar fortalecendo justamente essa área de vigilância ambiental, ao se juntar com a saúde do trabalhador para então se gerar uma força maior e criar um Departamento de vigilância em saúde ambiental e saúde do trabalhador. Então, eu acho que é uma estratégia política para criação de um Departamento” (Ent. 10).

Com relação à perspectiva da criação do Departamento que aglutinará a VSA e a saúde do trabalhador, na fala dos entrevistados, é perceptível que ainda não há um consenso entre os gestores do SINVSA sobre os pressupostos para formulação da nova estrutura proposta, bem como as influências que essa nova estrutura trará para a operacionalização do SINVSA

5.3 Descrição da estrutura técnica-operacional da CGVAM para operacionalização do SINVSA

No que compete à esfera federal, como já mencionado anteriormente, o SINVSA é operacionalizado pela CGVAM, cuja atual estrutura organizacional é dividida em áreas-fins e áreas-meio, esquematicamente representadas na Figura 3.

Figura 3 - Organograma da Coordenação-Geral de Vigilância em Saúde Ambiental, Ministério da Saúde, 2007.



Fonte: CGVAM/SVS/MS, 2007

Este organograma já contempla a junção da área de vigilância em saúde ambiental com a área de saúde do trabalhador. O presente estudo, entretanto, analisou apenas a estrutura organizacional da CGVAM *per se*, levando em consideração a situação transitória em que essa questão ainda se apresenta.

Os subcomponentes que integram o SINVSA constituem as áreas fins da CGVAM, as quais são operacionalizadas por meio de programas sendo eles: Programa Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental Relacionada à Qualidade da Água para Consumo Humano (VIGIAGUA); Programa Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental Relacionada às Populações Expostas a Poluição Atmosférica (VIGIAR); Programa Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental Relacionada às populações expostas a solos contaminados (VIGISOLO); Programa Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental Relacionada a Segurança Química (VIGIQUIM); e o Programa Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental Relacionada aos Desastres Naturais (VIGIDESASTRES), que na atualidade, do ponto de vista gerencial está congregando além do Vigidesastres o Programa Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental Relacionada aos Acidentes com Produtos Perigosos (VIGIAPP); o Programa Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental Relacionada aos Fatores Físicos (VIGIFIS) e a Unidade de Resposta Rápida (URR) que é responsável pelo acompanhamento e monitoramento das situações de emergências epidemiológicas como surtos, acidentes de grande porte etc. As áreas meio, contribuem na operacionalização destes subcomponentes do SINVSA, sendo denominadas de:

- Área de Articulação Institucional que tem como principal competência promover, estimular a subsidiar as articulações interinstitucionais;
- Área de Análise de Situação em Saúde Ambiental que tem a competência de realizar a articulação entre os diversos subcomponentes do SINVAS a fim de viabilizar o processamento e análise dos dados inerentes à VSA; e a
- Área de Ações Estratégicas que entre outras competência é responsável pelo aprimoramento da articulação entre os diversos entes gestores do SUS (UF, municípios, Comissão Intergestora Tripartite etc.).

Vale destacar que o Programa Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental Relacionada aos Ambientes de Trabalho (VIGIAMBT), embora previsto na IN N° 01/2005, na prática ele nunca chegou a ser estruturado e na atualidade ele não

aparece na estrutura organizacional da CGVAM como um subcomponente do SINVSA, sugerindo que provavelmente será operacionalizado pela Coordenação de Saúde do Trabalhador quando da concretização do Departamento de VSA e Saúde do Trabalhador que está em curso.

O quadro de pessoal que compõe a equipe da CGVAM, conseqüentemente destinado a operacionalizar o SINVSA é composto por um total de 59 profissionais, sendo 85% (50/59) de nível superior, distribuídos nas categorias profissionais apresentadas na Tabela 3.

Tabela 3 - Perfil dos profissionais integrantes da equipe operacional do SINVSA – CGVAM, 2007

Formação	N	%
Nível superior	50	85
Engenheiro	17	34
Biólogo	6	12
Geógrafo	5	10
Administrador de empresa	4	8
Médico	3	6
Cientista	2	4
Advogado	2	4
Químico	2	4
Médico veterinário	1	2
Farmacêutico	1	2
Odontólogo	1	2
Fonoaudiólogo	1	2
Biomédico	1	2
Pedagogo	1	2
Físico	1	2
Historiador econômico	1	2
Matemático	1	2
Nível médio	9	15
Total geral	59	100
Pós-graduação	N	%
Especialização	19	40
Mestrado	17	35
Doutorado	12	25
Total	48	96
Vínculo empregatício		
Quadro permanente do MS	5	9
Consultores (contrato por produto)	40	68
Cedidos de outros órgãos com DAS	3	5
Contratos (temporários e terceirizados) ^a	10	16
Episus ^b	1	2
Total	59	100
Tempo de serviço		
< 2 anos	16	27
2 anos ≤ 4 anos	30	51
> 4 anos	13	22
Total	59	100

Fonte: CGVAM/SVS/MS, 2007

a) Contratos (temporários e terceirizados): Constituem em duas modalidades de contrato: os temporários referente aos técnicos contratos por intermédio de organismos internacionais

(OPAS, UNESCO, PNUD) com prazos pré-estabelecidos e os terceirizados referente a contratação de profissionais tanto de nível médio como superior por intermédio de empresa privada com tempo de serviço pré-estabelecido por meio de processo licitatório.

c) EPISUS: Programa de treinamento em epidemiológica aplicada aos serviços do SUS, o qual dispõe de um treinando atuando junto ao SINVSA.

Analisando a Tabela 3, percebe-se que entre os profissionais de nível superior apenas 2 deles não possui pós-graduação. De toda a força de trabalho da CGVAM apenas 9% (5/59) são servidores do quadro permanente do MS, sendo 1 de nível superior e os demais de nível médio. Quanto ao tempo de serviço junto a CGVAM 78% (46/59) de todos que compõe a equipe possuem de 2 a 7 anos de serviço prestado junto a VSA do MS.

No tocante ao financiamento, as ações de VSA não possuem um financiamento específico. Embora o orçamento destinado a VSA esteja previsto no PPA (Plano plurianual), PAT (Programação anual de trabalho), PAP (programação das ações prioritárias) e mais recentemente no PAC (Programa de aceleração do crescimento), este orçamento destina-se as ações da SVS como um todo, não sendo detalhado um quantitativo específico às ações de VSA no âmbito do SUS. Vale salientar que no âmbito federal a SVS destina parte dos seus recursos à CGVAM assim como, esta também conta com recursos oriundo do Projeto VIGISUS.

5.4 Análise crítica da percepção dos gestores do SINVSA sobre a vigilância em saúde ambiental com relação às categorias de análise Concepção e Práxis

No processo de análise, o tempo de experiência na área de saúde ambiental, o tipo de formação profissional ou pós-graduação não se constituíram em características que aglutinassem consensos em relação a um determinado assunto. A percepção dos entrevistados sobre os diversos aspectos investigados é bastante diversificada, independentemente das similitudes ou diferenças no perfil profissional. Foram raros os aspectos analisados em que se observou um consenso de opiniões por parte dos entrevistados. Muitas vezes, porém, os conteúdos dos discursos se completavam entre aqueles que possuíam cinco ou mais anos de experiência de trabalho na CGVAM. Diante do exposto, a percepção dos entrevistados foi analisada agrupando-se os discursos concordantes e discordantes em relação a cada uma das categorias operacionais que integraram as categorias analíticas.

Optou-se por apresentar os resultados e discussão segundo as diversas dimensões que compõem as categorias operacionais com o propósito único de

distinguir o pensamento mais significativo. No entanto, entende-se que algumas apreciações ou conjecturas sobre o SINVSA estão imbricadas em mais de uma das dimensões abordadas.

5.4.1 Categoria Analítica Concepção

a) Noção (Conceito)

a.1 Saúde Ambiental e Vigilância em Saúde

Para o Ministério da Saúde, a saúde ambiental está definida na Instrução Normativa do SINVSA (IN N° 01/2005). Porém, constatou-se a presença de diversas terminologias usadas para expressá-la, na literatura. Para todos os entrevistados, esse fato deve-se à saúde ambiental ser uma área relativamente nova:

“(...) essa questão faz parte do seu processo de construção e também porque depende muito do lugar onde está sendo formulado esse conceito, você tem situações desde um projeto de pesquisa até situações específicas como, reciclar lixo em que as pessoas chamam isso de saúde ambiental. O fato de usarmos na nossa conceituação o componente do desenvolvimento sustentável faz com que essas perspectivas mais localizadas, do ponto de vista de objeto de trabalho, elas possam ser aprimoradas, considerando que toda essa questão desse paradigma da sustentabilidade é muito nova e ainda vai exigir muito esforço e compreensão.” (Ent4).

O entrevistado 8, contudo, tem outra percepção, justificando que a variação de terminologias dá-se pelo fato de a saúde ambiental abranger dois componentes - saúde e ambiente-, onde:

“(...) não está clara a conjunção disso tudo, dentro da própria saúde, dos gestores, dos processos em geral e para as pessoas que concebem a própria política. Além disso, estamos em uma fase em que a ciência ainda esta compartimentada, o governo está compartimentado” (Ent.8).

Assim, entre os entrevistados, há quem considere que o conceito de saúde ambiental ainda não esteja consolidado, justificando que

“(...) nós temos trabalhado, discutido e vamos buscando aproximações de ter um embasamento teórico, científico e melhor para que a gente encontre a nossa identidade dentro do SUS. Tem uma questão de semântica, mas tem uma questão de embasamento teórico, conceitual que ainda estamos buscando. Não considero que este conceito está sedimentado, que já está definido, esgotado e consolidado” (Ent. 11).

Os argumentos apresentados pelos entrevistados encontram respaldo na literatura. Observa-se que ainda não existe uma definição consensuada de saúde

ambiental em nível internacional. Este fato se reflete na polêmica gerada entre a melhor terminologia a ser adotada para a vigilância: vigilância em saúde ambiental – VSA – ou vigilância ambiental em saúde – VAS? Há divergências na percepção dessa questão pelos entrevistados: 64% (7/11) deles entendem que não existe diferença entre VAS e VSA, enquanto 36% (4/11) vêem diferenças conceituais. Entre aqueles que referiram não existir diferença entre as terminologias, os principais argumentos foram:

“Isso é uma falsa polêmica. O importante é se compreender exatamente essa complexidade onde está se dando, essa relação entre a saúde e o ambiente. Acredito que inicialmente, esta área foi denominada pelo Ministério da Saúde como ‘vigilância ambiental em saúde’ porque se traduziu ao pé da letra da língua inglesa – ‘surveillance in environmental health’. Posteriormente, passou-se a denominar ‘vigilância em saúde ambiental’ por estar um pouco mais próximo do que a gente quer (...)” (Ent. 4).

“Não há diferença nenhuma. Acho que é preciosismo. Agora, acho que fica mais próximo da gente denominar ‘vigilância em saúde ambiental’. A gente se vê mais dentro do setor Saúde só, mas em termos de conceito, de embasamento teórico, não consigo apreender diferença” (Ent. 11).

Os entrevistados que relataram existir diferença entre VAS e VSA, por sua vez, argumentam que:

“(...) a vigilância ambiental em saúde vigia os fatores do meio ambiente e a vigilância em saúde ambiental vigia a saúde relacionada ao meio ambiente” (Ent. 1);

“(...) quando você fala vigilância ambiental em saúde, você trata primeiro o meio ambiente para depois focar a saúde; agora, se você fala vigilância em saúde ambiental, você está olhando a saúde em primeiro lugar, ao contrario do que o MMA pensa, eles olham primeiro o meio ambiente para depois olhar a saúde. Nós, não. Temos que primeiro olhar a saúde para depois olhar o meio ambiente” (Ent. 5).

As controvérsias em relação à terminologia a ser utilizada pela vigilância prendem-se muito mais à preocupação em deixar claro qual o campo de atuação da vigilância em saúde ambiental, com o intuito de amenizar conflitos com o Ministério do Meio Ambiente, como se observa no seguinte discurso:

“Sempre houve uma preocupação da área ambiental de que a gente estivesse invadindo o terreno deles. Se você ler o termo ‘vigilância ambiental’ pura e simplesmente, realmente é um termo que gera dúvidas. Mas, no processo de evolução, quanto à localização desse campo, a ‘vigilância em saúde ambiental’, que está sendo o termo mais utilizado, ele aterrissa um pouco mais neste nosso objeto, em termos de definir esse campo de ação, porque trás

para o campo da Saúde as questões relativas ao meio ambiente, e não o contrario” (Ent. 9).

É importante destacar que dez entre os 11 entrevistados, independentemente de perceberem diferença ou similitude entre VAS e VSA, relatam que a terminologia que melhor expressa essa vigilância é a ‘vigilância em saúde ambiental’. O único entrevistado discordante advoga pela expressão ‘vigilância ambiental em saúde’ argumentando que:

“(...) não existe uma saúde ambiental na área da Saúde; na área do Meio Ambiente, tem sentido se falar da saúde da planta, dos mamíferos, etc. Isso é saúde ambiental, saúde de um ecossistema. Quando eu quero falar das características ambientais da saúde do homem, me parece mais apropriado adotar ‘vigilância ambiental em saúde’ porque eu vigio o ambiente para a saúde humana, ou seja, eu estou vigiando o meio ambiente, porém com vistas à saúde humana” (Ent. 6).

O fato de um dos gestores advogar pela terminologia ‘vigilância ambiental em saúde’ leva a crer que essa não é uma questão superada ou consensuada no interior da equipe técnica da CGVAM.

Apesar da escassa literatura sobre essas divergências conceituais, segundo Ordóñez (2000) as expressões “saúde ambiental” e “ambiental em saúde” estão sujeitas a diferentes conotações de acordo com o profissional ou instituição que a utiliza. No entanto, o autor advoga pelo termo “saúde ambiental” argumentando que há opiniões no sentido de que “saúde ambiental” significa a influência do ambiente sobre a saúde, com ênfase na saúde humana. Enquanto que o termo “ambiental em saúde” indica uma ênfase sobre o meio ambiente.

No que se refere à compreensão dos entrevistados quanto aos objetivos do SINVSA, existe uma diversidade de percepções, desde uma visão mais ampla de que o SINVSA tem por objetivo:

“Conhecer o estado da arte dos fatores do meio ambiente que têm relação com a saúde e gerar uma série de instrumentos, iniciativas que podem ir desde políticas até mesmo a ações programáticas, para que se possam ter condições de fazer com que haja um controle das situações em que os fatores ambientais interferem na saúde humana” (Ent. 4),

até outras percepções, bastante variadas, de que o objetivo do Subsistema é:

“Prevenir que as populações sejam expostas ou venham a ser expostas aos riscos ambientais identificados e promover ações que possibilitem a melhoria da qualidade de vida” (Ent. 11);

“(...) é um programa de governo que visa fazer o monitoramento das questões relacionadas ao meio ambiente que interferem na saúde. Nós estaremos um passo antes do adoecimento. Esse que é o objetivo, não fazer a vigilância da doença e sim fazer a vigilância desses fatores de risco para que a gente não precise ter doenças, e essas doenças precisem ser diagnosticadas, tratadas e daí por diante. Esse é o objetivo maior, fazer uma vigilância de fatores de risco” (Ent. 7);

“(...) seja no mínimo ferramenta para tomada de decisões. De qualquer maneira, você tem condições, pelo Subsistema, de tomar decisões tanto na área de saúde quanto na área ambiental, e na área de vigilância ou, de uma forma maior, onde no mínimo o que você vai ver é se já existe a saúde lá se preocupando com isso” (Ent. 8);

“(...) é uma rede de instituições, de órgãos e poder de governo que estão trabalhando para preservação da saúde da população exposta aos fatores de riscos ambientais” (Ent. 3).

No tocante aos objetivos específicos do SINVSA, a maioria dos entrevistados demonstrou dificuldades para identificá-los, citando apenas ações específicas de alguns de seus subcomponentes. A exceção coube a um dos entrevistados, que sumariza os objetivos específicos do Subsistema em:

“Eles estão mais voltados a fazer com que essa tese mais geral do SINVSA [fazer o monitoramento e o acompanhamento dos fatores ambientais] possa estar se concretizando em termos de uma agenda mais específica” (Ent. 4).

Os depoimentos dos entrevistados demonstram equívocos importantes por parte de alguns gestores do SINVSA, no tocante ao objetivo geral de um subsistema nacional de vigilância. Do ponto de vista operacional, a primeira etapa da estruturação de um sistema de vigilância deve ser a definição dos seus objetivos (Waldman, 1998), sendo essa uma premissa básica para sua atuação. Portanto, a pouca clareza e a falta de consenso entre os entrevistados quanto à identificação do objetivo geral do Subsistema sugere que os objetivos do SINVSA não estão suficientemente explícitos para seus gestores. Cabe indagar: Como tem sido e é verificado se o SINVSA tem cumprido seus objetivos, no decorrer de seus nove anos de existência? Assim como, percebe-se pelos discursos dos entrevistados que o objetivo geral da VSA definido na proposta inicial de sua implantação pelo projeto VIGISUS, já não mais expressa os propósitos da VSA na atualidade.

Quanto à percepção dos entrevistados do objeto sob vigilância do SINVSA, observa-se, também aqui, não haver consenso entre os entrevistados: 46% (5/11) deles entendem que o objeto de vigilância é a população; 36% (4/11) afirmam serem os fatores de risco ambientais que interferem na saúde humana; e 18% (2/11)

informam outros objetos de vigilância ou um objeto misto de população e fatores de risco. Segundo seus próprios depoimentos:

“A área de vigilância ambiental ainda trabalha sobre alguns efeitos, ela não é precaucionária, ainda não é preventiva [não se encontra plenamente dentro dessa linha], ela ainda trabalha no processo de risco; e mal, porque, por ela, ainda está muito restrita no setor Saúde a esse processo de risco que deveria ser abarcado por toda a sociedade (...) no SINVSA, essa vigilância está relacionada a produtos e, no máximo, a risco” (Ent. 8);

“Nós temos um ‘mix’ dentro da vigilância, tanto vigilância de pessoas, onde a gente trabalha questões epidemiológicas, até porque nós temos uma responsabilidade normativa da vigilância epidemiológica das substâncias químicas, mas eu acho que nós estamos caminhando para uma vigilância, de fato, de fatores de risco à saúde humana” (Ent. 7).

Com relação ao modelo de atuação, apenas um dos entrevistados relata que o modelo adotado pelo SINVSA é

“(...) o modelo de forças motrizes-pressão-estado-exposição-efeito, aquele da OMS; é o que mais e melhor explica, de maneira simples, a relação da saúde e meio ambiente, ou seja, a pressão que é feita aos recursos naturais e os efeitos dessa pressão sobre a saúde das pessoas” (Ent.1).

Os demais entrevistados relatam que existe uma perspectiva de o SINVSA trabalhar com modelos mais complexos, entre eles o modelo sócio-ecológico, embora essa proposta ainda não tenha se concretizado. Merecem destaque os seguintes depoimentos:

“(...) apesar dos avanços, o SINVSA ainda não se caracteriza por ter um modelo de atuação sócio-ecológico, ele ainda tem que avançar mais no aspecto sócio-ecológico, para não fazer uma vigilância tecnocrática, entendendo as dinâmicas sociais, entendendo como a sociedade se coloca, os territórios, esse é um caminho que ainda está se construindo” (Ent. 9);

“(...) temos tido uma orientação para trabalhar com o modelo sócio-ecológico, não adianta trabalharmos com modelo absolutamente ecológico, não adianta trabalharmos na lógica do modelo ideal, para trabalhar meio ambiente como ele deveria ser cuidado, como está na nossa Constituição, visando às gerações futuras, se as pessoas não estão conseguindo visar nem às gerações presentes, é isso que nós temos visto. Agora, esse modelo sócio-ecológico não expressa fielmente a proposta do SINVSA porque nenhum modelo ainda expressa (...) nós tentamos não trabalhar com modelos, nós tentamos trabalhar com realidades locais e modelo nenhum expressa a realidade de um lugar para outro, eles não dão conta, então estamos trabalhando com base territorial” (Ent. 10).

Como se pode observar, o objeto sob vigilância e seu modelo de atuação também não parecem estar suficientemente compreendidos entre os gestores do SINVSA, embora se reconheça que as metodologias usadas para investigações e ações que envolvem a relação da saúde com o ambiente, tanto em sua forma global quanto restrita a um ambiente particular-específico, apresentam-se, necessariamente, mais diversas e complexas do que nas demais áreas da Saúde Coletiva (Câmara e Tambellini 2003).

b) Visão de Mundo/aproximação com a prática

b.1 Relação homem/natureza

No tocante a compreensão que os gestores do SINVSA têm em relação a percepção predominante na sociedade brasileira quanto a relação homem-natureza foi consenso entre os entrevistados de que a visão da sociedade brasileira é antropocêntrica:

“O homem é soberano aos recursos naturais. Os recursos naturais estão para atender as demandas do homem, não importa como nem até quando” (Ent. 1).

Merece destaque, outrossim, o relato de outro entrevistado que demonstra um contraponto em relação ao domínio do homem sobre a natureza:

“(...) a visão da sociedade é uma visão antropocêntrica, embora seja muito mais para justificar o controle dos bens naturais dos processos de produção. Porém, dependendo da situação, a questão é diferente. Por exemplo, em locais não urbanizados, a natureza é imperativa e é quem traz riscos à saúde humana” (Ent. 4).

Conhecer como os gestores do SINVSA compreendem a percepção da sociedade brasileira sobre a relação homem-natureza, é de singular importância ao se considerar que os sistemas ecológicos e sociais, dentro dos quais os seres humanos então inseridos, são compreendidos de formas distintas, por diferentes indivíduos e instituições. Deve-se, por conseguinte, investigar as semelhanças e diferenças entre valores e significados atribuídos, por diferentes indivíduos, a fenômenos sociais e ambientais dentro de vários contextos, como forma de compreender, na qualidade de gestores, as razões que determinam o porquê de certas políticas de intervenção não resolverem adequadamente os problemas sócio-

ambientais a que elas se propõem (Woodgate e Redclift, 1998). A fala de um dos entrevistados aborda, ainda que parcialmente, essa questão:

“Nós vemos as pessoas tendo uma lista de prioridades, onde o meio ambiente, quando entra nela, está lá no final dessa lista. Então, em primeiro lugar, o homem quer ter alimentação, moradia, então ele só vai ver que aquela área é de risco se chover e a casa do vizinho cair. Então, assim não há preocupação com o meio ambiente. Ele ainda tem uma relação de domínio, ele só se sente dominado quando ele se vê ameaçado com um tsunami, uma enchente, etc. Isso são relações mais agressivas e mais diretas; agora, quando são relações de médio e longo prazo, principalmente de longo prazo, como é o caso das exposições, aí é mais difícil ainda das pessoas entenderem nossas recomendações. Não é uma questão de nível social, nível cultural como a gente queira chamar, porque nós conversamos com pessoas de classe média, classe alta e elas só têm aquela visão do imediatismo: ‘Ah, eu posso ter alguma coisa daqui há dez anos, não me interessa, o que me interessa é o hoje, o agora’” (Ent. 10).

Na percepção dos entrevistados sobre o uso de tecnologias limpas⁴ como alternativa ao desenvolvimento sustentável, observou-se que apenas um deles acredita que as tecnologias limpas, se desenvolvidas em macroescala e disponíveis na rotina das pessoas, garantirão um desenvolvimento sustentável. Entre os demais, 50% (5/10) acreditam que as tecnologias limpas garantem parcialmente o desenvolvimento sustentável, uma vez que

“Elas são auxiliares, garantir por garantir integralmente não, até porque existe um limite para a utilização dessas tecnologias limpas. Mas, de qualquer forma, elas trazem possibilidades de fazer com que os impactos gerados pelos processos não limpos sejam minimizados. Tecnologias limpas contribuem para o desenvolvimento sustentável, mas não são só elas que determinam o desenvolvimento sustentável” (Ent. 4).

Os demais entrevistados não acreditam que as tecnologias limpas garantem o desenvolvimento sustentável justificando que

“Se elas fossem verdadeiramente aplicadas, poderiam garantir. Porém, é preciso mais do que isso, porque tudo depende da vontade humana, esse é o problema” (Ent. 3);

“Se o homem não mudar seu comportamento, as tecnologias limpas não garantem o desenvolvimento sustentável” (Ent. 6).

Apesar das distintas percepções sobre a relação das tecnologias limpas com o desenvolvimento sustentável, o importante é que a maioria dos entrevistados

considera que essas tecnologias não garantem o desenvolvimento sustentável em sua totalidade. Embora os argumentos apresentados tenham sido pouco fundamentados, é importante destacar que as tecnologias limpas variam enormemente seu desempenho, de acordo com os diversos setores aos quais se aplicam, a exemplo da sua incorporação pela sociedade industrial, onde essas tecnologias, ainda não representam uma mudança paradigmática, em relação à sustentabilidade, e sim uma mudança de cultura empresarial, provocada mais pelas transformações políticas e econômicas mundiais do que por uma possível conscientização da importância da preservação do ambiente (Layrargues, 2000).

b.2 Responsabilidade social dos atores envolvidos com a vigilância em saúde ambiental

Com relação a percepção dos gestores do SINVSA sobre a responsabilidade social dos atores envolvidos com a saúde ambiental 82% (9/11) dos entrevistados relatam que essa é uma responsabilidade de todos:

“Desde o setor saúde, educação, cultura, sociedade civil organizada, movimentos sociais etc. Mas nem toda a sociedade tem a compreensão de que isto já esta se organizando no Brasil” (Ent.1) .

“(...) a saúde ambiental é uma meta política, ela é uma condição para o desenvolvimento sustentável. Então, ela tem que ser uma concepção que venha permear toda a humanidade, cada um fazendo a sua parte, ela não deve ter propriedade” (Ent.8).

“E uma responsabilidade compartilhada, mas falta o Estado dar as ferramentas necessárias para garantir a participação da sociedade” (Ent.2).

Mesmo reconhecendo que a responsabilidade das questões que envolvem a saúde ambiental é de todos, do ponto de vista jurídico-institucional, foi salientado que:

“(...) no arcabouço legal e no âmbito jurídico que é o que rege nossa sociedade democrática, você tem que ter um responsável, então a responsabilidade jurídica é do MS” (Ent.6).

“(...) segue-se a lógica do que está na Constituição, do que está na lei do SUS; portanto, existe uma forte responsabilidade do Estado, mas não se limita à ele, vai desde do ponto de vista das organizações locais, empresas e processos produtivos, até mesmo dos próprios indivíduos” (Ent.4).

⁴ Tecnologias limpas: entende-se por tecnologias limpas um aspecto do processo ou um produto específico que contribui para amenizar ou até eliminar a poluição de um determinado processo industrial, tornando a produção limpa (Hiwatashi, 1998).

Na percepção dos demais entrevistados (2/11), a responsabilidade da saúde ambiental é apenas do governo. Porém de maneira geral, ela depende:

“(...) de um conjunto de instituições: saúde, MMA, Ministério da Indústria e Comércio, Ministério das Cidades, Ministério da Agricultura, etc., é um jogo de interesse que não se preocupa com as conseqüências à saúde, só faz tentar minimizar os efeitos” (Ent. 3).

Eis mais um aspecto de relevância para a vigilância em saúde ambiental. Não se observa coincidência de percepções entre os entrevistados. Não obstante a intersetorialidade e a transversalidade que as questões de saúde ambiental requerem, é de suma importância que os gestores de um subsistema nacional de vigilância estabeleçam um consenso sobre quais os atores envolvidos, atuantes nessa área e o papel que desempenham; como forma de identificar e buscar as parcerias necessárias a suas práticas nas distintas competências, seja no campo institucional ou social.

b.3 Domínio do conhecimento

Há consenso, entretanto, na percepção dos gestores do SINVSA de que a vigilância em saúde ambiental por se constituir uma área nova, que requer grandes investimentos na área de estudos e pesquisa:

“Desde o início da implantação do SINVSA a academia foi chamada para compor, juntamente com especialistas do serviço, o que se determinou de Grupo Técnico Assessor. Este grupo, além de apresentar contribuições para o processo de implantação do SINVSA, foi estimulado a realizar estudos e pesquisas que subsidiassem a área de VSA que estava sendo criada(...)” (Ent.11).

“A área que mais avançou no processo de implantação foi o VIGIAGUA (...) porque já se tinha acumulo técnico-científico em relação, por exemplo, aos parâmetros de potabilidade da água, enquanto que a maioria dos outros VIGIS [Programas Nacionais de Vigilância no âmbito da saúde ambiental] ainda necessitam de maior domínio de conhecimento para fundamentarem suas ações” (Ent.1).

5.4.2 Categoria analítica Práxis

a) Práticas operacionais

As práticas de maior relevância desencadeadas com o propósito de operacionalizar o SINVSA são apresentadas a seguir, de acordo com a percepção dos seus gestores.

a.1) Planejamento

No que se refere à periodicidade, é consenso entre os entrevistados que o planejamento da CGVAM para operacionalizar o SINVSA é realizado anualmente. Um entre os 11 entrevistados destacou que o planejamento, ora realizado, tem evoluído e contribuído para sua implementação:

“(...) no começo, não tínhamos planejamento sistemático, éramos tarefeiros e trabalhávamos apagando incêndio porque não se entendia bem o que era o SINVSA; agora as ações são mais sistematizadas e planejadas, hoje é diferente”. (Ent.1).

Os demais entrevistados, entretanto, tem percepções bastante distintas sobre o planejamento das ações do Subsistema, referindo-se a um planejamento fragmentado e centralizado:

“Cada subcomponente faz o seu planejamento e depois o coordenador da CGVAM tenta dar uma uniformidade nas ações, para que elas aconteçam, ainda falta muita integralidade”. (Ent.3).

“Cada área faz seu planejamento anual. O planejamento macro, que é feito pela CGVAM, não é compartilhado com as demais áreas, ele é decidido pela equipe de planejamento e a Coordenação-Geral” (Ent.5).

Um dos entrevistados, porém, salienta que pelo fato de cada subcomponente do SINVSA planejar e executar suas ações, de forma diferenciada, resulta assim, que um dos subcomponentes:

“(...) realiza reuniões anuais com as UF (...), onde são pactuadas as ações e metas para o ano subsequente (Ent.2),

Essa constatação, ao que parece, é bastante específica de um dos subcomponentes do SINVSA.

Sobre a definição de metas, um dos entrevistados relata que elas são:

“(...) muito ditada hoje, também pela Programação de Ações Prioritárias (PAP)-SVS, antiga Programação Pactuada Integrada (PPI), então, o que nós conseguimos pactuar lá, normalmente é o que nós acabamos trabalhando no ano seguinte e trabalhamos muito ainda, com demanda espontânea e com assessoria aos Estados (...) porque não é uma demanda que você consegue organizar, não é uma demanda fixa, nós temos que esperar as coisas acontecerem. Então, nós ainda trabalhamos muito na demanda espontânea, pela incapacidade dos Estados responderem essas demandas” (Ent.10).

Do ponto de vista do planejamento político-institucional foi mencionado que:

“Em termos de planejamento macro, temos o documento publicado esse ano, dos subsídios para uma política de saúde ambiental no âmbito do governo Federal; este é o esforço mais sistêmico, que se tem pensando dentro de toda uma lógica de um país sustentável (...) onde a VSA será o componente fundamental dessa política, enquanto seu elemento mais operativo. Com relação à gestão, em termos de planejamento, também é feito um ajuste de agenda Federal e Estadual, por meio de uma reunião anual de dirigentes em VSA (...) além disso, é realizado o planejamento operativo mais de curto prazo, ou seja, de ações já pactuadas no SUS e que já estão em andamento, bem como existe toda uma programação orçamentária, físico-financeira, que permite o passo a passo das atividades rotineiras” (Ent.4).

“Tem um direcionamento político, naturalmente, ele esta em conformidade com o Plano Plurianual (PPA), agora com o Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) (...) e esta em conformidade com a condição técnica aparente da nossa época (...) o que não existe ainda é uma concepção de governo harmônica; não é um problema só da CGVAM, porque não existe uma concepção dos políticos, dos técnicos e das pessoas de uma gestão integrada” (Ent.8).

Observa-se nos discursos do entrevistados que, a despeito de não existir uma percepção uniforme sobre a construção do planejamento da CGVAM para operacionalização do Subsistema, há, sim, um planejamento em execução, inclusive com metas estabelecidas, porém mais voltado para o atendimento das demandas orçamentárias e financeiras. A fala dos entrevistados, no entanto, sugere que esse planejamento é elaborado para a área de saúde ambiental como um todo e, quando se reporta ao planejamento específico dos subcomponentes do SINVSA, os entrevistados referem que ele é realizado de forma fragmentada e centralizado, indicando lacunas na integralidade do planejamento das ações de vigilância em saúde ambiental a serem implementadas.

a.2) Implementação da capacidade operacional

Inicialmente buscou-se investigar como os gestores do SINVSA compreendem e percebem a inserção dos princípios e diretrizes do SUS na operacionalização de suas ações. Constatou-se que os relatos dos entrevistados se complementam, demonstrando que a universalização, a equidade e a descentralização, são partes constitutivas dos princípios e diretrizes definidos para a atuação do SINVSA:

“A vigilância em saúde ambiental pressupõe ação articulada, integrada, intersetorial, esses são os princípios básicos do SUS e são os princípios da vigilância. Então, eu acho que todas as ações, elas respeitam e muito a questão da descentralização, da autonomia

dos Municípios; está muito claro, desde a criação da vigilância em saúde ambiental, em que você tem ações que são diferenciadas em nível de competência de governo e cada um tem o seu papel” (Ent. 11);

“As atividades de vigilância da qualidade da água para consumo humano são desenvolvidas de forma que seja universal” (Ent. 7).

Em seguida, averiguou-se a percepção dos entrevistados quanto à atual estrutura organizacional da CGVAM para operacionalizar o SINVSA, momento em que se constataram diferentes opiniões: 64% (7/11) dos entrevistados entendem que a estrutura organizacional da CGVAM não atende as demandas necessárias à operacionalização do SINVSA, por vários motivos:

“Por duas questões. Primeiro, em termos de pessoal, a área cresceu muito, tem muita demanda e temos uma dificuldade imensa de expandir a equipe; assim temos que trabalhar em cima de prioridades. Outro aspecto é o fato de não termos ainda uma estrutura formal que forneça o mínimo do mínimo daquilo que a gente quer e que precisa. Existe hoje um trabalho importante que ainda está calcado na base do voluntariado, ou seja, pessoas que se dispõem a gerenciar equipes mas que não têm sequer o reconhecimento formal sobre essa função; isso gera desgastes tremendos, porque é óbvio que todo trabalho, ele tem um componente de se vivenciar e receber os louros, a fama, o que vem de bom, mas também tem aquela coisa pesada que é destrinchar o abacaxi e poder dar respostas” (Ent. 4);

“Porque nós estamos estruturados em ‘caixinhas’. Então, as pessoas têm dificuldade de se integrar. Agora mesmo, juntou-se fisicamente a saúde do trabalhador mas as ações ainda não se uniram na prática” (Ent. 3);

“Ainda somos muito compartilhados, isso dificulta a interação entre os subcomponentes. O VIGIQUIM e o VIGIDESASTRES não deveriam ser subcomponentes por serem, na realidade, atividades transversais aos demais subcomponentes” (Ent. 2);

“(…) ainda precisava de uma reforma para que possamos estar trabalhando de forma mais matricial, não em ‘caixinha’, algumas áreas nossas de integração precisam ser aprimoradas (...), a exemplo da articulação institucional, ações estratégicas que realmente consigam apoiar de alguma forma esses subcomponentes do SINVSA” (Ent. 9).

Ao resgatar o processo histórico da proposta organizacional que deu início ao SINVSA, um dos entrevistados ressalta que:

“Quando nós concebemos a vigilância ambiental, se propôs a criação das vigilâncias relacionadas a cada compartimento ambiental, porém pensou-se: criar essas áreas temáticas dar uma estanquidade, uma fragmentação na ação. E como que nós vamos fugir disso? De todo não podemos fugir, porque nós temos que operacionalizar. Assim, foi criada uma Coordenação pensada

matricialmente, os VIGIS eram áreas temáticas, e áreas como ações estratégicas, articulação interinstitucional, que eram matriciais, deveriam interagir com esses VIGIS e vice-versa. Porém, esse arranjo, que ainda é o organograma atual, não tem respondido porque tem se cristalizado nestes VIGIS e priorizado cada vez menos este outro lado da matriz que são as áreas matriciais. Então nós não temos uma área que cuide de capacitação, tem uma área de informação sim, mas é a área mais recente (...) e mesmo assim, ela está pensando de uma forma estanque, de como dar respostas a cada um desses VIGIS, ainda não conseguiu pensar de forma mais ampla” (Ent. 11).

Também vale salientar que, na percepção de um dos entrevistados, a definição dos propósitos da vigilância em saúde ambiental precede a definição de uma estrutura técnica-operacional adequada a seus fins, ou seja,

“(...) para sabermos qual a estrutura técnico-operacional necessária, depende realmente de onde nós queremos chegar, do que se quer. Se o modelo for o que se tem hoje, de ficar aqui sentadinho, criando diretrizes, mandando para o Estado [Secretaria de Estado da Saúde] e dizendo “Estado, vire-se”, então o modelo é esse mesmo, e o que temos é suficiente. Agora, se realmente nós queremos estar implantando, criar um sistema e dar muito mais do que uma assessoria, dar efetivamente o apoio necessário aos Estados, então nós temos que aumentar essa estrutura técnica operacional e superar a fragilidade estrutural da CGVAM, existente desde que ela foi criada; quer dizer, a CGVAM sempre foi ‘uma Coordenação com status de Departamento’; agora, junta-se duas áreas para tentar formar um Departamento. Então, nessa coisa do ‘querer ser’, nós acabamos ficando meio sem identidade do que realmente ‘nós somos’, ou seja, ou a gente se põe como uma Coordenação e tenta trabalhar como uma, mas aí nós temos que encolher as pernas, porque nós damos passos muito maiores do que uma Coordenação poderia dar, ou nós vamos atrás desse reconhecimento necessário” (Ent. 10).

Por outro lado, os entrevistados com entendimento de que a atual estrutura organizacional da CGVAM é adequada à operacionalização do SINVSA justificam que:

“Está bom da maneira como está, é só um a questão de sistematizar as ações” (Ent. 5);

“(...) apenas precisamos melhorar um pouquinho a operacionalização e a interface entre as caixinhas [os VIGIS]” (Ent. 6);

“(...) mesmo os subcomponentes separados fisicamente, quando surgem pontos convergentes de atuação, eles trabalham em conjunto; mas no futuro, é necessário acabar as ‘caixinhas’, porém essa separação é necessária na atualidade” (Ent. 1).

No discurso de um dos entrevistados, percebe-se que a atual estrutura organizacional da CGVAM para operacionalizar o SINVSA é a mesma de nove anos

atrás, quando se iniciou o processo de estruturação da vigilância em saúde ambiental. Naquela época, a CGVAM possuía cinco técnicos, tão-somente. Hoje, conta com uma equipe multidisciplinar composta por 50 técnicos, levando a crer que os problemas estruturais aqui apontados pelos entrevistados não estão diretamente relacionados ao quantitativo de pessoal. O entrevistado 4, apesar de enfatizar as crescentes demandas ocorridas, levanta a problemática de que não existe, no interior da CGVAM, uma estrutura formal que atenda às necessidades conjunturais da Coordenação-Geral, em que a gestão das equipes acontece na base do voluntariado. Questiona-se se esses voluntários estão ou não realmente preparados para assumir o papel de gestor Federal de um subsistema de vigilância de âmbito nacional. Este trabalho não se nega a reconhecer – e louvar – os méritos desses voluntários e seu compromisso com a saúde ambiental, no desempenho de funções. O que se pretende aqui, ante ao exposto, é enfatizar a importância da formação e da capacitação necessárias ao gerenciamento de equipes que a área requer. Outro aspecto importante é lembrado pelo entrevistado 10, ao afirmar ser necessária clareza de “*onde a VSA quer chegar*”.

Sobre a articulação sistemática e integrada das ações implementadas, característica inerente a um subsistema de vigilância, não é consenso entre os entrevistados que esses pressupostos estejam presentes no trabalho do SINVSA: 64% (7/11) dos entrevistados afirmam que a operacionalização de suas diversas ações não ocorre de forma articulada e sistemática, no cotidiano do Subsistema:

“Isso não ocorre porque tem muito trabalho específico a ser feito. Então, é muita ação de apagar incêndio e as pessoas não têm nem tempo de se reunir para traçarem estratégias conjuntas” (Ent. 3);

“As áreas-meio não têm respondido às demandas apresentadas pelas áreas finalísticas, ou seja, as áreas finalísticas trazem a demanda e caberia às áreas-meio articular com as demais áreas a viabilidade do atendimento à demanda; e na prática, isso não tem acontecido, tanto no nível interno como externo à CGVAM” (Ent. 10);

“(...) isso fragiliza a concepção da vigilância ambiental em saúde por que você concebeu e acha, pressupõe que ela seja articulada, integrada e você não consegue fazer isso internamente” (Ent. 11).

Um dos entrevistados, embora confirme a opinião de que a articulação sistemática e a integração das ações do SINVSA não ocorrem, advoga por sua ausência, justificando-a assim:

“(...) existem especificidades que necessitam ser respeitadas, pois, mais importante do que a estrutura rígida de um sistema é priorizar as especificidades de cada um, de forma tal que, no conjunto, se atenda a sociedade” (Ent. 6).

Os demais entrevistados entendem que a articulação e sistematização das ações do SINVSA ocorrem de forma parcial:

“De uma maneira geral, nós temos ações sendo desenvolvidas de forma integrada. Eu diria que essa integração e articulação são parciais, em função das demandas que nós temos (...)” (Ent. 7);

“Há tentativas cotidianas, no âmbito da CGVAM. Quando a gente faz as reuniões de colegiado, é uma forma das pessoas conhecerem o que as outras áreas fazem e planejar em conjunto (...) apesar de ainda existir uma fragmentação, já existe iniciativas que buscam a integração, a exemplo de algumas áreas que foram criadas visando isto. E aí, eu destaco a Área de Análise de Situação de Saúde Ambiental (ASISA), em função da sua dinâmica, que ajuda todas as outras áreas a desempenhar sua função de análise” (Ent. 9).

Entre as atividades pontuais desenvolvidas de forma integrada, foram citadas:

“As atividades de mapeamento de vulnerabilidades, que estão sendo desenvolvidas por todas as áreas; para isso, elas se articulam com as demais (...)” (Ent. 6);

“A atuação do comitê interno da ASISA, que junta todas as outras áreas da CGVAM; ela trabalha com a questão dos sistemas de informação, mas ela trabalha na perspectiva de analisar as informações para a tomada de decisão” (Ent. 9);

“A aproximação do VIGIÁGUA com o VIGIDESASTRES, eles começam a trabalhar de uma forma mais articulada, porque têm problemas que tem a ver com um e com o outro, muitas vezes por causa de demandas externas, por demandas internas ou por uma pressão individual. Outra ação é que hoje tem um comitê interno, que está se articulando para a questão de licenciamento ambiental de novos empreendimentos, onde participam todas as áreas da vigilância; então, tem uma aproximação que não está ainda refletida em uma mudança de organograma, mas existem aproximações de áreas de trabalho conjunto” (Ent. 11).

O discurso destes entrevistados torna – cada vez mais – evidente que o SINVSA, enquanto um subsistema nacional de vigilância, ainda requer uma integração e sistematização de suas ações para responder, efetivamente, as demandas que lhe são postas. Na opinião da maioria dos entrevistados, entretanto, já há esforços nesse sentido. Exceto para um deles, que entende um sistema de vigilância como uma estrutura rígida, o que, de fato, não se coaduna com a realidade de interfaces necessária para que a vigilância em saúde ambiental atue (Câmara e Tambellini, 2003).

A IN N° 01/2005, que institui o SINVSA e defini suas competências, constitui o marco legal e institucional de sua operacionalização. Investigou-se a percepção dos entrevistados sobre a IN traduzir, de forma fidedigna, o SINVSA que vem sendo implementado. Verificou-se que 88% (9/11) dos entrevistados entendem que a IN não expressa ou expressa parcialmente a realidade do Subsistema:

“A IN coloca em foco a vigilância dos fatores ambientais e não a população exposta, como deveria ser. Além disso, ela penetra nas competências de outras áreas, o que traz muita confusão, principalmente no nível das UF; e com outras áreas, como o MMA” (Ent. 2);

“Ela tem muitas falhas, necessita passar por revisão, porque ela entra em competências que não são da CGVAM, até mesmo de outras áreas do Ministério da Saúde, como a CGLAB[Coodenação Geral de Laboratórios de Saúde Pública] (...)” (Ent. 3);

“(...) prever ações que nós não temos feito, como a vigilância dos ambientes de trabalho” (Ent. 10);

“Em grande parte, ela expressa o SINVSA no nível dos subcomponentes. Mas ela precisa ser mais focada, porque ela, por exemplo, contempla fatores biológicos e nós não trabalhamos os fatores biológicos (...)” (Ent. 5);

“(...) apesar de nós não fazermos algumas coisas que estão lá, nós fazemos outras coisas que também não estão lá; por exemplo, essa questão dos empreendimentos, isso não está lá escrito na IN” (Ent. 7).

Os demais entrevistados, de opinião contrária, afirmam que a IN expressa o SINVSA, advogando que:

“Ela é concisa e conseguiu captar a essência do que é o SINVSA; claro que ela tem algumas coisas que merecem críticas, porque nada é perfeito, mas, em princípio, ela reflete o SINVSA sim” (Ent. 6);

“Todos os programas e projetos que emanam dos objetos que são integrantes do SINVSA, eles procuram se localizar dentro da IN (...)” (Ent. 4);

“(...) a IN criada é o que se espera que seja a vigilância ambiental; e que tem distorções, que tem distanciamentos (...) Mas, vai se tendo avanços na medida em que se precisa de respostas” (Ent. 11).

A argumentação dos entrevistados cuja percepção é de que a IN N° 01/2005 não traduz, de forma fidedigna, o SINVSA, apóia-se no fato de que, apesar de a IN regulamentar as competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal na área de vigilância em saúde ambiental, na realidade, ela transcende a VSA ao definir-lhe atribuições de outras áreas. Em seu Art. 1º, parágrafo único, por exemplo:

“Os procedimentos de vigilância epidemiológica das doenças e agravos à saúde humana associados a contaminantes ambientais, especialmente os relacionados com a exposição a agrotóxicos, amianto, mercúrio, benzeno e chumbo, serão de responsabilidade da Coordenação-Geral de Vigilância em Saúde Ambiental” (Brasil, 2005a)

Também no Art. 4º inciso IX, ao abordar as competências da SVS enquanto gestora do SINVSA, a IN estabelece o seguinte: *“Normatizar e coordenar a rede nacional de laboratórios de vigilância em Saúde Ambiental”*. Na realidade, essa atribuição, apesar de também ser da SVS, é de competência da CGLAB (Brasil 2004a).

Ademais, a própria definição do SINVSA, estabelecida no Art 1º da IN N° 01/2005 não define claramente o objeto sob vigilância do SINVSA, tampouco deixa claro o seu campo de atuação, quando menciona que ao SINVSA compete

“(...) adotar medidas de promoção da saúde ambiental, prevenção e controle de fatores de risco relacionados às doenças e outros agravos à saúde, em especial: água para consumo humano, solo, ar (...)” (Brasil, 2005a)

Merece destaque, todavia, o fato de a IN não incluir o princípio da precaução⁵ no arcabouço de atuação da vigilância em saúde ambiental, apesar de sua grande relevância na priorização das ações de vigilância, não apenas diante da ocorrência de doenças mas antecipando-se a elas, na identificação prévia dos fatores de risco potencialmente nocivos à saúde. Por isso, o princípio da precaução deve servir de guia para as ações de vigilância em saúde ambiental (Augusto 2002).

Dessa forma, a única normalização do Ministério da Saúde que trata especificamente do SINVSA apresenta aspectos que necessitam, como mínimo, ser objeto de maior reflexão por parte dos gestores da área de saúde ambiental, no sentido de adequá-la à realidade de suas práticas.

Ainda tomando por base a IN N° 01/2005, além de se acrescentar a precaução como um princípio a ser seguido, foi solicitado aos entrevistados citarem as principais atividades desenvolvidas pela vigilância em saúde ambiental na atualidade, relativas a cada uma de suas atribuições conferidas pela Instrução Normativa, em termos de promoção da saúde, prevenção, e controle dos fatores de

⁵ Princípio da precaução é a garantia contra os riscos potenciais que, de acordo com o estado atual do conhecimento, ainda não podem ser identificados. Segundo esse princípio, a despeito da ausência da certeza científica formal, a existência de risco de um dano sério ou irreversível requer a implementação de medidas que possam prever esse dano (Goldim, 2008).

risco ambiental que interferem na saúde humana. Desta feita, em sua grande maioria, eles foram pouco objetivos em suas respostas, preferindo apenas tecer considerações sobre essas atividades, detalhadas no Quadro 4.

Ao se analisar o discurso dos entrevistados, explicitados no Quadro 4, não se observa uniformidade em suas percepções com relação às atividades inerentes às ações de promoção, de prevenção, de controle e de precaução desenvolvidas pela VSA. Além de ser perceptível que alguns entrevistados necessitam de uma maior apropriação do conhecimento com relação aos conceitos básicos dos conteúdos que envolvem as atividades de vigilância.

Como principais dificuldades enfrentadas para operacionalizar as ações do SINVSA, os entrevistados apontaram:

“Falta de clareza do que o SINVSA deve contemplar e a pouca clareza por parte da equipe do SINVSA do que deve ser sua atuação” (Ent. 2);

“Falta de sensibilidade dos gestores, por desconhecerem o que é a vigilância em saúde ambiental, carência de pessoal nas UF e Municípios onde, na maioria das vezes, existe um técnico para responder por todas as vigilâncias: epidemiológica, sanitária e ambiental” (Ent. 3);

“(...) rotatividade de pessoal em nível Federal, dos Estados e Municípios, constantemente temos que estar sempre repetindo tudo que já havia feito, porque as pessoas mudam e não existe continuidade e também a definição de prioridades dos gestores, em que os fatores biológicos, para eles são sempre mais prioritários” (Ent. 5);

“(...) necessidade de assegurar os recursos financeiros porque, se levamos em consideração o aporte de recursos financeiro que nós temos hoje, ele relativamente, proporcionalmente é muito limitado e nós temos grande parte desse recurso assegurado somente pelo Projeto VIGISUS” (Ent. 4);

“(...) a complexidade das ações aumentou muito, os Estados se conscientizaram da necessidade e passaram a exercer uma demanda muito maior por estarem mais sensíveis e isso se tornou uma dificuldade, porque nós não nos estruturamos suficientemente, as equipes estão sobrecarregadas, existe uma carga burocrática muito grande e temos que dar conta de muitas coisas, sem termos recursos humanos suficientes” (Ent. 6);

“Pouca visibilidade das ações do SINVSA (...) eu acho que se faz muito mas a sociedade percebe pouco (...)” (Ent. 9);

“Dependemos muito das informações externas; então, se eu estou trabalhando com fatores de risco ambientais, eu não tenho como competência estar fazendo medição, quer dizer, nós fazemos porque não tem quem faça, mas precisa de uma articulação melhor com os órgãos ambientais, precisa uma melhor articulação interna

(...) não adianta eu fazer todo um levantamento porque quem implanta é a ponta e nós não somos ponta, então nós sentimos essa fragilidade de fazer todo um trabalho e não ter aplicabilidade dele (...) além disso, com relação aos recursos, os gestores não priorizam a saúde ambiental, o que se sabe é que menos de 1% dos recursos federais que chegam às UF vão para a [vigilância] ambiental” (Ent. 10);

“A dificuldade mais gritante é que o Sistema Único de Saúde ainda atua como o sistema único da doença e, conseqüentemente, o MS ainda atua como ministério da doença. E a área de VSA não é uma área da doença, ela é uma área da saúde, então ela não é priorizada, nem nunca vai ser; por mais que o gasto com a assistência seja maior do que cuidar da promoção, não existe na história do mundo até hoje, uma priorização concreta, política, institucional, financeira, orçamentária na saúde e sim nas doenças, conseqüentemente na assistência, então não na prevenção e muito menos ainda na promoção; por isso que o nosso trabalho maior é de resistência” (Ent. 11).

Mais uma vez, aparece no discurso dos entrevistados a necessidade de clareza dos componentes do SINVSA e de sua forma de atuação. Além disso, verificam-se dificuldades para operacionalizar o SINVSA de natureza macro, que envolve, inclusive, questões de concepção ideológica, como as mencionadas pelo entrevistado 11, e dificuldades de menor magnitude, possíveis de serem superadas a partir da sistematização das diversas atividades inerentes à área de saúde ambiental, onde a atuação da vigilância em saúde ambiental, como parte integrante dessa área maior (saúde ambiental), possa estar mais claramente caracterizada como tal, permitindo a sua equipe técnica-operacional maior objetividade de atuação e, conseqüentemente, maior capacidade de superação das dificuldades apontadas.

a.3 Parcerias intra e intersetoriais

Na percepção unânime dos entrevistados, as parcerias, tanto intra como intersetoriais, foram e são importantes alianças para que o SINVSA atinja seus objetivos, fato este traduzido nos seguintes discursos:

“Houve participação de colaboradores, desde a concepção e a construção da VSA no país, pelo próprio grupo técnico assessor constituído com intuito de colaborar em toda a estruturação da área (...) é uma área que hoje, não é de ninguém, não existe esse que fez a VSA, essa área foi criada em um processo coletivo. Tivemos poucos momentos que as pessoas fecharam a oportunidade de processos coletivos, então isso é uma vantagem para a área, não tem o dono do pedaço” (Ent.11).

“Eles [os parceiros] ajudaram a construir a política da VSA que vivenciamos na atualidade” (Ent.1)

“(...) influenciaram positivamente, com inúmeras colaborações que recebemos, em todos os sentidos, das mais diversas instituições como academia, OPAS etc.” (Ent.4)

Como exemplos de experiências bem sucedidas nas relações intra e intersetoriais, em que a aliança e a cooperação técnica entre os distintos parceiros se fizeram presentes de maneira marcante, foram citados:

“O decreto n° 5.440/2005 que trata da defesa do consumidor em relação a QACH, o qual expressa a integração entre o ministério das cidades, ministério da justiça, MMA e suas agências, particularmente a Agência nacional de Águas – ANA – e o setor de Defesa do Consumidor; a construção dos protocolos de monitoramento de populações expostas a solos contaminados, onde estão envolvidos vários setores do MS, o Departamento de Atenção Básica, o Departamento de Média e Alta complexidade, a ANVISA, além de outras áreas daqui da vigilância e, recentemente a Portaria da Secretaria Executiva que monta um grupo de trabalho para lidar com o tema de agrotóxico no âmbito do MS, que envolve todas as áreas do MS” (Ent.4).

Apesar de todos concordarem que estas parcerias intra e intersetoriais são importantes para implementação do SINVSA, alguns aspectos negativos dessas alianças que mereceram destaque dos entrevistados:

“Como aspecto negativo, eu apontaria os momentos em que o MMA, na gestão passada, colocou dificuldades no desenvolvimento de ações intersetoriais importantes para a saúde, por entenderem que a VSA estava invadindo os espaços deles, quando não era nada disso” (Ent.4);

“(...) quando ocorrem inferências pessoais e não institucionais, elas ocorrem geralmente de forma negativa” (Ent. 3).

Pela clareza e ênfase no conteúdo dos discursos dos entrevistados sobre a importância das parcerias intra e intersetoriais para o SINVSA, são dispensáveis comentários sobre a sua relevância. Mesmo considerando os aspectos negativos destacados, uma vez que os mesmos são plausíveis de serem ultrapassados.

No campo da intra-setorialidade, também foi averiguada a percepção dos entrevistados quanto à relação da VSA com as demais áreas da SVS. Neste sentido, apenas um entre todos os entrevistado destaca que as demais áreas que compõe a SVS tem conhecimento sobre a atuação da VSA:

“Hoje, as demais áreas tem clareza do que é a VSA, do seu objeto e campo de atuação, das suas metas, inclusive não só as pessoas que compõem essas áreas da SVS, como os documentos que são produzidos por essas áreas, eles contemplam a área de

VSA. Por exemplo, nós temos uma publicação viabilizada pelo Departamento de Análise de Situação de Saúde (DASIS) que contempla a área de VSA como sendo parte integrante da vigilância como um todo” (Ent.7).

Os demais entrevistados entendem que:

“(...) talvez a SVS conheça um pouco, em função das dinâmicas de parcerias, mas eu acho que o MS como um todo, ainda desconhece muito o SINVSA. E quando não é bem compreendido o nosso papel, muitas vezes nós acabamos não participando de questões-chaves; por exemplo, no PAC - Saúde, uma das discussões era ampliarmos as ações de VQACH; mas parece que o MS não entendeu que vigilância é com a nossa área, eles acham ainda que isso é da FUNASA (...), nem o próprio MS sabe bem da missão dessa área e em que ela poderia está contribuindo” (Ent.9).

“Como as pessoas da SVS não conhecem a VSA, elas não entendem o que é feito, então há um sentimento de muita rejeição, eles rejeitam a VSA por não conhecerem qual é o papel da VSA” (Ent.2).

“Falta integração das ações entre VSA e a VE, o que gera, muitas vezes, duplicidade de ações e/ou afastamento de linhas de trabalho que são complementarem entre VSA e VE por falta de conhecimento de ambas as partes sobre o que cada uma delas faz (...)” (Ent.1).

“(...) não existe um trabalho conjunto entre as diversas vigilâncias e tudo isso dificulta, atrapalha a realização das ações de VSA, principalmente ao nível dos Estados, porque as vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental geralmente dividem o mesmo espaço e tudo isso gera uma disputa muito grande. Enfim, a nível Estadual, isso é ainda mais complicado” (Ent.5).

“De vez em quando eles [as outras áreas da SVS] colocam agente em situação difícil, porque nos chama para atuar quando não é para chamar, e vice-versa (...) no curso que participei, ‘Rediscutindo o SUS’, promovido pelo MS, de 30 pessoas do MS que estavam participando, apenas duas sabiam da existência da VSA” (Ent.3).

“(...) Intra-setorialmente, é mais difícil porque você não é reconhecido, você não tem uma identidade reconhecida; isso traz um problema, porque tudo que não é objeto de nenhuma das Secretarias e de nenhuma das áreas já reconhecida historicamente e que já tem uma legitimidade, um reconhecimento e uma identidade, vêm para a Vigilância. Então, tudo cai na VSA; isso não é só dentro da SVS, é dentro do MS como um todo” (Ent.11).

“Nós tentamos uma articulação no nível Federal, mas não existe. As outras áreas não se sentem parte do nosso processo dentro da própria SVS; e o pessoal da VSA também não se senti parte da SVS, nós sempre nos sentimos o primo pobre, não de hoje, desde a criação da SVS, porque a partir do momento que o CENEPI

virou SVS, todo mundo foi para o MS e nós ficamos fisicamente na FUNASA, isso parece uma bobagem falarmos de estrutura física, de onde se está lotado, mas não é, porque se estamos longe do gestor, estamos longe das decisões, longe do poder e longe do poder de persuasão (...)” (Ent.10).

“A repercussão, do pouco reconhecimento da VSA por parte da SVS é falta de verba, de atenção das autoridades, dificuldades de criar legislações, arcabouço legais, etc. (...)” (Ent.6).

“As dificuldades de relações da VSA com a SVS têm repercussão positiva e negativa. Negativa, porque muitas vezes, os encaminhamentos e as decisões tomadas pela SVS não levam em consideração toda a tese que a VSA traz, isso se evidencia em várias circunstâncias mas, de qualquer forma, naquilo em que podemos opinar ou interferir, nós fazemos, naquilo que nós não somos chamado, nós esperamos para a próxima oportunidade. O lado positivo diz respeito a reformulação da condução da política de promoção do MS, que, em função do próprio entendimento de que a questão ambiental é um determinante da saúde, a Saúde Ambiental ganhou possibilidades de estar conduzindo um dos eixos centrais da política de promoção da saúde; e, como a tendência é que essa agenda ganhe mais visibilidade no discurso e na ação do MS, acredita-se que isso ajuda a ter um espectro mais amplo para a VSA” (Ent.4).

Pelo discurso dos entrevistados, observa-se que as dificuldades de relacionamento entre a VSA e as demais áreas da SVS - e até do MS como um todo, têm origem em ambas as partes. Se por um lado a VSA queixa-se de não ter o devido reconhecimento, por outro lado, um dos entrevistados reconhece que também a VSA desconhece, por exemplo, o que a VE realiza. O grande prejuízo, nessa questão, é o fato, já mencionado por um dos entrevistados, de que estas dificuldades de interação dentro do próprio MS geram duplicidade de ações, afastamento de linhas de trabalho importantes para a Saúde Coletiva e, conseqüentemente, maiores gastos públicos.

É importante lembrar, entretanto, que a Saúde Pública/Coletiva, ao longo da sua história no Brasil, desenvolveu-se de forma fragmentada. A partir da estruturação do SUS, que adotou a integralidade das ações como uma de suas diretrizes, grandes esforços tem sido empreendidos no sentido dessa integralidade se concretizar, efetivamente. No entanto, há um longo caminho ainda a ser percorrido (Paim, 2006). Por conseguinte, é compreensível que se trata de um processo de construção, em que cabe a cada um dos integrantes do SUS identificar e buscar esta integralidade em suas práticas cotidianas.

a.4) Sistema de informação

Na percepção de todos os entrevistados, não há um único sistema de informação para o SINVSA:

“São sistemas de informação específicos. Na atualidade está implantado o Sistema de Informação da Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano – SISAGUA – e o Sistema de Informação de Vigilância em Saúde de Populações Expostas à Solo Contaminado – SISOLO –, o Sistema de Informação da Vigilância em Saúde Ambiental Relacionada a Qualidade do Ar – SISAR –, este para ser lançado, e o Sistema de Monitoramento de Populações Expostas a Substâncias Químicas – SIMPEAQ – que está sendo transferido da Fiocruz para o Departamento de Informática do SUS [Datusus]” (Ent.5).

Um dos entrevistados, ao expressar sua percepção sobre o fato do SINVSA possui diversos sistemas de informação menciona que:

“(...) Isso acabou com todo o discurso teórico de que não deveríamos criar novos sistemas de informação desarmônicos. Temos um desenho inicial (...), enquanto proposta de sistema de informação para o SINVSA, onde os subsistemas conversavam entre si, eles tinham partes comuns, porque se você vai fazer análises de situação de saúde esses VIGIS, têm que conversar entre eles, eles têm que ter bases que permitam essa conversação. Uma outra questão importantíssima é que, desde o marco zero da VSA, sempre se pensou em um sistema de informação geográfico referenciado, porque isso também é um pressuposto de que tem que se trabalhar com território. Isso não se conseguiu, porque a responsabilidade pela gestão da informação não foi dada e nem é da CGVAM. Então, pensar isso globalmente, nunca se conseguiu, porque o MS não pensa globalmente. Por mais que tivesse sido construído e concebido desta forma, tínhamos que ter uma área de informação no ministério (...), que pensasse desta forma”. sistêmica” (Ent.11).

Sobre os indicadores de VSA adotados pelo SINVSA, há uma grande divergência de opiniões entre os entrevistados. Para 55% (6/11) deles não existem indicadores que expressem a VSA como um todo; os indicadores são trabalhados de forma específica, por subcomponentes do SINVSA, fato este sumarizado no seguinte discurso:

“(...) os indicadores são de acordo com cada um dos subsistemas: os indicadores da água, do ar etc., todos eles priorizam indicadores que estão relacionados ao fator ambiental, ao controle da ação e alguns que são relacionados à população exposta” (Ent.11).

Entre os demais entrevistados, que reconhecem a existência de indicadores de vigilância em saúde ambiental, lembrou-se que

“A CGVAM teve iniciativas de construir indicadores de saúde ambiental de forma mais global, eles já existem e são trabalhados atualmente pela ASISA, que já lançou até um folder específico sobre isso: a última versão foi relacionada à metodologia do PNUMA de pressão, estado e resposta, os quais estão sendo atualizados com a metodologia de construção de indicadores de saúde ambiental da OMS [forças motrizes-pressão-estado-resposta-efeito]. Esses indicadores são bem mais amplos (...), são alguns exemplos dos indicadores que temos trabalhado” (Ent.9).

Um dos entrevistados, entretanto, chama a atenção para o fato de que esses indicadores publicados

“(...) necessitam ser aprimorados e que, em termos de conhecimento da exposição efetivamente, nós temos ainda que avançar muito. Em termos específicos, existem os indicadores do VIGIAGUA que são cloro, turbidez e microbiológicos; porém, eles são indicadores de processo de indução de estruturação de serviço, não chegam a ser indicadores de exposição humana” (Ent.4).

Ao se analisar o *folder* citado pelo entrevistado 9, averiguou-se tratar de uma publicação do MS, na qual são apresentados 36 indicadores, referidos como de interesse para a VSA, não indicadores de vigilância propriamente dito. Os indicadores ali publicados foram construídos tomando por base a metodologia adotada pela OMS e o PNUMA como ferramenta para o planejamento de ações de saúde ambiental (Brasil, 2007c).

O modelo proposto pela OMS, constituído por indicadores de *forças motrizes* (representadas pelas características gerais dos modelos de desenvolvimento adotados pela sociedade), *pressão* (exercida pelas forças motrizes no ambiente, notadamente as características de ocupação e exploração do meio), *estado* (do ambiente que se encontra em freqüente modificação dependendo das pressões que recebem), *exposição* (da população submetida ao meio) e *efeitos* (adversos a saúde associado a exposição) por si só, não se traduzam em indicadores de vigilância, eles ajudam a organizar a vigilância dos problemas de saúde (Brasil, 2001b). Desta forma, as distintas percepções dos entrevistados sobre a existência ou não de indicadores de VSA, sejam eles gerais ou específicos, não permitiu identificar se, realmente a VSA dispõem de indicadores e quais são eles. Torna-se evidente, entretanto, que se eles existem, não são reconhecidos por todos os integrantes da equipe gestora do SINVSA, face as divergências de percepções observadas.

a.5 Avaliação e monitoramento

Ao averiguar a presença de processos avaliativos e/ou de monitoramento por parte da gestão do SINVSA, observou-se que não existe consenso entre os entrevistados de que o SINVSA possui instrumentos de avaliação e/ou monitoramento de sua gestão: 55% (6/11) dos entrevistados apontaram que as avaliações e/ou monitoramento são realizadas da seguinte forma:

“As ações de VSA são monitoradas por uma equipe de monitoramento do VIGISUS, que avalia o cumprimento de metas definidas pelo VIGISUS” (Ent.5).

“O monitoramento e avaliação é feito por meio da Programação das Ações Prioritárias (PAP,) com relação às ações que foram pactuadas com os Estados e Municípios; ou seja, apenas em relação ao VIGIAGUA e VIGISOLO (...)” (Ent.4).

“A avaliação é feita pela Programação Anual de Trabalho (PAT) (...)” (Ent.3).

“Temos os próprios instrumentos que a SVS utiliza para fazer o monitoramento, em termos do desenvolvimento das ações. Esse monitoramento utiliza indicadores meio burocráticos. Então, o monitoramento da gestão ainda requer instrumentos mais efetivos. Em nível específico, existe o inventário, que é feito com Estados e Municípios, para avaliar como está a implantação da VSA” (Ent.9).

Na percepção dos demais entrevistados, o SINVSA não possui instrumentos de avaliação e/ou monitoramento:

“Isso é algo que eu tenho chamado bastante atenção, porque em nenhuma área da CGVAM está havendo avaliação de gestão, não existem indicadores de gestão” (Ent.8).

“Instrumento de papelzinho não tem, mas nós temos um instrumento que são as reuniões de dirigentes da VSA que são feitas anualmente, que é uma forma de avaliação da estruturação, inclusive de colher subsídios para o aprimoramento dessas ações de VSA como um todo (...)” (Ent.7).

Para os entrevistados que reconhecem a presença da avaliação e/ou monitoramento na gestão do SINVSA, foi solicitado que mencionassem quais os principais indicadores de estrutura, processo e resultado utilizados. Entre os indicadores de estrutura foram mencionados aqueles que compõem o Inventário Nacional de VSA, realizado anualmente, junto aos Estados e capitais (Brasil, 2006):

“(...) Unidades Federadas e Municípios com equipe de VAS estruturada” (Ent.4);

“Quantitativo e qualitativo do corpo técnico disponível para a VQACH, atribuições da equipe de VQACH, estrutura física para o programa, disponibilidade de carro e laboratório (...) (Ent.1)”.

Os indicadores de processo relatados constituíram-se em:

“Cumprimento quantitativo das ações programáticas do programa de VQACH desenvolvidas pelos Estados e Municípios onde são utilizados indicadores de cumprimento de metas para o número de análise da qualidade da água para consumo humano a ser realizada” (Ent.1).

“Os indicadores da PAP-SVS, que são: exercer ações do VIGISOLO nas capitais e em cinco Municípios. E os indicadores do VIGIAGUA (...), além dos Indicadores de processo existentes no inventário anual de VSA que são: quais as ações de VSA que estão sendo desenvolvidas pelo Estados e capitais; se a VSA no Estado ou capital está normalizada ou não” (Ent.4).

Com relação aos indicadores de resultado, foi consenso entre os entrevistados de que o SINVSA ainda não utiliza este tipo de indicador.

O fato de não existir consenso na percepção dos entrevistados sobre a presença ou não de processos avaliativos e de monitoramento na gestão da VSA, leva a crer que essa ainda não é uma prática totalmente incorporada por esta área, partindo-se do entendimento de avaliação como a coleta sistemática de informações sobre as atividades, características e produtos dos serviços ou programas de saúde para estabelecer julgamentos sobre o mesmo, melhorar sua efetividade e ou informar decisões sobre futuras programações (Paton, 1997).

b) Perspectiva de Futuro

b.1 Incorporação Institucional

Do ponto de vista institucional, averiguou-se a percepção dos entrevistados sobre a implantação do SINVSA no SUS. Há dissenso, também em relação a essa questão: 64% (7/11) dos entrevistados entendem que o SINVSA já está implantado no SUS, embora reconheçam que ainda existe caminhos à percorrer:

“O SINVSA já é uma realidade, ele pode está embrionário em muitos locais, em Municípios. Mas, em termos de Estados e capitais, ele praticamente já esta implantado. É claro que cada realidade local, determina onde fica essa área. Mas, ele já é uma realidade hoje, nacional, tem muito que caminhar em termos de Municípios na capilaridade necessária” (Ent.9).

“Os Estados já trabalham VSA, uns mais, outros menos, uns bem, outros mal, isso vai ser sempre assim, para qualquer programa. Mas ele já existe hoje, as pessoas nos Estados falam de VSA com muita propriedade. Realmente, esse conhecimento existe e o subsistema está implantado” (Ent.10).

“(...) eu digo que ela está implantada porque você tem procedimentos, está no Pacto de Saúde. São coisas incipientes? São. São aquém do que a gente deseja? É, mas faz parte do processo democrático de construção do SUS (Ent.11).

Os entrevistados que entendem que o SINVSA ainda não está implantado, justificam que não o considera implantado porque:

“Ele ainda não consegue contemplar todos os subcomponentes, nem de forma individualizada, quanto mais de forma integrada, e também porque a VSA ainda esta em construção” (Ent.2).

Embora haja divergências quanto à implantação do SINVSA no SUS, todos os entrevistados percebem que ele já apresenta avanços consideráveis. Entre os principais avanços do Subsistema, foram destacados:

“Primeiro, é que hoje se tem uma massa crítica com capacidade de discutir qualquer coisa sobre saúde ambiental neste país (...). Dentro do próprio setor saúde, as pessoas se reconhecem como tendo uma ação na saúde ambiental, muito mais do que nós que somos da área. Outro avanço é o fato de 100% dos Estados e o DF hoje trabalharem com a VSA. No campo da inter-setorialidade, não existia resposta legítima do setor Saúde às demandas dos outros setore; hoje, tem uma área no MS que responde pelas questões da saúde ambiental. Por último, a importância da VSA trabalhar em rede, porque não existe a possibilidade da CGVAM sozinha, dar resposta a nada, ela trabalha sempre em rede ou com outras instituições, ou com grupos colaboradores, com comissão de assessoramento, e sempre em uma rede de profissionais que está sendo buscado (...), como a Defesa do Consumidor, o Ministério Público, etc. Não são só aqueles que, naturalmente nós pensariamos, você tem toda ordem de parceiros, isso é um grande avanço” (Ent.11).

“No que se refere aos subcomponentes do SINVSA, o VIGIAGUA já esta implantado quase em nível nacional, o VIGISOLO já avançou bastante com o mapeamento das áreas contaminadas” (Ent.5).

“(...) alguns Municípios pequenos já fazem VQACH, isso é um grande avanço porque nas primeiras reuniões, eles perguntavam: O que é isso, Vigilância em Saúde Ambiental? (Ent.3).

“Algumas ações nossas têm tido algum impacto, a exemplo da VQACH com o Decreto de garantia da informação ao consumidor e a participação na investigação de alguns surtos, são questões práticas

que influenciam na vida das pessoas. Então, nesse momento, essa vigilância já está contribuindo e já tem uma linha de intervenção direta sobre a realidade” (Ent.9).

Tomando por base a argumentação dos entrevistados que têm a percepção de que o SINVSA está implantado no SUS, os avanços logrados pela VSA e as informações coletadas por meio da análise documental, supõe-se que o SINVSA está, realmente, implantado no âmbito do SUS. Para fazer essa afirmação com maior propriedade, é necessária a realização de uma avaliação de implantação. Só ela terá condições de responderem em que nível de implantação se encontra o SINVSA na atualidade, nas distintas esferas gestoras do SUS.

Em seguida, investigou-se se, na percepção dos entrevistados a atuação de uma área de saúde ambiental do MS deveria restringir-se às atividades de vigilância. Neste sentido, apenas um, dos onze entrevistados tem a compreensão de que a saúde ambiental

“É uma área fundamentalmente de vigilância, porque, quando se detecta algum processo ambiental que tem influência na saúde, existem, certamente, os órgãos que precisam ser acionados para entrarem em ação. Mas também existem coisas que, além da vigilância, devem ser feitas sim. Mas, se nós cumprirmos a parte da vigilância, isso já é muito positivo, porque na atualidade nós já não estamos dando conta” (Ent.6).

Os entrevistados que advogam o contrário, por sua vez, justificam que:

“Nós chamamos de VSA, mas nós temos muitas ações que são de intervenção, ou seja, nossa atuação vai mais do que uma vigilância, é maior do que uma vigilância, porque a vigilância em si, ela também é uma ação de promoção, mas nós temos ações de promoção que não são vigilância (...) nessa área de saúde ambiental, nós desenvolvemos ações que não estão dentro da vigilância, mas que o setor Saúde não tem outro espaço ocupado, então nós acabamos desenvolvendo, como por exemplo, as estratégias de atenção primária ambiental que visa darmos um foco maior para as questões ambientais dentro da atenção primária em saúde. Esta não necessariamente é uma ação de vigilância, mas como no setor Saúde não tem um outro espaço de atuação da saúde ambiental, ela tem sido, incorporada, desenvolvida, assumida e priorizada pelo SINVSA” (Ent.11).

“(...) Nós pensamos a saúde ambiental como um componente do projeto de desenvolvimento sustentável do país, ela tem mais a dizer do que trata a vigilância, a exemplo das nossas análises na parte de implantação de novos empreendimentos, a questão hoje do PAC, que se traduz no quanto vai afetar nossa população e que não necessariamente envolve só ações de vigilância” (Ent.9).

“(...) no fundo a CGVAM sempre foi algo a mais do que o próprio SINVSA, porque em função das demandas colocadas no nível da saúde ambiental e não apenas de vigilância, sempre se teve a percepção, a qual se consolida cada vez mais, do fazer acontecer de uma intervenção mais adequada e mais orgânica nessa parte de saúde e ambiente, inclusive respostas aos compromissos internacionais [protocolos], o que implica se estar indo um pouco mais além do que o SINVSA. Além disso, a partir do ano de 2007, já demos um passo razoável em termos do PPA, ou seja, para o Ministério do Planejamento, a VSA é uma área que migrou para a promoção da saúde, saiu do escopo da vigilância, pelo menos em termos do PPA. Por quê? Porque o assunto da vigilância ficou restrito a agravos e a VSA não vigia agravos, isso não é objeto desta área. Então, se tomou a decisão de primeiro colocar a VSA na promoção, para preservar uma perspectiva mais de futuro e, segundo, no elemento da política de promoção da saúde, nós entramos enquanto integrante do Comitê Gestor, com o papel de fazer exatamente o fortalecimento do que se chamam: a promoção do desenvolvimento sustentável” (Ent.4).

Como já mencionado anteriormente, na atual estrutura do MS, a área que trata das questões relacionadas à saúde ambiental é a CGVAM, a qual inserida na SVS tem como maior atribuição desenvolver atividades de vigilância. Observa-se, entretanto, que os entrevistados ao expressarem sua percepção sobre essa questão, foram de opinião - praticamente unânime - de que a CGVAM, na prática, vêm desenvolvendo diversas outras ações que vão além de uma vigilância *per se*. Com por exemplo: participação em atividades inerentes aos compromissos assumidos pelos protocolos internacionais, colaboração em ajudas humanitárias internacionais, atividades de promoção a saúde que nem sempre se caracterizam em ações específicas de vigilância; além do fato já mencionado por alguns entrevistados de que o atendimento as demandas que surgem no MS, as quais não tem identificação com suas demais áreas de atuação e que direta ou indiretamente relacionam-se com o meio ambiente, são direcionadas para a VSA responder.

Essa realidade explica, provavelmente, porque os entrevistados referem, em diversos momentos, que o SINVSA não tem claramente definido seus objetivos e seu campo de atuação. Assim, em razão da CGVAM desenvolver diversas outras ações, inerentes à saúde ambiental, essas ações passam a ser confundidas com atribuições do SINVSA, o qual, na qualidade de um subsistema de vigilância, rigorosamente não assumiria tais competências.

Também se investigou se na percepção dos entrevistado o fato da saúde ambiental está inserida na estrutura da SVS, implicaria um avanço ou um retrocesso no desenvolvimento de suas ações. Neste sentido, a opinião dos entrevistados pode ser resumizada nos seguintes discursos:

“Se a VSA não estivesse na SVS, teria sido muito difícil ela ter sobrevivido a esse percurso todo, porque ela foi objeto de muito questionamento, de muita polemica, e querendo ou não, nessa transição do CENEPI pra a SVS, até em função de ter esse vínculo forte com a lógica do Projeto VIGISUS, permitiu a continuidade financeira, apoio às atividades estratégicas e contratação de pessoal. Para ser ter uma idéia, em 2001, a CGVAM tinha cinco técnicos. Hoje em dia, se juntarmos com a saúde do trabalhador, temos em torno de 89 técnicos, só aí é um crescimento de muitas vezes; mas agora tem que se fazer novas alianças estratégicas” (Ent.4).

“Não caracterizaria nem como avanço nem como retrocesso. Acho que faz parte do processo de estruturação da VSA (...) e não tem outra Secretaria no MS em que a VSA pudesse se encaixar melhor” (Ent.2).

As respostas dos entrevistados não foram suficientemente claras para compreender se o fato da VSA estar inserida na SVS representa avanço ou retrocesso no curso de suas atividades. As palavras do entrevistado 5, entretanto, traduzem a importância da VSA estar inserida na SVS durante o seu processo de estruturação, embora este entrevistado chame a atenção para a atual necessidade de novas alianças estratégicas, não explicitando quais seriam elas.

b.2) Projeções de futuro: Imagem-objeto

Na percepção dos entrevistados, a superação dos desafios para o SINVSA atingir seus pressupostos com maior facilidade, constitui-se na adoção das seguintes iniciativas:

“A principal iniciativa seria ter mais clareza do papel do SINVSA e, a partir daí, ter um instrumento legal que defina com toda clareza o SINVSA e o seu papel no campo da Saúde. Essa é uma medida de gestão fundamental” (Ent. 2);

“Dar visibilidade ao SINVSA, porque, quando a população tomar conhecimento da sua existência e da sua importância para a saúde, a própria população contribuirá para o fortalecimento da vigilância em saúde ambiental. Além disso, sistematizar qualitativamente e quantitativamente as ações do SINVSA” (Ent. 1);

“Fortalecimento absoluto e integral da promoção da saúde e a mudança de todo paradigma do modelo de gestão do SUS, porque enquanto nós ainda não chegarmos nisso aí, não tem como avançar” (Ent. 4);

“(...) desenvolvimento dos diversos indicadores de gestão como forma de acompanhar, desenvolver e implementar o monitoramento do que está sendo realizado pelo SINVSA, com isso daríamos um passo muito grande no SUS” (Ent. 7);

Ainda na perspectiva de futuro, os entrevistados expressaram suas percepções em relação a aspectos específicos cuja priorização, hoje, é fundamental para que a VSA cumpra seu papel e, conseqüentemente, o SINVSA seja fortalecido. Dentre estes, destacam-se:

“(...) em termos operacionais, deve-se ter mais clareza de como estruturar cada subcomponente na perspectiva do SINVSA, desde as ferramentas a serem utilizadas até suas ações finalísticas” (Ent. 2);

“(...) também há necessidade de uma definição mais matricial do organograma da CGVAM e definição de competência, onde cada um saiba qual é o seu rumo” (Ent. 3);

“(...) é necessário lembrar que nós estamos buscando juntar as duas áreas: saúde ambiental e saúde do trabalhador. Ao aproximar essas duas áreas, têm que se repensar como vão ser operacionalizadas essas duas áreas (...)” (Ent. 11);

“Essa proposta de vigilância poderá ser uma ferramenta mais poderosa se ela migrar ao nível de ser uma vigilância das vulnerabilidades territoriais; nesta concepção de vulnerabilidades não existiria uma diferença entre vigilância de pessoas, de produtos ou de fatores ambientais, isso tudo estaria nesse bojo de uma vigilância de vulnerabilidades, entendendo que vulnerabilidades envolveriam tudo isso. Porém, nós não temos hoje, metodologicamente, instrumentos que nos permitam fazer uma relação direta com os dados que existem atualmente e a relação que isso tem com a saúde” (Ent. 4);

“Buscar parceiros para trabalhar a comunicação de risco, que é básico para fazer as ações de prevenção e controle, e a CGVAM ainda não conseguiu trabalhar em cima disso” (Ent. 5);

“Além da necessidade de aprimoramento da equipe técnica, no momento, existe a necessidade de termos uma força de trabalho estável, isso tem a sua expressão na necessidade, particularmente em nível Federal, de termos um concurso público para assegurar a força de trabalho, bem como fazer gestão junto aos Estados e Municípios também nesse sentido, a fim de garantir a continuidade permanente das ações, como forma de fortalecer esta área” (Ent. 4);

“Há necessidade de um quantitativo de pessoal com o mais variável conhecimento possível e bastante extensivo, com intuito de, por meio do envolvimento de outros instrumentos de políticas públicas, conseguir desenvolver uma gestão realmente integrada, no sentido de responder toda a diversidade de problemas que abrange a saúde ambiental” (Ent. 8);

“Do ponto de vista jurídico, ainda existe uma grande fragilidade nas ações da vigilância em saúde ambiental, pela necessidade de formalizar juridicamente essa área (...) pois ainda existe um contrassenso: enquanto uma IN normaliza a área de VSA como um todo, a própria VQACH, que esta dentro da VSA, tem um Decreto. Isso é

muito confuso; para explicar isso aos Estados, é mais confuso ainda. Além disso, se a área é normalizada, você tem uma área forte e aí qualquer pessoa que venha, não importa quem, a área estará institucionalizada” (Ent. 10);

“(...) seriam necessários ajustes na IN N° 01/2005, ou até termos uma outra Norma, o ideal era que na Lei 8080, a gente fizesse um adendo para ter a VSA destacada, porque em termos de marco legal Federal, só temos a epidemiológica, sanitária e saúde do trabalhador, as questões de VSA não estão nesse nível de legislação. Então, isso precisaria subir um degrau” (Ent. 9);

“(...) negociar intra-setorialmente, para que a VSA tenha seus recursos assegurados, pois do contrário, os gestores estaduais e municipais nunca priorizam as ações de VSA” (Ent. 3);

“A VSA deve interagir com as demais áreas do MS, para que suas atividades sejam completas; do contrário, não adianta identificar as populações expostas se, a partir daí, não tiver uma continuidade na assistência. Tem que fechar o ciclo de atuação traçando estratégias conjuntas, não apenas convidando a participar” (Ent. 2);

“Desenvolver processos integrados de fortalecimento e de construção de instrumentos, a exemplo do que está sendo feito em nível da SVS, que é o cruzamento com a prioridade das outras áreas, onde cada área está trazendo a sua parte relacionada a todas as áreas do MS, para identificar quais os nossos pontos de interesses e depois montar uma matriz de prioridades e parceria junto com as outras áreas, porque muitas vezes, nós queremos uma coisa com outro mas aquilo o outro não reconhece enquanto uma prioridade; assim, talvez ele tenha alguma outra coisa lá que possa potencializar da mesma maneira, em vez de ter concorrência” (Ent. 4);

“Foi criada, em um determinado momento, uma comissão permanente de saúde ambiental, a COPESA, que era composta por representantes de todas as áreas do Ministério da Saúde. Além de se retomar essa comissão, seria importante que, à semelhança da COPESA, isso acontecesse nas outras esferas Municipais e Estaduais, principalmente Estadual, porque se nós imaginamos que a área de saúde ambiental perpassa todas as áreas da Saúde, as estratégias, diretrizes para cada ano e determinadas ações deveriam estar sendo definidas no âmbito dessa comissão, onde todas as áreas do setor Saúde deveriam estar representadas (...)” (Ent. 11);

“(...) tem algumas questões que têm que ser tocadas pela Casa Civil, porque ela é quem tem a responsabilidade de fazer a articulação intersetorial, tem determinadas questões que não dá para ficar entre Ministérios e entre ministros, tem que ser com alguém que toma decisão, porque existem conflitos de interesse, existe sobreposição. Por exemplo, pegar o velho tema ‘agrotóxico’ e trabalhar com saúde, meio ambiente e agricultura e achar que os 3vão chegar à um consenso? Não vão. É preciso ter alguém, no governo Federal, com a responsabilidade de coordenar todas as ações que são intersetoriais, que é a Casa Civil, está posta nas atribuições lá do governo Federal, portanto, o executivo tinha que ter uma coordenação para administrar essa intersetorialidade” (Ent. 11);

“Existir uma integração intra e interinstitucional dos instrumentos de políticas públicas, porque isso tem sido uma batalha

de muito tempo e as pessoas não enxergam isso e eu enxergo como condicionante para que haja um trabalho em saúde ambiental e em vigilância também. Além disso, a Saúde tem condições de se envolver, no mínimo, com a área ambiental dentro das convenções internacionais como biodiversidade, mudanças climáticas e desertificação (...) isso não seria de alto custo para a Saúde, ela só teria a ganhar com isso, ela estaria envolvida em relação à qualidade da água, com todos os projetos de mortalidade infantil, que também está nos objetivos do milênio, em relação a ambientes saudáveis ela é condicionante disso, quer dizer, ela tem grandes lastros de envolvimento com áreas para qualidade de vida no planeta, etc.” (Ent. 8).

Com relação ao sistema de informação 82% (9/11) dos entrevistados entendem que o SINVSA deveria possuir um único sistema de informação:

“(...) estamos muito próximos de termos o primeiro sistema de informação do SINVSA efetivamente operativo no SUS. Na atualidade, temos o SISÁGUA, que, embora ele seja específico da VQACH, ele também não se traduziu ainda em um elemento, em uma ferramenta de gestão concreta, existe aí todo um esforço para, em uma segunda modelagem do Sistema, fazermos com que isso aconteça (...). A idéia seria termos a construção de uma base de dados única, com várias expressões do que é de interesse hoje – água, solo, ar, exposição química, radiação ionizante e não ionizante, e no futuro aquilo que chegue, que também seja de interesse, para que essas informações específicas possam ser trabalhadas como módulos de um sistema de informação único para a vigilância em saúde como um todo (...)” (Ent. 4);

“Deveria ser um sistema de informação, como o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), por exemplo, um sistema macro que agregasse outras especificidades necessárias; no nosso caso. O sistema maior teria as informações que só o setor Saúde deveria ter. Por quê? Porque era a possibilidade dele estar conversando com outros sistemas externos (...)” (Ent. 11).

Inclusive os demais entrevistados, que advogam a permanência de vários subsistemas, reconhecem a necessidade de, no futuro, caminhar-se para um sistema de informação único:

“Neste momento, são necessários vários sistemas de informação para que cada um deles organize sua base de dados operacional, que eles, na atualidade, não têm. No futuro, isso não será possível porque não se pode separar os compartimentos ambientais para uma avaliação mais concreta dos seus impactos à saúde” (Ent. 1);

“Na atualidade, não é possível um sistema integrado, face à fragmentação dos subcomponentes ainda existente. No futuro, quando se tiver clareza de muitas coisas, acho que teremos um único sistema de informação” (Ent. 2);

“É necessário qualificar os indicadores de vigilância em saúde ambiental de cada um dos subcomponentes do SINVSA, para se mostrar a realidade, como está, a situação e os pontos críticos que

têm que ter intervenção, porque se nós não dermos visibilidade em termos de informações que já temos, se nós não analisarmos ela, não ganharemos ninguém para a nossa causa; porque não é só no discurso que iremos ganhar, temos que ter elementos que demonstrem isso” (Ent. 9).

No que diz respeito à participação social enquanto controle social, sua importância foi destacada e colocada como mais uma questão:

“O povo tem abertura legal para participar e não participa. Então, quem está falhando aí, o povo ou nós? É necessário verificar onde está a falha e aprimorar essa participação” (Ent. 6);

“Temos que ganhar a sociedade para o nosso tema, precisamos de estratégias mais fortes nesse campo, porque a gente anda fragilizado nisso” (Ent. 9);

“(…)se nós não fortalecermos, nós não iremos dar conta, pelo próprio processo de pressão da demanda, do uso abusivo do ambiente (...), nós da vigilância tínhamos que investir nisso, [na participação da sociedade]” (Ent. 11).

“(…) nós estamos na Comissão Intersectorial de Saneamento e Meio Ambiente (CISAMA) do Conselho Nacional de Saúde – CNS –, que já é um passo importante para essa aproximação” (Ent. 9);

“A agenda intersectorial se fortalece muito mais quando se tem o interesse da sociedade na frente, porque esses labirintos institucionais existentes são dramáticos para se conseguir grandes avanços” (Ent. 4).

Além de todos esses aspectos apontados pelos entrevistados como pontos a serem priorizados para viabilizar o fortalecimento do SINVSA, buscou-se conhecer a percepção de seus gestores, da forma mais ampla possível, sobre suas projeções futuras para a vigilância em saúde ambiental. Solicitou-se deles que expressassem qual seria sua proposta para a VSA visando à plena execução de seus pressupostos, em uma situação hipotética, em que os entrevistados, na qualidade de gestores federais, detivessem plenos poderes político-administrativos para decidir quanto ao destino da VSA, em um quadro de reestruturação institucional do MS. Considerando-se a grande diversidade de propostas e sua importância para este estudo, foram listados todos os discursos dos entrevistados, apresentados no Quadro 5 (em aposto).

A partir da análise dos discursos, sistematizados no Quadro 5, observam-se, nas proposições dos entrevistados, suas ansiedades reforçadas com relação aos pontos críticos que a VSA enfrenta já detalhados no decorrer deste estudo. As divergentes percepções acerca do melhor arranjo organizacional para a área de saúde ambiental e, conseqüentemente, para a vigilância em saúde ambiental,

também permanecem, nitidamente expressas, reiterando a necessidade da busca de um consenso entre os gestores do SINVSA que facilite a operacionalização de suas ações.

b.3) Expectativa profissional

Do ponto de vista institucional, as expectativas profissionais dos entrevistados são traduzidas por eles da seguinte forma:

“Ah, isso é um sonho! O sonho é ver o objeto da VSA acontecer, isso que nós entendemos que é fazer com que se consiga chegar na frente das doenças. Eu acho que isso é possível (...) não que a gente não vá ter mais os adoecimentos e tudo mais. Um sonho concreto seria se nós pudéssemos inverter os recursos do Ministério da Saúde, os 80% que vão para a assistência fazendo parte de uma vigilância, eu acho que já estaria de bom tamanho” (Ent. 7);

“Seria tão bom dizer assim: melhorar a qualidade de vida das pessoas. Mas é tão difícil... Minha expectativa é trabalhar aqui é ter chance de fazer um trabalho que traga algum benefício para as pessoas, para mim e para o meio ambiente. Nós ficamos meio ansiosos às vezes, mas concordo que isso é como um conta-gotas, um dia a gente chega lá” (Ent.3);

“Eu sou muito otimista com os avanços desta área, entendo que é uma área que não tem mais freio, não tem retrocessos. Se vai ficar separada em caixinhas ou se vai ser única, não sei, mas a tendência é crescer, porque ela está chegando às pessoas, as demandas estão surgindo cada vez mais complexas e exigindo maior competência técnica de seus integrantes” (Ent. 1);

“Minha principal expectativa, é que nossas ações tenham repercussão na saúde das pessoas, ou que a gente altere nosso poder de desenvolvimento sendo menos gerador de pobreza, miséria, fome, doença; e gere saúde. Se conseguirmos entrar nesse núcleo duro, acho que iríamos poder ficar bem felizes” (Ent. 9);

“Que esse processo de trabalho seja incorporado no cotidiano do SUS. Se fizermos isso, já é um grande passo. São questões paradigmáticas, mas temos que ainda preservar muito e lutar muito pelo que é o SUS, ou seja, seus conceitos, os princípios da Reforma Sanitária, etc. Pois não é porque está na lei que toda proposta do SUS está garantida. Isso pode ser facilmente deturpado e corruptível e então, nós perderemos tudo, perde porque a pressão de mercado, os interesses econômicos, os interesses localizados, têm um peso muito grande nessa história. Então, minha expectativa é ver este projeto [a vigilância em saúde ambiental] dentro desse projeto mais amplo [o SUS], civilizatório, libertário, de cidadania (...)” (Ent. 4);

“É ver o SUS funcionar na sua plenitude, essa é minha expectativa, é pelo que eu batalho, eu acho que é o melhor sistema de saúde que existe e no dia que nós brasileiros conseguirmos isso (...). Do ponto de vista individual, ultimamente, nós estamos sem muita expectativa aqui no nosso trabalho porque nos sentimos muito

fragilizados pelo sistema de consultoria, de não ter contrato de trabalho fixo” (Ent. 5);

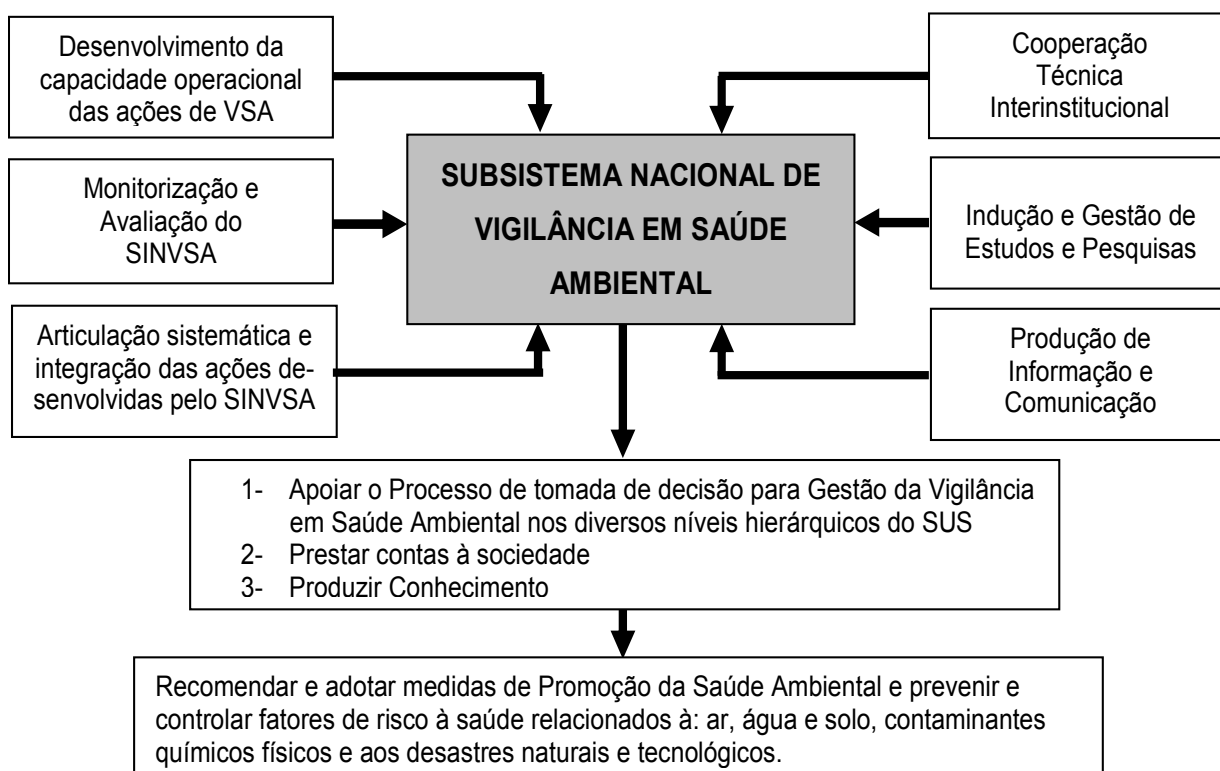
“Gostaria muito de fazer parte do quadro de pessoal do MS, me daria mais segurança para defender determinadas posições que acho mais coerentes mas que, na qualidade de Consultora, não me sinto no direito de defender com maior firmeza (...). Para mim, é um grande paradoxo, face à instabilidade trabalhista como consultor, isso traz muita angústia, porém não me imagino desenvolvendo meu trabalho que não seja executado com a paixão com que acho que todos da CGVAM desenvolvem. Com relação às minhas expectativas, não sei até quando vai meu trabalho na vigilância em saúde ambiental, mas enquanto estiver aqui, desenvolverei da melhor maneira possível” (Ent. 2).

O compromisso profissional e o otimismo em acreditar no que fazem é nitidamente expresso por todos os gestores do SINVSA, ao mencionarem suas expectativas com relação à área de saúde ambiental e a concretização do SUS. Mesmo quando os entrevistados ressaltam suas limitações diante do processo de contratação por consultoria, eles o fazem salientando o desejo de se incorporarem à VSA, o que só viria a fortalecer as perspectivas de crescimento para essa área.

5.5 Modelo Lógico do Subsistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental

O modelo lógico construído com base na análise documental, caracterizou-se na seguinte representação gráfica:

Figura 4 - Modelo Lógico do SINVSA – baseado na análise documental



O modelo lógico, apresentado na Figura 4, resultante da análise documental, refletiu as características teóricas do SINVSA, e não a imagem-objeto que seus gestores possuem em relação a concepção e operacionalização desse subsistema. Este fato ratifica a condução desse trabalho ao centrar esforços no sentido de particularizar as ações e atividades desse subsistema, baseado nos pressupostos da vigilância.

A análise crítica da percepção dos entrevistados permitiu identificar, entre as atuais atribuições conferidas a este Subsistema, confundimento com aquelas inerentes à área de saúde ambiental como um todo (Brasil, 2005a), o que tem contribuído para que o SINVSA não se expresse com as características próprias de um subsistema de vigilância de âmbito nacional (Waldman, 1998).

Apesar do modelo lógico baseado na análise documental não ter refletido a realidade do SINVSA, quando confrontado com a percepção dos entrevistados, o mesmo foi decisivo para explicitar a existência de aspectos a serem considerados na estruturação de um sistema de vigilância que ainda requer maior clareza para a efetiva atuação do SINVSA. Primeiramente, é mister a definição precisa dos elementos essenciais a um sistema de vigilância: objetivos, estratégias operacionais, normalização, dentre outros. Essa missão principal compete a sua gestão⁶, enquanto condutora de processos.

Constatou-se, desta forma, que a construção de um modelo lógico condutor do SINVSA na atualidade, precede a construção de um modelo lógico operacional deste subsistema. Entendendo modelo lógico condutor, o modelo que traduz graficamente o fluxo dos componentes essenciais à estruturação de um subsistema de vigilância com as peculiaridades que envolvem a VSA, visando assegurar uma maior caracterização do SINVSA, enquanto um subsistema de vigilância que deve interagir com as demais áreas da saúde ambiental a fim de atingir seu objetivo maior de contribuir com a promoção da saúde.

O modelo lógico condutor do SINVSA, apresentado na Figura 5 (em aposto), como resultado deste estudo reflete, outrossim, a imagem-objeto de seus gestores quanto aos componentes essenciais do SINVSA que precisam ser aprimorados segundo a sua concepção e operacionalização. Este Modelo Lógico proposto

⁶ Gestão foi entendida no sentido de um conjunto de medidas adotadas para conduzir uma organização, cujo aprendizado envolve as dimensões básicas: cognitiva, analítica, comportamental e habilidade de ação (MOTTA, 1999).

representa, portanto, o marco lógico de condução do SINVSA. Para a sua elaboração adotou-se a abordagem de construção que parte dos elementos que compõem o sistema. Nesta perspectiva, o modelo lógico condutor do SINVSA foi composto por três elementos essenciais: objetivos, estratégias e resultados. Estes elementos relacionam-se entre si com o propósito de obter uma VSA institucionalizada (com diretrizes de atuação no âmbito do SUS) capaz de além de atender as demandas específicas de um subsistema de vigilância, gerar dados e informações que poderão subsidiar a tomada de decisão imprescindível à atuação de outras áreas técnico-operacionais. Áreas estas que compõem ou venham a compor a saúde ambiental, em especial no que se refere a promoção da saúde, contribuindo por conseguinte, na melhoria da qualidade de vida da população.

Cada um dos elementos essenciais que compõe o modelo lógico condutor do SINVSA foi construído levando-se em consideração os seguintes aspectos:

a) Objetivos

O objetivo geral do SINVSA foi sistematizado tomando-se por base o discurso dos seus gestores quando estes expressaram coerência entre sua percepção e a fundamentação teórico-empírica no que concerne às funções da vigilância em saúde pública, além de tomar como referência a definição de VSA adotada pelo MS.

Para sistematização dos objetivos específicos partiu-se da percepção dos gestores do SINVSA, que embora não os tenham identificado como tal no decorrer das entrevistas, estes foram sendo apontados, muitas vezes, como dificuldades ou desafios a serem superados para que este subsistema venha efetivamente cumprir o seu papel. Desta forma cada um dos objetivos específicos do SINVSA identificados, são descritos a seguir de acordo com os propósitos a que eles se destinam.

a.1) Normalização do SINVSA e definição das bases técnicas-científicas de seus subcomponentes

É importante, inicialmente, distinguir normas de bases técnicas de um sistema de vigilância. Uma norma deve ser entendida, no sentido utilizado pelo planejamento, como um instrumento para planejar, sistematizar e avaliar os caminhos a serem percorridos, portanto deve ser adequada a realidade local. As bases técnicas de um sistema de vigilância constituem-se, por sua vez, na

fundamentação técnica científica, sendo assim, de caráter mais universal (Waldman, 1998). Neste sentido a normalização do SINVSA deverá contemplar claramente seus componentes, definir seu campo de atuação e estabelecer o fluxo de informação inerente a hierarquização preconizada pelo SUS, o que permitirá nas distintas esferas de governo, os entes gestores do SINVSA adequarem esta normalização a sua realidade local.

As bases técnicas irão se constituir na fundamentação técnica-científica de atuação de cada um dos subcomponentes do SINVSA, o que justifica a sua inserção como parte integrante deste subsistema de vigilância. Devendo, por conseguinte, serem definidas para cada um de seus subcomponentes, resguardada suas peculiaridades.

a.2) Operacionalização dos subcomponentes do SINVSA no que compete a cada esfera gestora do SUS

Uma vez normalizado e com as bases técnicas-científicas dos seus subcomponentes definidas, a operacionalização do SINVSA se tornará mais clara e objetiva, considerando que estes instrumentos servirão de norteadores para a construção de processos estruturados e sistematizados coerentes com os princípios e diretrizes do SUS⁷, considerando as dimensões e características do perfil epidemiológico, do nível de gestão e capacidade instalada, seja no nível nacional, regional ou local.

a.3) Identificação e busca das parcerias intra e inter-setoriais necessárias a operacionalização do SINVSA

Inicialmente é necessário consensuar entre os gestores do SINVSA a quem compete as ações, especificamente as ações da VSA, e suas atribuições, para a partir daí identificar os atores envolvidos no âmbito intra e inter-setorial. Desta forma o processo de sensibilização destes atores terá estratégia claramente explicitada garantindo o envolvimento dos mesmos nos processos de trabalho como partícipes, (não apenas convidando-os a participar).

a.4) Disponibilização e divulgação dos dados e informações do SINVSA

Para atingir o propósito de dar visibilidade ao SINVSA e propiciar que suas informações sirvam de instrumento à tomada de decisão no âmbito da gestão é

⁷ Princípios e Diretrizes do SUS: universalidade, equidade, integralidade, participação social, resolatividade, acessibilidade, hierarquização e descentralização (Brasil, 2005c)

necessário, inicialmente, ser definido um conjunto de indicadores capazes de expressar os pressupostos da VSA.

Neste sentido, a perspectiva de um sistema de informação que unifique os diversos subcomponentes do SINVSA, não deve ser abandonada, considerando que na medida em que indicadores de VSA (geral e específicos) forem definidos e pautados no objeto de vigilância claramente especificado, provavelmente será mais fácil a viabilização deste sistema de informação unificado. Isto é o pressuposto para que haja condições de transformar os diversos tipos de dados coletados em informações consistentes, sistemáticas e fundamentadas, facilitando por conseguinte, sua divulgação e maior compreensão por parte de todos os interessados.

a.5) Interação com a sociedade civil organizada visando a participação da sociedade e o controle social

Uma maior aproximação com a sociedade civil organizada poderá se dar por meio de duas frentes; uma relacionada às organizações não governamentais (ONG) que exercem atividades relacionadas direta ou indiretamente com a VSA, sendo necessário para tanto, a identificação previa e a caracterização de atuação dessas ONGs. A outra frente, seria junto às instâncias de participação e controle social do SUS, como os conselhos de saúde, conferências, dentre outras instâncias existentes nas diversas esferas do SUS. Existindo também a possibilidade da constituição de um conselho gestor composto por representantes do governo, da sociedade civil organizada e dos trabalhadores, constituindo-se em uma instância de planejamento estratégico.

a.6) Avaliação do SINVSA

Os sistemas de vigilância envolvem variadas e complexas atividades, que devem ser acompanhadas e avaliadas continuamente, com vistas a aprimorar a qualidade, eficácia, eficiência e efetividade das ações (Teixeira e Risi Junior, 1999).

Face ao exposto, torna-se evidente a necessidade do estabelecimento de um processo contínuo de avaliação técnica-operacional e de gestão do SINVSA. Para tanto, este processo exigirá a definição de critérios, parâmetros, indicadores e metodologias específicas, capazes de avaliar não só o nível de implantação do SINVSA no SUS, como também, o desempenho de suas atividades, gerando por

consequente, subsídios ao processo de decisão no sentido de aprimorar sua atuação e direcionar a priorização de ações estratégicas e essenciais a VSA.

b) Estratégias

As estratégias se constituem no desdobramento dos encaminhamentos a serem adotados para a concretização dos objetivos propostos as quais são detalhadas a seguir:

b.1) Revisar a IN N° 1/2005 e definir as bases técnicas-científicas dos diversos componentes que integram o SINVSA

Face os motivos expostos pelos gestores do SINVSA, apresentados no decorrer deste estudo, uma revisão da IN N° 01/2005, ou até mesmo a adoção de uma normalização específica para o SINVSA torna-se imprescindível. Além disso, é fundamental que esta normalização explicita claramente as competências do SINVSA distinguindo-as das demais atribuições da área de saúde ambiental como um todo.

Alguns subcomponentes do SINVSA já possuem suas bases técnicas-científicas definidas, como o VIGIAGUA, VIGISOLO e o VIGIAR. Entretanto, é necessário que os demais subcomponentes instituem suas bases técnicas. Além do que, estas devem ser formalmente instituídas, a exemplo do VIGIAGUA, que já dispõem da Portaria N° 518/2004 (Brasil, 2004b), regulamentando os procedimentos a serem adotados quanto a VQACH, o que legitimou sua atuação, ao mesmo tempo, que facilitou sua operacionalização.

Com relação especificamente ao modelo de atuação, a maioria dos entrevistados se reportam aos modelos complexos, entre eles o modelo *ecológico-social*⁸, como sendo o modelo de atuação a ser adotado pela VSA. É importante, entretanto, refletir se realmente este modelo de atuação aplica-se as práticas de Vigilância ou à operacionalização da saúde ambiental como um todo, considerando as características gerais inerentes a um sistema de vigilância (simplicidade, utilidade, oportunidade, aceitabilidade etc.) e ao mesmo tempo não deixando de

⁸ Ecológico-social: “espaço complexo, construído natural e socialmente que atua, através de suas várias formas e componentes, na determinação dos processos de saúde e de doença” (Tambellini e Câmara, 2002)”

levar em consideração, também, o “pensar complexo”, na construção de um novo paradigma que vem se contrapondo ao convencionalismo científico (Morin, 1995).

No entanto, nunca é demais lembrar que a construção desse novo paradigma não significa abandonar os princípios da ciência clássica – ordem, separabilidade e lógica indutiva-dedutiva – nem abandonar o reducionismo e a causalidade estrita da ciência clássica, mas utilizá-los quando estes não prejudicam a compreensão do objeto ou sistema estudado, complementando-o com seus aspectos complexos, quando estes se fazem presente (Fiedler-Ferrara, 2003).

b.2) Programar e viabilizar as ações do SINVSA

Uma vez definida a normalização do SINVSA e as bases técnicas-científicas inerentes aos seus subcomponentes, é necessária a elaboração de um planejamento sistemático e integrado das ações de vigilância a serem desenvolvidas, uma vez que na atualidade o planejamento realizado pela CGVAM para operacionalizar o SINVSA é voltado para o cumprimento de metas estabelecidas para execução físico-financeira, definidas pelo PAT, PAP ou atendimento das exigências do projeto VIGISUS que engloba ações não só de vigilância mas da saúde ambiental como um todo.

b.3) Consolidar as parcerias intra e inter-setoriais no campo técnico e científico

No campo intra-setorial a proposta que vem sendo trabalhada pela SVS, mencionada pelo entrevistado 4, no que se refere a sistematização das prioridades de cada uma das áreas do MS que buscam uma atuação conjunta, pode ser uma alternativa para a sensibilização e o envolvimento dos diversos setores afetos a VSA, devendo também ser identificadas outras formas de consolidar estas parcerias à medida em que forem ocorrendo as aproximações com os atores a serem envolvidos.

No campo inter-setorial é importante distinguir as parcerias técnicas, enquanto aquelas que possuem atuação intersetorial com a VSA, no tocante ao desenvolvimento de suas práticas operacionais, daquelas parcerias que tem por objetivos ampliar o conhecimento por meio do desenvolvimento de estudos e pesquisas. Em ambas situações é importante que estas parcerias sejam formalizadas por meio de instrumentos institucionais (ex. convênios, termo de

cooperação técnica etc.) a fim de garantir a concretização das atividades a serem desenvolvidas.

b.4) Adotar situações educativo-pedagógicas que possibilitam a população o entendimento e a participação nas ações de VSA

A adoção de pedagogias adequadas, sobretudo em nível municipal, deverão ser agregadas às práticas da VSA, mediante a utilização de meios e atividades capazes de promover o conhecimento atualizado, ágil e adequado da população. Estas iniciativas têm por objetivo instruir a população no entendimento sobre as questões que envolvem a VSA com intuito de potencializar sua atuação e fortalecer a participação comunitária.

b.5) Realizar e fomentar programas continuados de capacitação, treinamentos e formação de recursos humanos

A multiplicidade de fatores componentes do ambiente e sua interação com a vida humana constitui um panorama complexo que necessita abordagem integrada e interdisciplinar, requerendo para a atuação da VSA equipes de trabalho multidisciplinar, compostas por especialistas não só das diversas áreas do conhecimento, mas também com capacidade de articulação técnico-político, a fim de garantir a inter e a intra-setorialidade que sua atuação requer (Câmara e Tambellini, 2003). Portanto, os programas continuados de capacitação e treinamentos de recursos humanos devem ser uma prática incorporada aos serviços de VSA nas três esferas gestoras do SUS. Assim como, o fomento à educação formal voltada para atender este campo da saúde pública/coletiva.

b.6) Assegurar o financiamento das ações do SINVSA

Parte das ações do SINVSA já estão pactuadas com as UF por meio da PAP. No entanto, o fato destas ações estarem inseridas no âmbito das ações pactuadas pela vigilância em saúde como um todo, não garante que os gestores estaduais e municipais destinem recursos à VSA, sob a justificativa de adotarem outras prioridades. Além dessa questão existe uma grande fragmentação de recursos destinados à diversas outras áreas e órgãos do MS que também desenvolvem atividades relacionadas com a VSA (Brasil, 2007a). Em face da complexidade que envolve a área de financiamento do SUS o ideal seria que a CGVAM, como gestora do SINVSA, constituísse uma comissão com o propósito de aprofundar a análise das

questões orçamentárias e financeiras da VSA visando a construção de estratégias factíveis de serem viabilizadas para garantir o financiamento das ações do SINVSA.

b.7) Criar mecanismos que propiciem uma maior visibilidade da VSA

Existe uma grande ansiedade dos gestores do SINVSA, expressa durante as entrevistas, para que seja propiciada uma maior visibilidade do SINVSA, sob a justificativa de que “muito se produz e pouco se divulga” (Ent. 3). No entanto, há uma demanda que precede este trabalho de ampla divulgação do SINVSA, a qual se refere a sistematização de sua atuação que está diretamente relacionada a definição dos indicadores de VSA, os quais terão a capacidade de transformar dados em informação consistentes. Entendendo, informação na saúde como a descrição de uma situação real associada a um referencial explicativo e sistemático (Moraes, 1992).

De posse das informações geradas, o SINVSA terá condições para implementar mecanismos que propiciassem uma maior visibilidade de sua atuação, respaldada, assim, em conteúdos consistentes com o conhecimento técnico-científico e compatível com as diversas realidades locais. Desta forma, estaria expressando a credibilidade de sua atuação junto aos profissionais de saúde, da área do meio ambiente, das demais áreas correlatas e junto à população em geral. Em seguida, poderá apropriar-se dos diversos mecanismos de divulgação: desde a confecção de boletins informativos até a utilização da mídia em geral, resguardando o uso da linguagem apropriada ao público a que se destina. Vale destacar também a possibilidade que explorar a participação em eventos científicos que constitui-se em uma forma factível de propiciar visibilidade a VSA.

b.8) Revisar as práticas de VSA com intuito de aprimorar sua atuação e contribuir na definição de prioridades estratégicas

Uma das características importantes dos sistemas de vigilância consiste no permanente acompanhamento do desenvolvimento científico e tecnológico por meio da articulação com a comunidade científica, levando em consideração que está possibilita a atualização dinâmica das práticas do serviço, promovendo a incorporação de novas metodologias de trabalho, aprimoramento de estratégias operacionais e a incorporação dos avanços científicos e tecnológicos correntes (Teixeira e Risi Junior, 1999). Neste sentido, a formação de comitês técnicos

assessores, constituídos por representantes da academia e do serviço com objetivo de colaborar na implementação dessas atividades é de fundamental importância para o SINVSA. No entanto, considerando o vasto campo da VSA, há de se ter o cuidado, de não perder de vista a integralidade da sua atuação, em face da possibilidade da formação de diversos comitês por áreas temáticas da VSA.

c) Resultados

Os resultados como um dos elementos essenciais que compõe o modelo lógico condutor do SINVSA expressa o que se espera como consequência da implementação de cada um dos elementos condutores que o antecedem.

Como resultado a curto e médio prazo se espera obter as condições mínimas necessárias que possam garantir a sustentabilidade do SINVSA, caracterizada pela obtenção de uma normalização específica para a VSA que permitirá assegurar a continuidade de suas ações no âmbito do SUS. Estas ações por meio de uma articulação intra e inter-setorial bem estabelecida, propiciará uma atuação integrada, utilizando como subsídio o desenvolvimento de estudos e pesquisas que viabilizem a adoção de práticas de VSA atualizadas e adequadas à realidade. Desta forma, espera-se que o reconhecimento de suas práticas, por parte dos seguimentos institucionais e sociais, seja obtido.

Viabilizados os requisitos mínimos necessários a sustentabilidade do SINVSA espera-se como resultado a longo prazo uma VSA institucionalizada e com diretrizes de atuação bem definidas no âmbito do SUS, capaz de gerar subsídios para a tomada de decisão inerentes as ações a serem desenvolvidas pelas demais áreas que compõem ou venham a compor a saúde ambiental, em especial a promoção da saúde como forma de contribuir para o desenvolvimento sustentável e consequentemente para a melhoria da qualidade de vida da população.

5.6 Vantagens e limitações do estudo

A principal vantagem desse estudo traduz-se no fato de ter se conseguido pela primeira vez construir um modelo lógico condutor para o Subsistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental, de acordo com a percepção dos seus gestores federais. Isso expressa sua factibilidade do ponto de vista prático-operacional,

tornando-o viável à ser também utilizado como norteador para a condução do SINVSA nos diversos níveis hierárquicos SUS, resguarda suas proporcionalidades.

Este estudo, portanto, além de cumprir com os objetivos a que se propôs apresenta como vantagens o fato de ter sistematizado e documentado o processo histórico evolutivo da VSA, constituindo-se em mais uma contribuição a Coordenação Geral de Vigilância em Saúde Ambiental que na atualidade dispunha dessas informações de forma fragmentada em diversos documentos e na memória pessoal de alguns dirigentes.

Por outro lado, apresenta como limitação o fato de ter trabalhado na perspectiva de análise do contexto atual do SINVSA. Devendo-se, portanto, entender o seu caráter temporário e conjuntural. Entretanto, a realidade institucional, o acúmulo do conhecimento, o surgimento de novas necessidades e a definição de prioridades são dinâmicos; como exemplo, o fato da Vigilância em Saúde ambiental estar se unindo a Saúde do Trabalhador na perspectiva de compor um único departamento no âmbito do MS, este aspecto não foi desenvolvido nesta dissertação devido a essa reestruturação institucional ainda não estar formalizada.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo além de ampliar a compreensão sobre a concepção e a operacionalização do SINVSA, apresenta, dentro de seus objetivos, as seguintes considerações e recomendações:

Ao avaliar a evolução do processo histórico-institucional da VSA a partir da sua inserção no CENEPI, torna-se evidente, que de forma estratégica, os atores comprometidos com a saúde ambiental utilizaram a conjuntura político-institucional favorável à área de vigilância em saúde, para viabilizar a retomada da atuação da área de saúde ambiental no âmbito do SUS. Nesta época, favorecida principalmente pelo aporte financeiro que estava sendo propiciado por meio do projeto VIGISUS, visando ao fortalecimento de um sistema nacional de vigilância em saúde, o qual envolveria parte das ações da saúde ambiental no que se refere ao campo da vigilância.

Apesar de se reconhecer que a oportunidade era propiciada e vinha imbuída de todo um compromisso maior com a saúde coletiva e ao encontro aos preceitos do SUS, este fato acarretou algumas dificuldades na operacionalização do SINVSA. Criado para operacionalizar a VSA passou a assumir diversas outras atividades que compõem o campo da saúde ambiental como um todo, o que gerou grande utopia em sua equipe técnica por desejar atender por meio de um subsistema de vigilância toda a demanda da área de saúde ambiental.

Esta realidade se confirma no discurso dos atuais gestores do SINVSA, durante as entrevistas, quando se observa suas dificuldades para expressar os objetivos do SINVSA, seu objeto de vigilância, a caracterização de suas práticas, bem como, nas suas proposições para o futuro da VSA apresentadas no quadro 5.

Diante do exposto e em consonância com a literatura referenciada, o campo de atuação da saúde ambiental não deve se restringir à vigilância. O fato de a saúde ambiental ser uma área multidisciplinar onde a intersectorialidade é parte privilegiada de sua atuação, faz com que suas atividades estejam presentes em diversos setores do campo da saúde, entre eles o da vigilância.

Portanto, na perspectiva da atual reestruturação da CGVAM, em direção a construção de um departamento, é importante que as ações típicas de vigilância

sejam estruturadas de forma integrada, com clara definição de seus objetos de atuação. Isto posto, propiciará a equipe técnica um maior discernimento dos distintos campos de atuação que compõem a saúde ambiental e que obrigatoriamente não estão inseridas na vigilância, embora esta contribua na atuação das demais áreas da saúde ambiental;

Do ponto de vista operacional, os resultados obtidos, demonstram que diversas ações de VSA vêm sendo desenvolvidas nas três esferas do SUS, federal, estadual e municipal existindo, por conseguinte, uma estrutura técnico-operacional para esse fim. Além disso, algumas UF já dispõem, inclusive, de normalização instituindo essa área de atuação, evidenciando que o SINVSA está implantado no âmbito do SUS. No entanto, é consenso entre essa autora e os gestores entrevistados neste estudo, de que ainda, há um longo caminho a percorrer para que o SUS incorpore na sua plenitude a VSA como parte integrante do cotidiano das suas demais áreas de atuação que têm intersectorialidade com ela. Nessa perspectiva, o SINVSA contribuirá, efetivamente, para prevenir e controlar as situações de risco à saúde humana decorrentes daqueles fatores presentes no ambiente que podem afetar potencialmente, de forma adversa, a saúde humana das gerações do presente e do futuro. Neste sentido, recomenda-se a realização de processos avaliativos que permitam mensurar os níveis de implantação do SINVSA como forma de direcionar o planejamento e as práticas da CGVAM enquanto gestora federal desse subsistema de vigilância, visando estabelecer prioridades para a sua atuação.

Na análise das percepções dos gestores do SINVSA com relação a sua concepção e operacionalização, além dos aspectos já destacados, se constatou que existem opiniões dispares em relação à VSA tal como ela é e como deve ser operacionalizado por meio do SINVSA. Também foi possível descortinar as divergentes compreensões dos seus gestores em relação aos conceitos básicos para a prática da vigilância em saúde. A composição multidisciplinar da CGVAM, embora coerente com seus pressupostos, exige investimentos, prementes, em capacitação e treinamento de recursos humanos, voltados para a área de saúde contemplando principalmente a epidemiologia, quando os conceitos inerentes às práticas da vigilância serão trabalhados e melhor esclarecidos.

Por fim, conclui-se que o modelo lógico condutor do SINVSA proposto, como resultado deste estudo, também servirá de base para fomentar reflexões por parte da sua equipe técnica-operacional, no sentido de aprimorar suas práticas cotidianas, uma vez que o mesmo propicia uma maior visibilidade dos componentes essenciais à implementação do SINVSA, e os sistematiza, de forma que possam ser adotados como ponto de partida para a realização de futuros estudos que viabilizem a construção de um modelo lógico da saúde ambiental, tendo a VSA como parte integrante dessa área.

8. REFERÊNCIAS

ANTUNES, P. B. Direito Ambiental Internacional e Interno: aspectos de sua evolução. **Jornal Gazeta Mercantil**, São Paulo, 12 dez. 2002. Disponível em: <<http://www.dannemann.com.br>>. Acesso em: 30 ago. 2004.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA. **Relatório do Grupo de Trabalho de Saúde e Ambiente 2000-2003**. Recife, 12 ago. 2003. 2p. Disponível em: <www.abrasco.org.br/grupos/arquivos/20060717151032.pdf> Acesso em: 15 dez. 2007

AUGUSTO, L. G. S. A construção de indicadores em Saúde Ambiental. In: MINAYO, M. C. S. (Org.) **Saúde e Ambiente Sustentável: estreitando nós**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.

AUGUSTO, L. G. S. A intersectorialidade das ações e a complexidade das causas. **Revista da Saúde**. Brasília, Conselho Nacional de Saúde. abr. v.4, n.4, p.19-20, 2003.

BARBOSA, A. O. **Risco, Vigilância e Segurança Sanitária, Desafios a Proteção a Saúde**. Salvador, 2006. 125 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária). Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. 2006.

BARCELLOS, C.; QUITÉRIO, L. A. Vigilância Ambiental em Saúde e sua implantação no Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo. v.40, n.1, p. 170-177, 2006.

BASTOS, N.C.B. **SESP/FSESP: 1942-evolução histórica-1991**. Brasília, DF: Fundação Nacional de Saúde, 2 ed. 1996.

BRASIL. Lei N° 3.750 de 11 de abril de 1981. Autoriza o poder executivo a transformar em Fundação o serviço Especial de Saúde Pública, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Legislativo, Brasília,DF, 03 mai 1960, p.7953.

_____. Decreto n° 78.307 de 24 de agosto de 1976. Aprova o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento no Nordeste, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília,DF, 31 out, 1976, Seção p.11497.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n° 425 de 26 de dezembro de 1977. Define o Regimento Interno da Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília,DF, 30 dez, 1977. Seção 1. p.18311-18318.

_____. Lei N° 6.938, de 31 de agosto de 1981. Dispõe sobre a Política Nacional do Meio Ambiente, seus fins e mecanismos de formulação e aplicação, e dá outras

providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Legislativo, Brasília,DF, 02 nov, 1981.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n° 415 de 24 de agosto de 1987. Define o Regimento Interno da Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília,DF, 25 ago, 1987. Seção 1. p.13527-13535.

_____. Lei N° 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Legislativo, Brasília,DF, 20 set, 1990. Seção 1.

_____. Decreto n° 109 de 2 de maio de 1991. Aprova a Estrutura regimental do Ministério da Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília,DF, 3 mai, 1991, Seção III.

_____. Decreto-Presidencial n° 1.160 de 21 de junho de 1994. Aprova a Comissão Interministerial para o Desenvolvimento Sustentável e define suas competências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília,DF, 22 jun, 1994.

_____.Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde e Ambiente no Desenvolvimento sustentável**. Diretrizes para implementação. Brasília: Ministério da Saúde. 104p. Jul.1995.

_____.Decreto-Presidencial sem número de 26 de fevereiro de 1997. Cria a Comissão de Políticas de Desenvolvimento Sustentável e da Agenda 21 Nacional e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, 27 fev, 1997.

_____.Fundação Nacional de Saúde. **Projeto VIGISUS**. Estruturação do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1998a. p. 61-102.

_____.Fundação Nacional de Saúde. **Visita de observação-Relatório de Viagem-Projeto VIGISUS**. Brasília, mar.1998b, p.33.

_____.Fundação Nacional de Saúde. **Manual de Saneamento**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999a. 3 ed, cap.3, p.137-201.

_____. Lei N° 9.782, de 26 de janeiro de 1999. Dispõe sobre o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Legislativo, Brasília,DF, 27 jan, 1999b.

_____.Ministério do Meio Ambiente. **Agenda 21 Brasileira**. Bases para discussão. Comissão de Políticas de Desenvolvimento Sustentável e da Agenda 21 Nacional. Brasília, 2000. 196p.

_____.Fundação Nacional de Saúde. Instrução Normativa nº 01. Regulamenta a Portaria GM/MS nº 1.399, de 15 de dezembro de 1999, no que se refere às competências da União, estados, municípios e Distrito Federal na área de vigilância ambiental em Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF. set, 2001a. n.185, Seção 1, p.56.

_____.Fundação Nacional de Saúde. **Curso de Epidemiologia para Vigilância Ambiental em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1 ed. Jan. 2001b. 215 p.

_____.Ministério da Saúde. Portaria nº 1.172, de 15 de junho de 2004. Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, estado, Municípios e Distrito Federal, na área de Vigilância em Saúde, define a sistemática de financiamento e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 17 jun. 2004a. Seção 1, p.58.

_____.Ministério da Saúde. Portaria nº 518, de 25 de março de 2004.. Estabele os procedimentos e responsabilidades relativos ao controle e vigilância da qualidade da água para consumo humano e seus padrão de potabilidade, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 mar. 2004b. n. 59, Seção 1, p.266-270.

_____.Ministério da Saúde. Instrução Normativa nº 01. Regulamenta a Portaria GM/MS nº 1.172/2004 no que se refere às competências da União, estados, municípios e Distrito Federal na área de vigilância em Saúde ambiental. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, 08 mar. 2005a.

_____.Ministério do Meio Ambiente. Conselho Nacional do Meio Ambiente, CONAMA. Resolução nº 306 de 5 de julho de 2002. **Lex: Coletânea de Legislação de direito ambiental**. São Paulo: Revista dos tribunais,4 ed. Jan. 2005b.

_____.Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização**. Brasília, 2005c. 36 p.

_____.Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **III Inventário Nacional da Vigilância em Saúde Ambiental**. Brasília, 2006. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/SVS/VA>>. Acesso em: 3 jun. 2007.

_____.Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Subsídios para construção da Política Nacional de Saúde Ambiental**. Brasília, 2007a.56p.

_____.Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Sistema Nacional de Vigilância em Saúde-Relatório e Situação-2007**. Brasília, 2007b Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=27037>. Acesso em: 15 jan. 2008.

_____.Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigilância em Saúde Ambiental – Dados e indicadores Seleccionados 2007**. Brasília, 2007c.1p. (folder)

BUSS, P. M. Desenvolvimento, Ambiente e Saúde. **Ciência & Ambiente**. Rio Grande do Sul: Universidade Federal de Santa Maria, jul-dez, v. 25, n.2, p. 24-32. 2002

CAMARA, V. M.; TAMBELLINI, A. M. T. Considerações sobre o uso da epidemiologia nos estudos em Saúde Ambiental. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. São Paulo, v.6, n.2. 2003.

CARNEIRO, F.F. **O poder nas organizações**: A área de Saúde Ambiental no Ministério da Saúde. Belo Horizonte, MG: Universidade Federal de Minas Gerais, 2003. 17p [mimeo].

CDC. Guidelines for evaluating Public Health Surveillance Systems - Systems – ecommendations from the Guidelines Working Group. **MMWR**, 2001. Jun. 27, v.50 (RR-13).

DECLICH S.; CARTER A. O. Public Health Surveillance: historical origins, methods and evaluation. **Bulletin of the World Health Organization**. OMS, 1994. v.72, n.2, p.285-304.

FIEDLER-FERRARA, N. O pensar complexo: Construção de um novo paradigma. In: XV Simpósio Nacional de Ensino de Física, 2003, Curitiba: **Anais do Simpósio**. Paraná: Universidade de São Paulo, 2003. p.1-19.

FREITAS, C. M. Problemas Ambientais, saúde coletiva e ciências sociais. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro: ABRASCO, 2003. v.8 n.1. p. 137-150.

FREITAS, C. M.; PORTO, M. F. S. **Saúde, Ambiente e Sustentabilidade**. 1 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. 124 p.

GODOY, A. S. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, 1995. v.35, n.2, p.57-63,

GOLDIM, J. R. **O princípio da Precaução**. Disponível em <<http://www.ufrgs.br/bioetica/precau.htm>>. Acesso em 28 jan. 2008.

HARTZ, Z. M. A. Institutionalizing the evaluation of health programs and policies in France: cuisine internationale over fast food and sur mesure over ready-made. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 1999. Apr.-June, v.15, n.2, p. 229-260.

HIWATASHI, E. Prospecção de oferta e demanda de tecnologias limpas: um levantamento preliminar. **Revista de Ciência e Tecnologia**. Recife, PE: RECITEC, 1998, v.2, n.2, p.108-116.

IBM-INTERNATIONAL BUSINESS MACHINES. IBM VIAVOICE FOR WINDOWS RELEASE 9. 2002. **Software**, versão: Pro USB Edition

LANGMUIR A. D. The surveillance of communicable disease of national importance. **New Englan J. M.** 1963. n.24, p.182-192.

LAYRARGUES, P. P. Sistemas de gerenciamento ambiental, tecnologia limpa e consumidor verde: a delicada relação empresa-meio ambiente no ecocapitalismo. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, 2000, Abr-Jun, v.40, n.2, p.80-88.

LUDKE, M.; ANDRÉ, M. C. D. A. **A Pesquisa em Educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: CPU, 1986.

MACARTHUR I. BONNEFOY X. Environmental health services in: **Europe: an overview of practice in the 1990s**. WHO/EURO. Copenhagen, 1997.

MICROSOFT OFFICE EXCEL 2003. Windows[®] is a registered trademark of Microsoft Corporation: 2003, **Software** versão 11.0.5612 [SR-I].

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 10. ed. Rio de Janeiro: hucitec, 2007. 408 p.

MORAES, I.H.S de, Eduardo MB de P & Soboll M de MS. Informação em Saúde e gestão democrática. In: Conferência Nacional de Saúde, 9, Brasília, 1992. **Caderno da Nona**. Brasília DF: UNB, p.34-42, 1992.

MORIN, E.; KBRN, A. B. **Terra Pátria**. Porto Alegre: Sulina, 1995 (tradução. Paulo Neves). 189p.

MOTTA, P. R. **Gestão Contemporânea**: a Ciência e a arte de ser dirigente. 9 ed. Rio de Janeiro: Record, 1998. 256 p.

NASCIMENTO, V. E. R; RIO, V.; OLIVEIRA, L. **Percepção Ambiental**: A experiência Brasileira. 2 ed. São Paulo; Studio Nobel: Universidade Federal de São Carlos, 1996. v.1. 265p.

OLIVEIRA, S. L. **Tratado de metodologia científica**: projetos de pesquisa, TGI, TCC, Monografias, Dissertações e Teses. 2 ed. São Paulo: Pioneira, 1999. 320p.

ÓRDÓÑEZ, G. A. Salud ambiental: conceptos y actividades. **Revista Panamericana de la Salud Publica**. Washington, 2000. v.3, n.3, p.137-147.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Declaração de Estocolmo sobre o Meio Ambiente Humano. In: Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente Humano, 1972. Estocolmo. **Anais**. Disponível em: <<http://www.dhnet.org.br/direitos/sip/onu/doc/estoc72.htm>. Acesso em: 30 ago.2004>.

_____. Relatório da Comissão Mundial sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento das Nações Unidas. In: Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente Humano. 1987. **Relatório Brundtland**. Disponível em: <<http://www.dhnet.org.br/direitos/sip/onu/doc.htm>>. Acesso em: 30 ago. 2004.

_____. Agenda 21, cap. 6. In: Conferência das Nações Unidas Sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento. 1992. Rio de Janeiro: **Proteção e Promoção das Condições da Saúde Humana**. Disponível em: <http://www.mma.gov.br/estruturas/agenda21/_arquivos/ag21.zip> Acesso em: 20 jun. 2007.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD/ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Nuestro planeta, nuestra salud**. Informe de la Comisión de salud y Medio Ambiente de la OMS. Washing, DC: OPS/OMS; 1993 (Publicación científica 544).

_____. Indicadores Básicos de Salud Ambiental para la Región de la Frontera: México-estados Unidos, 2001 In: Oficina Fronteriza México-E.U.A: Oficina de Campo. Grupo de Trabajo de Salud Ambiental del Programa Frontera XXI México-Estados Unidos. El Paso, 26-27 Jul. 2001, 38p.

PAIM, J. S. **Desafios para a Saúde Coletiva no Século XXI**. Salvador: EDUFBA. 2006. 153p.

PATON, M. Q. **Utilization-focused evaluation. The new century test**. Thousands Oaks, London, New Delhi: SAGE Publication, 1997.

PEÑAFIEL, F. M. M. **Ideologia do movimento ambientalista**: Um estudo de casos múltiplos em quatro Organizações Não Governamentais de Florianópolis. Florianópolis, 2005. 178p. Dissertação (Mestrado em Administração). Universidade Federal de Santa Catarina, 2005.

PIOVESAN, M. A **construção política da Agência Nacional de Vigilância**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, 2002.

PORTO, M. F. S. Saúde, ambiente e desenvolvimento: reflexões sobre a experiência da COPASAD – Conferência Panamericana de Saúde e Ambiente no Contexto do Desenvolvimento Sustentável. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro: ABRASCO, 1998, 3 n.2. p. 33-46.

PRATA, P. R. ; MINAYO, C. ; BUSS, P. ; MINAYO, C. G. . Ecologia, Desigualdade e Saúde. **Anais do Encontro Nacional Sobre Saúde e Meio Ambiente**, Rio de Janeiro, 1991, p. 61-70.

RASKA K. National e International surveillance of communicable diseases. **WHO Chronicle**, 1966. n.20, p.315-321.

ROSAS, E. J. **A extensão de cobertura dos serviços de saúde no Brasil**. Brasília, 1981. 232p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Escola Nacional de Saúde Pública-FIOCRUZ. 1981.

ROSEN, G. **Uma história da Saúde Pública**. São Paulo: Hucitec. 1994.

SABROSA, P. C.; LEAL, M.C. **Saúde, ambiente e desenvolvimento. Alguns conceitos fundamentais**. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-ABRASCO, 1992, v.1, p. 45-95.

SABROSA, P. C.; OSANAI, C. H.; TOLEDO, L.M. A organização do espaço e os processos endêmicos-epidêmicos, In: LEAL, M.C. et al. (org) – **Saúde Ambiente e Desenvolvimento**. Rio de Janeiro: Hucitec-ABRASCO 1992, v. 2. p. 57-77.

SABROSA, P. C. **Vigilância em Saúde**, Disponível em <<http://www.abrasco.org.br/grupos/arquivos/20060718160725.pdf>> Acesso em 28 de dezembro de 2007

SANTANA, J. P. Fundação e Trajetória da ABRASCO. **Boletim da Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2004. 92 ed. nov. 20p.

SANTOS, M. **A Natureza do Espaço.do Homem**. São Paulo: Hucitec, 1996. p.187-197.

SÃO PAULO. (Estado). Secretaria do Meio Ambiente. Entendendo o meio ambiente In: Base de Dados Tropical. **Tratados e organizações ambientais em matéria de meio ambiente**. São Paulo, 1999. v.1 Disponível em: <<http://www.bdt.fat.org.br/sma/entendendo/atual.html>>. Acesso em: 30 ago. 2004.

SILVA, E. L. MENEZES, E. M. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2005, v.5, 138p.

SILVA JÚNIOR, J. B. **Epidemiologia em Serviço: Uma avaliação de desempenho do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde**. 2004. 318 p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Campinas: Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. 2004.

STEINBERG, M. **Espaço, Território e Ambiente: Uma discussão Teórica**. Curso Academia Amazônica. Rio Branco-AC, 2007. disponível em <<http://www.slideshare.net/Myris/espao-territorio-ambiente-marilia-steinberg>>. Acesso em 17/12/2007.

TAMBELLINI, A. M. T.; CÂMARA, V. M. A temática sobre saúde e ambiente no processo de desenvolvimento do campo da saúde coletiva: Aspectos históricos, conceituais e metodológicos. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 1998, v.3, n.2, p. 47-59.

TAMBELLINI, A. M. T.; CÂMARA, V. M. Vigilância Ambiental em Saúde: Conceitos, caminhos e interfaces com outros tipos de vigilância. **Caderno de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2002, jan-jun v.10 n.1, p.77-93.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBÔAS, A. L. SUS, Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**. Brasília, 1998. abr-jun, v.7, n.2, p.7-28.

TEIXEIRA, G. M.; RISI JUNIOR, J. B. Vigilância Epidemiológica. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & Saúde**. Rio de Janeiro: Medsi. 1999, v.5, p.301-325.

VEROCAI, I. **Vocabulário Básico de Meio Ambiente**. Disponível em <http://www.asfagro.org.br/trabalhos_tecnicos/meio_ambiente/dicionario.pdf>. Acesso em 11 jan. 2008.

VIOLA, E.; LEIS, H. A Agenda 21 diante dos desafios da Governabilidade, das Políticas Públicas e do Papel das Organizações Não Governamentais In: Umberto Cordani, Jacques Marcovitch e Eneas Salati (org.) Rio-92 Cinco Anos Depois. **Anais**. São Paulo: EDUSP. 1997

WALDMAN, E. A.; ROSA, T. E. C (colab.). **Vigilância em Saúde Pública**. (Série Saúde & Cidadania). São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.1998. cap. 6 p.91-131

W.K. KELLOGG FOUNDATION. **Guia de Desenvolvimento de Modelos Lógicos**. One East Michigan Avenue East Battle Creek, Michigan 49017-4058, 2004. Disponível em: www.wkkf.org. Acesso em: 14 jul. 2005.

WOOGATE, G. & REDCLIFT, M. From a Sociology of Nature to Environmental Sociology: Beyond Social Construction. **Environmental Values**, 1998. v. 7, n.1,

ZANIRATTI, J. A. e PETRI, J. D. **Concepções de movimento Popular**, 1991 Disponível em: <<http://www.zaniratti.net/ordpress/?p=120> Acesso em: 27 nov. 2007>.

Tabela 2 - Quantitativo de Municípios Brasileiros com atuação do VIGIAGUA por Unidade Federada, 2007

Unidades Federadas	N° de Municípios		%
	existente	atuação com VIGIAGUA	
Acre	22	18	82
Alagoas	102	102	100
Amazonas	62	39	63
Amapá	16	17	100
Bahia	417	404	97
Ceará	184	184	100
Espírito Santo	78	73	94
Goiás	246	241	98
Maranhão	217	162	75
Minas Gerais	853	822	96
Mato Grosso do Sul	78	76	97
Mato Grosso	141	120	85
Pará	143	94	66
Paraíba	223	201	90
Pernambuco	185	183	99
Piauí	223	160	72
Paraná	399	393	98
Rio de Janeiro	92	81	88
Rio Grande do Norte	167	29	17
Rondônia	52	42	81
Roraima	15	5	33
Rio Grande do Sul	496	497	99
Santa Catarina	293	137	47
Sergipe	75	69	92
São Paulo	645	433	67
Tocantins	139	139	100
Total	5.563	4.721	85

Fonte: Sistema Nacional de Vigilância em Saúde-Relatório e Situação-2007.
(Brasil, 2007b)

Quadro 1 - Marcos Históricos positivos para o desenvolvimento, ambiente e saúde nos últimos 35 anos

1970	<p>1972 - Conferência de Estocolmo (Suécia)</p> <p>1972 - Criação do Programa das Nações Unidas para o Meio Ambiente (PNUMA/PNUD)</p> <p>1977 - Conferência Mundial sobre Desertificação (Quênia)</p> <p>1977 - Conferência das Nações Unidas sobre Água (Mar del Plata)</p> <p>1978 - Conferência sobre Cuidados Primários de Saúde (Alma-Ata)</p>
Década de 1980	<p>1981/1990 – Decênio Internacional do Abastecimento de Água Potável e do Saneamento</p> <p>1983 - Criação da Comissão Mundial sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento das Nações Unidas (OMS)</p> <p>1986 - Carta de Ottawa para Promoção da Saúde (Canadá)</p> <p>1987 - Protocolo de Montreal: Controle da emissão de substâncias que destroem a camada de ozônio (Canadá)</p> <p>1987 – Relatório Brundtland - “Nosso Futuro Comum” (ONU)</p> <p>1987 - Iniciativa Cidade Saudáveis (OMS)</p> <p>1988 - Painel Intergovernamental sobre Mudanças Climáticas das Nações Unidas (IPCC)</p> <p>1989 - Convenção de Basileia: controle da movimentação de dejetos Perigosos</p> <p>1989 - Conferência de Adelaide sobre Políticas Públicas Saudáveis (OMS)</p>
Década de 1990	<p>1990 - Criação da Comissão de Saúde e Meio Ambiente da OMS</p> <p>1991 - Declaração de Sundsvall sobre Ambientes Favoráveis à Saúde (OMS)</p> <p>1992 - CNUMAD (Rio 92): Cúpula da Terra; Criação da Comissão para o Desenvolvimento Sustentável (ONU)</p> <p>1994 - Convenção das Nações Unidas de Combate à Desertificação</p> <p>1994 - Conferência das Nações Unidas sobre população e Desenvolvimento</p> <p>1994 - Conferência Internacional sobre Segurança Química (Estocolmo)</p> <p>1995 - Conferência das Nações Unidas sobre Desenvolvimento Social: Cúpula Social (Copenhague)</p> <p>1995 - COPADAD (Washington)</p> <p>1996 - Conferência das Nações Unidas sobre Assentamento Humano: Habitat II (Istambul)</p> <p>1996 - Cúpula Mundial da Alimentação, FAO (Roma)</p> <p>1997 - Protocolo de Kioto: controle da emissão de gases de efeito estufa (Japão)</p>
Década de 2000	<p>2002 - Reunião de Ministros da Saúde e Meio Ambiente das Américas (Canadá)</p> <p>2002 - Conferência Mundial sobre Desenvolvimento Sustentável (Rio+10) (Joanesburgo)</p> <p>2004 - Cúpula Extraordinária da Américas: Declaração de Novo Leon (México)</p> <p>2005 - Conferência Mundial sobre em Redução de Desastres (Kobe)</p> <p>2005 - Reunião de Ministros da Saúde e Meio Ambiente das Américas (Argentina)</p>

Fonte: adaptado de Desenvolvimento, Ambiente e Saúde. (Buss, 2002)

Quadro 2 - Denominação e vínculos hierárquico dos serviços de Saúde Ambiental em diferentes países

País	Nome dos Serviços de Saúde Ambiental	Entidade Superior
Argentina	Departamento de Saúde Ambiental	Ministério da Saúde e Ação Social
Botswana	Unidade de Saúde Ambiental	Ministério da Saúde
Brasil	Coordenação Geral de Vigilância em Saúde Ambiental	Ministério da Saúde
Canadá	Departamento de Saúde Ambiental	Ministério da Saúde
Chile	Divisão de Saúde Ambiental	Ministério da Saúde
Colombia	Divisão de Meio ambiente e Saúde	Departamento Administrativo de Saúde do Atlântico
Costa Rica	Direção de Proteção ao Ambiente Humano	Ministério da Saúde
Egito	Departamento de Saúde Ambiental	Ministério da Saúde e da População
Filipinas	Serviço de Saúde Ambiental	Departamento de Saúde
Indonésia	Direção de Saúde Ambiental	Ministério da Saúde
México	Direção Geral de Saúde Ambiental	Secretaria de Saúde e Assistência
Panamá	Subdireção Geral de Saúde Ambiental	Ministério da Saúde
Perú	Direção Geral de Saúde Ambiental	Ministério da Saúde
Porto Rico	Secretaria Auxiliar para Saúde Ambiental	Departamento de Saúde
Portugal	Departamento de Saúde Ambiental	Ministério da Saúde
Rep.Dominicana	Direção Geral de Saúde Ambiental	Secretaria de Estado de Saúde Pública e Assistência Social

Fonte: Adaptado da OPS/OMS, 1998 (OPS/OMS, 1998 apud Ordóñez, 2000)

Quadro 3 - Definição Operacional das Categorias Analíticas

Categorias Analíticas	Categorias Operacionais	Dimensões	Descrição
Concepção	Noção (Conceitos)	Vigilância em Saúde Ambiental	Compreensão dos objetivos do SINVSA, do objeto sob Vigilância e do Modelo de atuação
	Visão de Mundo/ aproximação com a prática	Relação Homem/Natureza	Prática dominante da sociedade na perspectiva da sustentabilidade
		Responsabilidade Social e amplitude dos atores envolvidos com a VSA	Participação social e atores envolvidos com a Saúde ambiental
		Domínio do Conhecimento	Visão sobre a incorporação de Estudos e Pesquisas
Práxis	Práticas Operacionais	Planejamento	Periodicidade, integração e sistematização
		Implementação da Capacidade Operacional	Inserção dos princípios e diretrizes do SUS; estrutura organizacional; integração e sistematização das ações; principais atividades desenvolvidas e suas dificuldades de implementação
		Parcerias intra e intersetoriais	Alianças e cooperação técnica para atingir objetivos, Aspectos positivos e negativos
		Sistema de Informação	Caracterização do Sistema de informação vigente, Indicadores de VSA utilizados
		Avaliação e/ou monitoramento	Instrumentos empregados e Indicadores utilizados pela gestão do SINVSA
	Perspectiva de Futuro	Incorporação Institucional e Profissional.	Implantação da VSA no SUS, Avanços e Desafios. Projeções futuras (imagem objeto) e expectativa profissional

Fonte: DANTAS, M.H.P.D. Dissertação de Mestrado, 2007. p.125

Quadro 4 - Considerações dos gestores do SINVSA sobre as atividades desenvolvidas de acordo com as atribuições que lhe são conferidas pela IN N° 01 - Brasília (DF) – 2007

Ent.	Promoção	Prevenção	Controle	Precaução
1	Identificação de pontos vulneráveis da QACH e na forma de abastecimento, garantia da potabilidade da água, avaliação das bacias hidrográficas, capacitação de gestores locais e produção de material técnico são instrumentos de promoção a saúde.	Plano de segurança da água, interface com todos os atores ambientais para avaliar a QACH antes de chegar a captação; monetarização da QACH durante o processo de tratamento e distribuição	As ações previstas na portaria 518 da QACH	(...) A VSA ainda não tem tido essa experiência com grande significância.
2	Não identifiquei nenhuma ação de promoção desenvolvida Pelo SINVSA	Só o monitoramento da QACH. Os demais subcomponentes ainda estão na fase de avaliar os impactos na saúde ocasionado pelos seus fatores ambientais, ou seja ainda não tem modelo e forma de atuação que permita definir com clareza ações de prevenção.	As ações previstas. Na Portaria 518 além do monitoramento da QACH que também prevê o controle da QACH	(...) não desenvolve ainda nenhuma ação de precaução.
3	Quando o VIGIAGUA consegue corrigir problemas na QACH, é uma ação de promoção, porque se reduz as doenças de veiculação hídrica	Quando você está fazendo promoção você está fazendo prevenção também, ela vai se caracterizar quando se faz uma ação preventiva para anteceder a doença.	As ações do VIGISOLO quando identificam a área contaminada, adotam medidas para conter aquela contaminação naquele local fazendo com que outras populações não sejam expostas.	A questão do licenciamento ambiental, porque estamos atuando junto ao MMA no sentido de colocar item antes de licenciar um empreendimento para não permitir que ele vá causar dano a saúde.
4	Não citou ações específicas de promoção fez comentário geral (*)	Não citou ações específicas de promoção fez comentário geral. (*)	Não citou nenhuma ação relacionada a controle	A atividade que nós realizamos nesse campo é com relação aos campos eletromagnéticos.
5	O SINVSA está tentando integrar os atores, por exemplo, em todas as ações da CGVAM o objetivo é envolver a área da atenção e da promoção, por isso daqui a algum tempo nós vamos ter alguma ação promoção	Tem muitas, o próprio diagnóstico da população exposta aos fatores de risco ambientais feito por todos os subcomponentes, isto já é uma prevenção	Controle está muito ligado a prevenção, tudo que você visa prevenção você está olhando controle.	Agente ainda não chegou a realizar nenhuma ação de precaução

Ent.	Promoção	Prevenção	Controle	Precaução
6	<p>Promoção não é vigilância, ela é completamente diferente e seria um erro misturar essas duas coisas, uma ação de promoção seria na área de agrotóxicos onde tem relação direta com a alimentação. A alimentação é coisa de promoção, mas não é coisa de vigilância, agrotóxico é coisa de vigilância então tem uma relação como deveria ter mesmo.</p>	<p>As propostas dos desastres em capacitação, preparação de hospitais e de postos de saúde para redução de exposição e de vulnerabilidade é uma ação de prevenção.</p>	<p>Em relação ao controle o VIGIAGUA e o VIGIAR tem bastante ação neste sentido.</p>	<p>Todas as vezes que fomentamos pesquisas estamos preenchendo uma lacuna do conhecimento então estamos exercendo o principio da precaução. Especificamente eu citaria 2 ações que estão sendo realizadas: uma no Pará onde existe radioatividade natural elevada e o MS esta fazendo um investimento em pesquisa para melhorar o conhecimento sobre os efeitos a saúde á baixa exposições. E a outra é no planalto de poços de caldas sobre efeitos a saúde a exposição a radioatividade natural elevada já com proposta de modelo de atuação</p>
7	<p>A própria vigilância em si, e a questão dos empreendimentos você está se antecedendo a um problema que possa esta ocorrendo em decorrência da implantação do empreendimento</p>	<p>As análises de água, você esta fazendo uma análise preventiva, você vai lá coleta a água para ver se aquela água esta dentro dos padrões de potabilidade da legislação vigente.</p>	<p>Uma vez diagnosticada uma água de consumo humano que esteja contaminada você tem uma série de diretrizes para a intervenção com relação ao tratamento dessa água que são demandadas pelo ministério da saúde.</p>	<p>(...) com relação aos fatores físicos, este trabalho que vem sendo desenvolvido junto a normatização. O trabalho que esta sendo realizado intersetorialmente com relação aos transgênicos .</p>
8	<p>(...) Quando você faz vigilância da QACH você está pensando em qualidade de vida e esta fazendo promoção à saúde; Quando você faz o monitoramento dos elementos que contaminam o ar e consegue baixar esses poluentes você está fazendo promoção da saúde; Quando estou pensando em cidades; municípios e metrópoles saudáveis, fatalmente eu estou pensando por meio das vigilâncias em fazer promoção da saúde</p>	<p>Fez comentários genéricos (**)</p>	<p>Fez comentários genéricos (**)</p>	<p>Fez comentários genéricos (**)</p>

Ent.	Promoção	Prevenção	Controle	Precaução
9	<p>Além de todas as nossas áreas finalísticas, que no final agente quer chegar a promoção da saúde como o VIGIAGUA, VIGIAR, VIGISOLO agente criou outras áreas para integrar melhor essas agendas. Então, no âmbito da CGVAM a articulação interinstitucional é uma área central para está promovendo essas estratégias de municípios saudáveis, atenção primária ambiental, participação social, essa área tem como principio básico fortalecer isso,ela tem esse mandato em termos das agendas que nós temos que está integrando dos fóruns que agente está participa mas eu acredito que a promoção da saúde ela é algo de todos os nossos subcomponentes.</p>	<p>A prevenção é uma ação inerente a vigilância que é informação para ação, então ela está presente em todos os nossos vigis.</p>	<p>Agente trabalha mais com o conceito de vigilância, controle de doença não é uma definição que agente prática muito no SINVSA.</p>	<p>As ações no FIGIFIS com relação aos campos eletromagnéticos de telefonia celular e com relação a outra área que agente vai está entrando agora que é com relação aos ONGS (organismo geneticamente modificados)que agente representa o ministério da saúde na CTNBIO (...)</p>
10	<p>A partir do momento que você detecta um fator de risco que ainda não esta causando problema na saúde, você ver que aquilo é uma rota de exposição e evita que as pessoas se exponham então você está mudando a lógica da pessoa em termos de qualidade de vida, porque para mudar isso você trás programas de inclusão social, programas nutricionais se o problema for relacionado a alimentação. Mas, isso agente está conseguindo trabalhar mais a nível local.</p>	<p>É muito o que o VIGIAGUA faz de está fazendo análise de água e avaliar se algum tipo de impacto pode ocorrer na população de forma preventiva.</p>	<p>Quem trabalha com controle é a água e eu acho que o ar também. A parte de controle é a parte mais fraca porque não é uma missão nossa diretamente falando, federal, agente depende muito de estados e município e essa articulação esta difícil. Muito difícil</p>	<p>Agente ainda não desenvolve ações neste sentido</p>

Ent.	Promoção	Prevenção	Controle	Precaução
11	<p>Todo o movimento, todo o esforço para se identificar áreas que trabalhem com a atenção primária ambiental, por exemplo, está voltada para a promoção da saúde. Tem estados que já trabalham com isso, mas, são iniciativas exemplificadoras, vamos dizer assim. Assim como, esses movimentos que discutem agendas integradas, cidades saudáveis. Em termos do VIGIFIS se eles trabalham com todo um trabalho de educação eu acho que é uma ação de promoção e isso acaba perpassando todos os VIGIS.</p>	<p>Todos os vigis trabalham com prevenção.</p>	<p>Tem bastante atividades, além da água, que é mais óbvio, você tem todo esse processo dos contaminantes do solo, dos químicos, você tem a tentativa de identificar novas tecnologias, mudanças de tecnologias com a questão do amianto, a questão dos agrotóxicos de você utilizar outras formas para melhoria agrícola para você não ter a contaminação pelos agrotóxicos</p>	<p>Algumas medidas, atividades e ações foram tomadas considerando o princípio da precaução, por exemplo, toda a questão do amianto, toda a discussão em relação a todos os químicos, o benzeno, o amianto, muitas vezes você não tem tanta evidência assim, mas toda defesa que os órgãos das estruturas federais, estaduais, CGVAM e muitas vezes coordenações estaduais, da área de vigilância ambiental nos estados, elas tem enfaticamente tomado posições considerando o princípio da precaução.</p>

(*) Quase todas as nossas intervenções realizadas são do ponto de vista de promoção e prevenção, ou seja, tudo aquilo que poder ser gerado em termos de ação a partir de um conhecimento antecipado de uma exposição indevida eu acredito que vai promover saúde, prevenir doenças e etc.

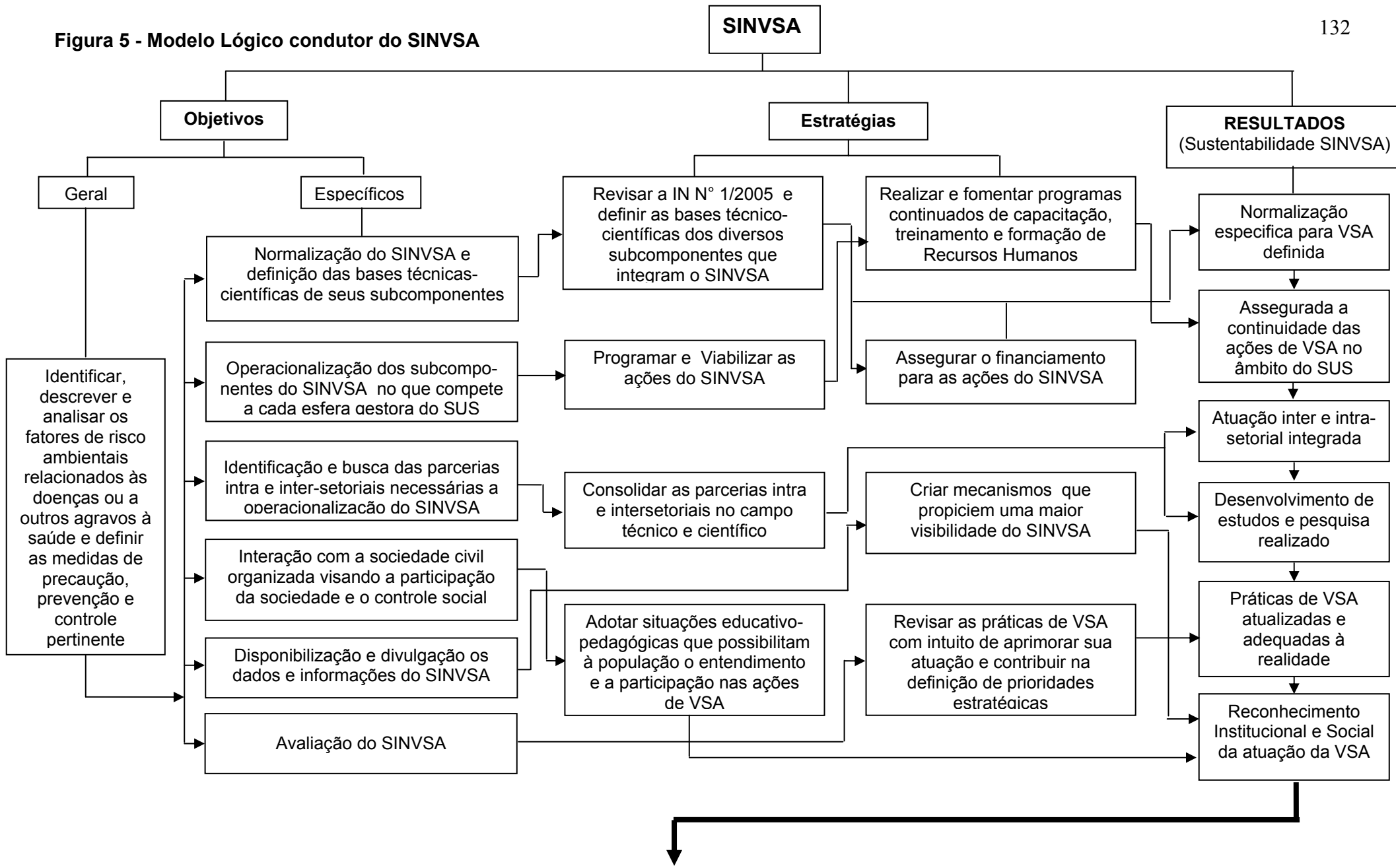
(**) A abordagem que eu estou fazendo na realidade ela está contemplando a promoção, prevenção, controle e fatalmente a precaução porque isso ainda está muito incipiente, não se faz ainda um trabalho de na hora em que um elemento faça mal, não existir mais o elemento, não acontece isso ainda, então começaram a minimizar alguns processos. Eu não vejo ações separadas entre promoção, prevenção, precaução e controle a partir do instante que está de fazendo vigilância está se fazendo essas ações.

Quadro 5 - Propostas dos gestores do SINVSA para a área de Saúde Ambiental supondo a possibilidade de mudanças na estrutura ministerial - Brasília (DF) – 2007

Ent.	Proposta sugeridas
1	“Realizar concurso publico reservando 60 vagas para efetivar um corpo técnico para a VSA. Elevaria a VQACH a uma coordenação devido a sua grande demanda de trabalho. A medida que as outras áreas avançassem na compreensão do que é o SINVSA, daria o mesmo status para elas e no futuro acabaria as caixinhas e faria uma coisa única”.
2	“Transformaria a VSA em um departamento dentro da própria SVS, porém com um papel de maior destaque e com maior autonomia. Além disso, buscaria fortalecer mais os quadros técnicos deste departamento”.
3	“A VSA continuaria inserida na SVS, criaria efetivamente o departamento de VSA para não sermos mais um cabidinho pendurado no organograma do MS como somos na atualidade. Depois estruturaria esse departamento no sentido de institucionalizá-lo dando visibilidade a VSA com base, respaldo (...)”.
4	“Eu viria o ministério com fundamentalmente duas grandes áreas: a atenção à saúde e a promoção da saúde esse seria o primeiro arranjo, isso seria o elemento central. Dentro disso eu viria à saúde ambiental nessa agenda de promoção porque incluiria também aí a vigilância, quer dizer, não tem contradição vigilância e promoção”.
5	“A saúde ambiental deveria esta trabalhando com a assistência básica, elas deveriam está no mesmo nível hierárquico, não sei se dividiriam a mesma secretaria, mas deveriam ser uma coisa só, como hoje está a saúde do trabalhador, a assistência teria que está junto. Mas, manteria a saúde ambiental na SVS porque a nossa proposta é vigilância”.
6	“(…) inicialmente eu iria usar os instrumento que já existem para tentar alguma coisa e gradativamente iria pensando o que fazer, porque eu não tenho uma idéia pré-concebida sobre este assunto”.
7	“A área funciona bem dentro de uma proposta de vigilância em saúde. Então ela continuaria dentro de uma proposta de vigilância em saúde porque é o que ela se propõe, fazer parte de um rol de vigilâncias no sentido de gerar informação para a tomada de decisão mas, talvez, estaria inserindo as propostas da área de saúde ambiental dentro de outras áreas do MS de forma mais enfática, ou talvez contemplando essas diretrizes estratégicas dentro das outras áreas do MS para que essa visão de prevenção e de precaução pudessem estar melhor ou mais inseridas dentro do contexto ou da prática em saúde do MS de uma maneira geral”.
8	“Primeiro que seria um ministério realmente da saúde e não da doença, então fatalmente existiria uma área chamada promoção da saúde onde a vigilância a saúde estivesse em baixo trabalhando prioritariamente com a saúde, com o saudável . Nesse caso, a VSA poderia até está abaixo, onde teria a dengue, todas as outras vigilâncias, saúde de ambiente como um todo , mas com uma concepção de promoção acima”.

Ent.	Propostas Sugeridas
9	<p>“Teríamos que elevar esse campo em termos hierárquicos, eu viria ela em dois lugares, eu acho que o ministério teria que ter não só uma SVS, primeiro tinha que ser uma secretaria de vigilância em saúde que eu acho que ainda não é, hoje é um ajuntamento de áreas, de doenças que não se colocam na concepção da saúde, então fazer a vigilância em saúde virar realmente vigilância em saúde e uma outra área que seria muito importante seria uma área de promoção à saúde que trabalhasse de forma muito integrada com a vigilância, acho que essa seria talvez a área mais estratégica do MS, o problema é que a promoção da saúde como é colocada também, ela é muito ligada à hábitos, mudanças de estilo de vida... Aí teria também que ter outra cara, eu pensaria em uma concepção de desenvolvimento sustentável e saúde ambiental, seria uma secretaria para dar a devida importância a esse tema que realmente trabalhasse a questão da promoção de ambientes saudáveis que trabalhasse essa questão de desenvolvimento sustentável e saúde ambiental”.</p>
10	<p>“Transformaria a VSA em uma Agência porque o tipo de atividade que agente deveria desenvolver ela é característica da missão de agência. O modelo de agência não seria discrepante para o SUS porque depende do que você vai deter de poderes para essa agência. Mas, se você cria uma agência você vai ter recursos próprios, normalização, uma serie de questões como poder criar um corpo técnico estável porque hoje você tem 90% do corpo técnico consultores contratados por produto, então você tem uma área capenga, seria uma agência com recursos próprio que pudesse emitir multas porque o SUS hoje paga a conta dos danos causados à saúde pelo poluidor e com uma agência se criaria mecanismos tais que se conseguiria cobrar isso”.</p>
11	<p>“Trabalharia fortalecendo o movimento social no processo de participação das definições das próprias diretrizes de atuação da área de saúde ambiental, não significa que o MS enquanto poder executivo não fosse tomar sua decisão porque ele tem recurso limitado, humano, financeiro e logístico, na mesa de negociação com o controle social iria definir tudo que era bonito, belo e melhor, mas também íamos juntos definir: o meu recurso e minha capacidade de resposta, onde priorizo, e não a gente se autor gerir e definir sozinho, na nossa área isso é impossível. Enfim, definiria conjuntamente com a sociedade civil organizada como responder no nível local e no nível macro, pois eu tenho que partilhar no mundo de hoje tudo. Eu iria ter um conselho nacional de saúde para as questões de saúde ambiental permanente, ele que definiria diretrizes etc. Iria ser um processo de trabalho conjunto, não é o ministério discutir e eu cá recebo e digo eu não faço. Não é isso! Porque o trabalho da gente pressupõe discussão, é explicitação dos conflitos das possibilidades e eu acho que é possível, eu acredito piamente, é difícil? É! Mas é possível”.</p>

Figura 5 - Modelo Lógico condutor do SINVSA



1- Vigilância em Saúde Ambiental Institucionalizada e com diretrizes de atuação bem definidas no âmbito do SUS
2- Gerar subsídios para a tomada de decisão inerente às ações a serem desenvolvidas pelas demais áreas da Saúde Ambiental

APÊNDICE A – Roteiro de entrevistas



**Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
Mestrado Profissional em Saúde Coletiva**

Roteiro de Entrevista

Folha de rosto

**Pesquisa: Fortalecendo o subsistema nacional de vigilância em saúde
ambiental: Uma análise crítica da sua concepção e operacionalização**

Pesquisador Responsável (Mestranda): Marta Helena Paiva Dantas

Orientador: Prof. Dr. Pedro Reginaldo dos Santos Prata

1. Data da Entrevista: / /

2. Nome do entrevistado:

3. Cargo na atualidade:

4. Codificação da entrevista:

1ª Etapa da Entrevista: O Sistema Nacional de Vigilância em saúde Ambiental Hoje

Código da Entrevista _____

I – PERFIL DO ENTREVISTADO

1. Gênero: () Masculino () Feminino

2. Formação acadêmica:

Graduação:

Pós-graduação:

() Não () Mestrado
() Especialização () Doutorado

Área de concentração:

3. Qual a sua relação trabalhista com a Secretaria de Vigilância em Saúde?

() Servidor Público Federal () DAS sem vínculo com o Serviço público
() Consultor contratado por Organismo Internacional (Contrato Permanente) () Prestador de Serviço contratado por Organismo Internacional (Produto)

4. Quanto tempo (em anos) você trabalha na Coordenação Geral de Vigilância Ambiental?

() menos de 1 ano () 1 a 2 anos () 3 a 4 anos
() 5 a 6 anos () mais de 6 anos ()

5. Qual a sua experiência relacionada à saúde ambiental antes de vir compor a equipe técnica da CGVAM?

(Intuito: Resposta em aberto para captar o tipo de experiência: docência, vigilância epidemiológica, vigilância sanitária e outras. E o nível de atuação federal, estadual ou municipal. Em caso afirmativo denomine a instituição e por quanto tempo?)

II – CONCEPÇÃO ECOLÓGICA E SOCIAL

6. Qual a idéia predominante da relação do homem com a natureza na sociedade brasileira?

- () Visão do homem de dominar a natureza () Outra? Qual
 () Visão de integração do homem com a natureza

Justifique sua resposta, explicitando como e porque.

(intuito: identificar a visão antropocêntrica ou biocêntrica do entrevistado, uma vez que seu pensamento como gestor interfere na sua linha de atuação)

7. Os estudiosos da relação ambiente e saúde categorizam essa relação por meio de modelos, qual deles traduz mais fielmente a proposta da vigilância em saúde ambiental adotada pela SINVSA?

- () Modelo Biológico () Modelo sócio-ecológico
 () Modelo ecológico () Em caso de nenhum dos mencionados citar o modelo:

8. Do seu ponto de vista, os avanços das tecnologias limpas garantem a sobrevivência dos ecossistemas para as gerações futuras? Em caso afirmativo justifique sua resposta, explicitando por que e como acontece?

(Intuito: Identificar a percepção do entrevistado com relação ao desenvolvimento sustentável e sua relação com a saúde).

9. Na sua compreensão o principio da precaução está contemplado entre as ações do SINVSA?

- () Não () Sim, Se Sim de que maneira?

10. Em sua opinião, de quem é a responsabilidade das questões que envolvem a saúde ambiental ?

- () Do Governo de maneira geral () Das estruturas governamentais relacionadas a saúde e o meio ambiente
- () Da sociedade organizada e do setor saúde () Do Governo de maneira geral, da sociedade organizada e do setor saúde

Se outra alternativa, qual?

(intuito: identificar a percepção do entrevistado com relação à amplitude da atuação da saúde ambiental).

III – PROCESSO E CONCEPÇÃO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE AMBIENTAL

11. Qual a concepção de vigilância adotada pelo SINVSA?

- () De Pessoas (epidemiológica) () De Produtos (Sanitárias)
- () Tecnológica () Fatores de risco ambientais
- () Outras, Se outras quais?

12. No seu entendimento porque existem distintas denominações (abordagens) para a Vigilância em Saúde Ambiental?

Por exemplo: Vigilância ambiental em saúde, vigilância em saúde ambiental, vigilância da saúde e meio ambiente etc... Justifique sua resposta

13. Na sua Visão, do ponto de vista conceitual, existe diferença entre Vigilância Ambiental em Saúde e Vigilância em Saúde Ambiental?

(intuito: identificar a percepção do entrevistado com relação a delimitação do seu campo de atuação)

14. Em sua opinião, o contexto externo (internacional) influenciou na conformação da VSA no Brasil? Em caso afirmativo, de que maneira?

15. E quanto ao contexto interno (nacional)? Na sua opinião, de que forma eles influenciaram na construção da VSA pelo Ministério da Saúde?
16. Quais foram os critérios adotados para definir o campo de atuação da Vigilância em Saúde Ambiental?
17. No seu entendimento qual o objetivo (geral e específico) do SINVSA?
18. Quais foram os critérios para implantação dos diversos subcomponentes do SINVSA nas distintas UF?
19. Qual (is) foi (foram) a(s) estratégia(s) utilizada(s) para implantação do SINVSA no Sistema Único de Saúde?
20. Em sua opinião existiram dificuldades durante o processo de Implantação? Em caso afirmativo. Quais?
21. Quais os subcomponentes do SINVSA que avançaram mais rapidamente na sua implantação? Porque?
22. Como vem sendo construído e executado o planejamento das ações do SINVSA desde sua implantação até a atualidade (2007)?
23. A concepção do SINVSA no que se refere a sua estrutura e forma de atuação sofreu alguma alteração no decorrer destes 9 anos de sua existência? Ou seja de 1999 até a atualidade?
- () Não () Sim, Se Sim comente a respeito
24. Quando e como se deu a inserção da área de saúde do trabalhador na VSA?
25. As demais áreas que compõem a SVS têm clareza do campo e forma de atuação do SINVSA? Qual a repercussão deste fato para a VSA

Não

Sim

26. Em sua opinião, houve avanços ou retrocessos para a VSA em decorrência dela esta inserida na Secretaria de Vigilância em Saúde?

Não

Sim, Se Sim Quais?

IV – OPERACIONALIZAÇÃO DO SINVSA

27. Na sua percepção a atual estrutura organizacional (organograma) da CGVAM atende de forma satisfatória as demandas do SINVSA? Justifique sua resposta

Não

Sim

28. No seu entendimento quais as ações do SINVSA que expressam os princípios e diretrizes do SUS?

29. Para se caracterizar um Subsistema o SINVSA necessita de articulação sistemática e integração na implementação de suas ações, isso vem acontecendo de forma rotineira?

Sim

Mais ou menos. Justifique sua resposta.

Não

30. Cite 3 ações de maior relevância que são desenvolvidas de forma integrada?

31. Em sua percepção a IN nº01 de 22/03/2005 expressa de forma fidedigna o SINVSA que vem sendo desenvolvido pela CGVAM? Justifique sua resposta.

32. Ainda tomando por base a IN nº01 que preconiza a atuação do SINVSA em termos de Promoção da saúde, prevenção, precaução e controle dos

fatores de risco ambiental relacionados as doenças, cite três atividades essenciais do SINVSA que caracterizam cada uma dessas ações

(Intuito: perceber qual a compreensão do gestor em relação a forma de atuação da VSA)

Ação	Atividade 1	Atividade 2	Atividade 3
Promoção			
Prevenção			
Precaução			
Controle			

33. O SINVSA possui sistema de informação implantado?

(Atenção: Dependendo da resposta questionar se o SINVSA sendo um único sistema tem necessidade de possuir vários sistemas de informação)

Não

SIM. Se Sim, qual (s)?

34. Quais os indicadores de Saúde Ambiental utilizados pelo SINVSA?

35. Na atualidade o SINVSA possui algum instrumento de monitoramento e/ou avaliação de sua gestão no âmbito do SUS?

Não

SIM. Se Sim, qual?

36. Se possuir instrumento de avaliação cite 3 indicadores de gestão relacionados à:

Estrutura	1-	2-	3-
Processo	1-	2-	3-
Resultado	1-	2-	3-

37. Em sua opinião, os parceiros com quem a CGVAM se articula (intra e inter-setorial) exercem algum tipo de interferência na atuação do SINVSA?

Sim, Se Sim de que maneira?

Não

(Intuito: Identificar alguma possível influencia de diferentes linhas de atuação institucional)

38. Na sua percepção o SINVSA já esta implantado no SUS?

() Não () SIM

() Parcialmente. Justifique sua resposta

39 Na atualidade quais seriam as principais dificuldades que você apontaria para o avanço do SINVSA no SUS?

40 Na sua percepção, o SINVSA avançou nestes 8 anos de sua existência? Se sim cite os 3 principais avanços

() Sim, Se Sim cite os 3 principais avanços () Não

2ª ETAPA DA ENTREVISTA: PERSPECTIVA PARA O SINVSA

1. Em sua percepção a atuação de uma área Saúde Ambiental do Ministério da Saúde deve restringir-se à vigilância em saúde ambiental?

2. Em sua percepção qual a estrutura técnica-operacional necessária para o SINVSA atingir seus objetivos com maior facilidade?

3. Tomando por base a análise documental realizada sobre o SINVSA, montou-se um arranjo operacional agrupando suas atividades em 6 grandes grupos aqui denominados de componentes nucleares. Na sua percepção estes 6 componentes contemplam todas as atividades desenvolvidas pelo SINVSA na atualidade?

Se não, aponte o que esta faltando em termos operacionais.

Do ponto de vista da gestão hierarquize numericamente como você priorizaria estes elementos em termos de atuação.

Componentes nucleares	Classificação
Desenvolvimento da Capacidade operacional das ações de vigilância em Saúde Ambiental	
Monitorização e Avaliação do SINVSA	
Articulação sistemática e Integração das Ações desenvolvidas pelo SINVSA	
Cooperação Técnica Interinstitucional	
Indução e Gestão de Estudos e Pesquisas	

Produção de Informação e Comunicação	
Outros	

4. Do ponto de vista intra-setoriais (dentro do setor saúde) quais as principais atividades que você apontaria a serem desenvolvidas para que o SINVSA atinja mais facilmente seus objetivos?
5. E do ponto de vista intersetorial?
6. Enfaticamente, o que você identificaria como prioritário para aprimoramento do SINVSA?
7. Supondo que você detivesse plenos poderes político-administrativo para decidir sobre uma reorganização Institucional do Ministério da Saúde, qual seria sua proposta para a área de saúde ambiental, visando a plena execução dos seus pressupostos?
8. Qual a sua principal expectativa (perfil de expectativa) como trabalhador desta área de saúde pública?

APÊNDICE B – Termo de Anuência Institucional



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
COORDENAÇÃO GERAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE AMBIENTAL
SCS, Edifício Principal, Quadra 4, Bloco A, 6º andar
Brasília – DF – CEP 70304-000

TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL

Na condição de Coordenador Nacional da Coordenação Geral de Vigilância em Saúde Ambiental – CGVAM autorizo o fornecimento dos dados e informações necessárias à realização da pesquisa “Fortalecendo o Subsistema de Vigilância em Saúde Ambiental: Uma análise Crítica da sua concepção e operacionalização”, de autoria da mestranda Marta Helena Paiva Dantas, orientada pelo Prof. Dr. Pedro Reginaldo dos Santos Prata do Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Declaro que fui esclarecido sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa e sobre a garantia da confidencialidade das informações.

Brasília, 24 de setembro de 2007

Guilherme Franco Netto
Coordenador Geral da CGVAM
Coordenação Geral de Vigilância em Saúde Ambiental

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título da Pesquisa: Fortalecendo o Subsistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental: Uma Análise crítica da sua concepção e operacionalização

Entrevistadora: MARTA HELENA PAIVA DANTAS

Endereço e telefone: Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância em Saúde – Coordenação Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia – CGDEP

SCS, Edifício Principal, Quadra 4, Bloco A, 5º andar, Brasília-DF- CEP: 70.304.000

Fone: (061) 3213-8397; fax: (061) 3213-8404

E-mail: martahelena.dantas@gmail.com

O senhor(a) está sendo convidado a participar do estudo intitulado “Fortalecendo o Subsistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental-SINVSA: Uma Análise crítica da sua concepção e operacionalização”. Para poder participar, é necessário que o senhor(a) leia este documento com atenção.

Este estudo refere-se à pesquisa de minha Dissertação de Mestrado no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. O objetivo do trabalho é construir um modelo teórico-lógico do SINVA a partir da percepção dos seus gestores, sob a orientação da Prof. Doutor Pedro Reginaldo dos Santos Prata.

O propósito deste documento é informá-lo(a) sobre a pesquisa e, se assinado, contém seu consentimento em participar desta etapa do estudo. Sua decisão em participar é voluntária, o senhor (a) pode recusar-se a participar como também pode retirar-se a qualquer momento.

A entrevista receberá um código que substituirá seu nome. Todos os dados coletados serão utilizados tão somente para o fim acadêmico a que se propõe, a saber, elaboração de dissertação de mestrado e publicação científica sobre o assunto em estudo que deverá contribuir para a disseminação do conhecimento científico, para o desenvolvimento metodológico e para sua aplicação no aprimoramento do SINVA.

Declaração de Consentimento

Eu _____ li e discuti com a entrevistadora os detalhes descritos neste documento. Entendo que eu sou livre para aceitar ou recusar e que eu posso interromper minha participação no estudo, através desta entrevista, a qualquer momento sem dar uma razão. Eu concordo que os dados coletados para o estudo sejam usados para o propósito descrito.

Eu entendi a informação apresentada neste termo de consentimento; tive a oportunidade para fazer perguntas, as quais foram respondidas.

Receberei uma cópia assinada e datada deste Documento de Consentimento Informado.

Local e data

Entrevistado

Pedro Reginaldo dos Santos Prata

Orientador

Marta Helena Paiva Dantas

Entrevistadora

APÊNDICE D – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do ISC/ UFBA

Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

PARECER Nº 047-07 / CEP-ISC

Registro CEP: 045-07/CEP-ISC

Projeto de Pesquisa: "Fortalecendo o Subsistema de Vigilância em Saúde Ambiental: Uma análise Crítica da sua concepção e operacionalização"

Pesquisador Responsável: Marta Helena Paiva Dantas
Área Temática: Grupo III

Os Membros do Comitê de Ética em Pesquisa, do Instituto de Saúde Coletiva/Universidade Federal da Bahia, reunidos em sessão ordinária no dia 30 de outubro de 2007, e com base em Parecer Consubstanciado, resolveu pela sua aprovação.

Situação: APROVADO

Salvador, 31 de outubro de 2007.

Leny Alves Bomfim Trad
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa
Instituto de Saúde Coletiva
Universidade Federal da Bahia