

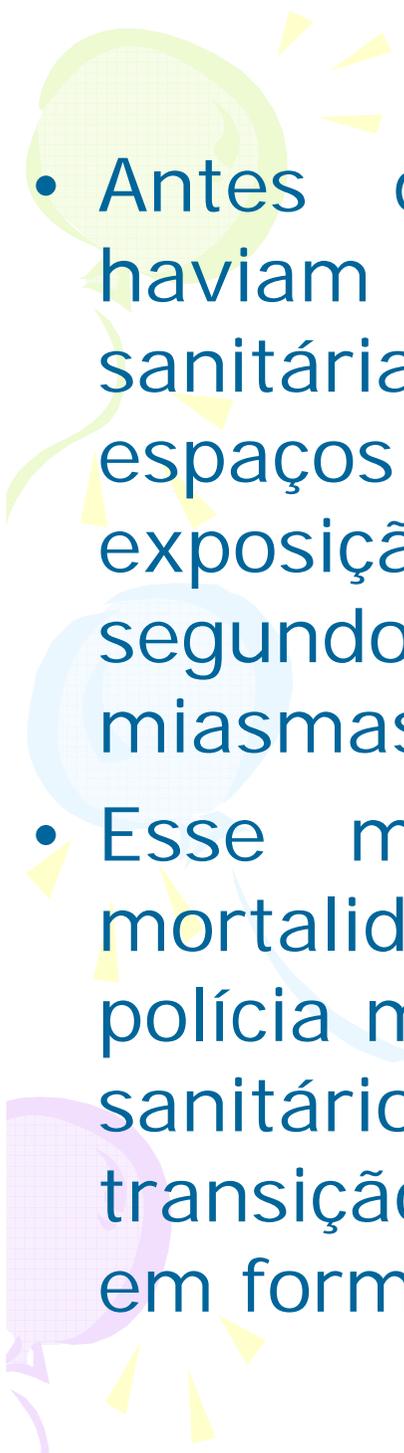
The background features a central white circle containing the text. Surrounding this circle are various abstract, colorful shapes: green and purple curved lines, blue curved lines, and several yellow triangular rays pointing outwards, creating a dynamic and vibrant effect.

Vigilância em Saúde

Vigilância em Saúde

Histórico

A prática da VE, com as características atuais, teve início na Europa no século XIX, a partir da organização da saúde pública e de modelos de registro e classificação de doenças. Objetivavam identificar epidemias com grande potencial de difusão e letalidade que acompanharam a urbanização e a etapa inicial da industrialização na Europa, visando proteger os interesses dos grupos dominantes, que precisavam de tempo para se afastarem das cidades em perigo. (W. Farr).

- 
- Antes desta modalidade de vigilância, já haviam regulamentadas ações de fiscalização sanitária com a finalidade de reordenar os espaços de trabalho e de moradias, reduzindo a exposição das pessoas a lugares insalubres, segundo as concepções de higiene e teoria dos miasmas.
 - Esse modelo justifica-se pela redução da mortalidade e assegurar a força de trabalho - polícia médica - e foi importante no movimento sanitário que deu início ao processo de transição demográfica nos centros industriais em formação.

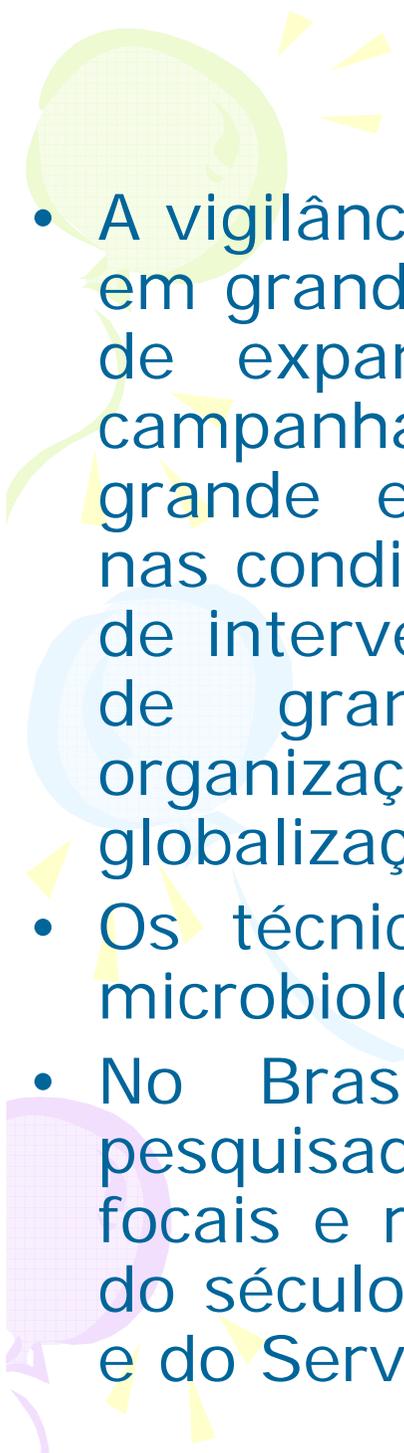
Modelos

- A teoria da infecção e descoberta de muitos agentes causais de doenças e seus modos de transmissão possibilitou outras formas de controle, que não dependiam de reformas nas cidades e no processo de trabalho.
- A VE inicialmente restrita as enfermidades transmissíveis tinha como principal instrumento a notificação. Se identificado um caso ou um surto, seguiam-se ações de investigação, identificação do agente infeccioso, isolamento físico do doente e controle focal.
- A lista de agravos de notificação identificando doenças como problemas de saúde, refletiam a necessidade de controlar epidemias que poderiam provocar crises sociais e limitar a expansão econômica, mascarada pelo aumento das cidades e intensificação do comércio internacional e intensificação de pessoas e mercadorias.



Doenças de Notificação

- -febre amarela
- -varíola
- -malária
- -cólera
- -tifo transmitido por piolho
- -febre tifóide
- -escarlatina
- -difteria
- -peste
- -tuberculose

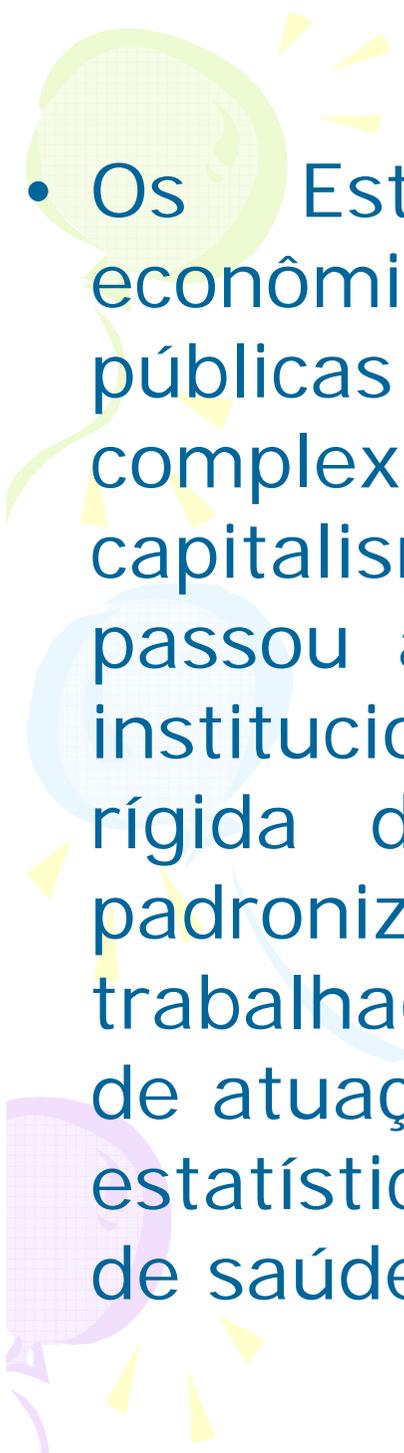


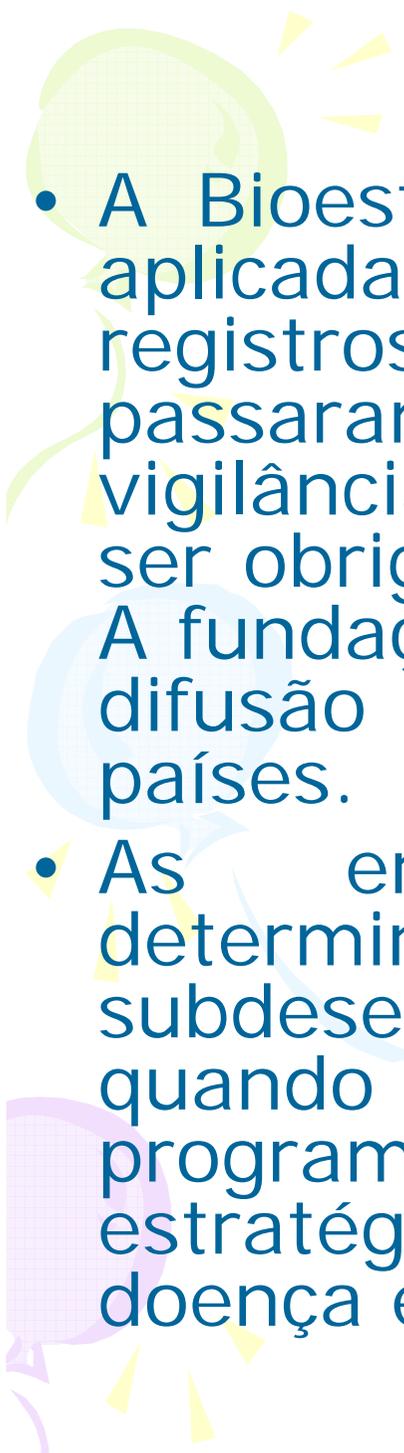
Vigilância e controle

- A vigilância e o Controle focal de processos epidêmicos, em grandes centros urbanos, portos e principais frentes de expansão capitalistas, organizadas a partir de campanhas sanitárias temporárias, apresentaram grande efetividade independente de transformações nas condições de vida e trabalho. Tornou-se um modelo de intervenção estratégico, reconhecido e disseminado de grande importância para reprodução das organizações sociais, naquele primeiro ciclo de globalização.
- Os técnicos de saúde pública tinham formação em microbiologia, higiene e imunologia.
- No Brasil o IOC formou diversas gerações de pesquisadores que atuaram em campanhas sanitárias focais e reduziram o impacto das epidemias no início do século XX, seguindo orientação do Instituto Pasteur e do Serviço de Saúde do Exército dos EUA.

Mudanças de Modelos

- A grande pandemia de gripe de 1918, que acarretou mais de dez milhões de mortes, distribuídas por todos os países, por todas as idades, classes sociais, antecipou, a incapacidade do modelo focal de vigilância e controle de doenças, de prever, controlar ou mesmo limitar o impacto das epidemias que eventualmente viessem a circular nas redes urbanas integradas, que vieram a ser características das organizações sócio-espaciais do século XX.

- 
- Os Estados assumiram o planejamento econômico e social, através de políticas públicas a partir de corporações burocráticas complexas, próprias do período "FORDISTA" ou capitalismo monopolista, o controle de doenças passou a ser realizado através de programas institucionais permanentes, caracterizados pela rígida divisão técnica do trabalho, práticas padronizadas e vínculo permanente do trabalhador de saúde com a corporação estatal de atuação em todo território nacional. Técnicas estatísticas foram adaptadas para os serviços de saúde.

- 
- A Bioestatística e a Epidemiologia descritiva aplicada às análises de dados obtidos de registros contínuo e técnicas de programação passaram a ser essenciais na prática da vigilância e controle de doenças, passando a ser obrigatório nos currículos dos sanitaristas. A fundação Rockefeller tem papel destacado na difusão do modelo no Brasil e em outros países.
 - As enfermidades eram consideradas determinantes e resultantes da condição de subdesenvolvimento e as ações de controle quando implementadas com técnica de programação e cobertura adequada seriam estratégicas e eficientes no ciclo vicioso da doença e pobreza.

Vigilância em Saúde

- A competição entre as superpotências na segunda metade do século XX incluiu a preocupação com o desenvolvimento dos países periféricos em suas áreas de influência, resultando em propostas de apoio externo a programas de controle e erradicação de endemias consideradas capazes de reduzir a produtividade de trabalhadores, utilizando transferências de tecnologias e financiamento dos países centrais para países dependentes.
- Nesse contexto a VE passou a ser reconhecida como etapa essencial dos programas verticais para consolidação dos resultados.
- O modelo de controle de doenças proposto pela OMS, as atividades de vigilância e controle deveriam ser integradas, com conhecimento epidemiológico orientando as práticas de controle e estas definindo as necessidades de coleta e análise de informação.

- **A erradicação da malária** -a vigilância se aplicava à detecção de casos, o potencial de transmissão em diferentes áreas, a partir da análise de suas condições de vulnerabilidade e receptividade. Esta abordagem pode ser considerada precursora da **vigilância de base territorial**, integrando componentes de vigilância de casos e fatores ambientais.
- **O modelo institucional burocrático e centralizado**, orientado para aplicação de medidas de controle simples e padronizadas, não promoveu o desenvolvimento de propostas de intervenção baseadas em análises de situação epidemiológica particulares. Os conhecimentos dos determinantes de saúde era um recurso indispensável para o planejamento e programação das atividades de controle. **Antibióticos, quimioterápicos e inseticidas** de ação residual, resultou em um modelo onde os sistemas de informação eram orientados para os indicadores operacionais de cobertura, concentração e rendimento de ações de controle.

Vigilância Epidemiológica

- No Brasil a primeira experiência de sistema de informação para vigilância articulado com ações programáticas de controle de agravo ocorreu c/ Programa Nacional de Erradicação da Varíola.
- De 1968-1973 foi implementado um modelo ajustado às características do País (FSESP).
- Ações de controle por vacinas eram orientadas p/ informações das unidades de vigilância e as práticas de saúde tinham qualidade, oportunidade e coberturas adequadas sendo indispensáveis p/ consolidação da interrupção da varíola em grandes populações. A vigilância da varíola terminou após eliminação da doença, 1977.

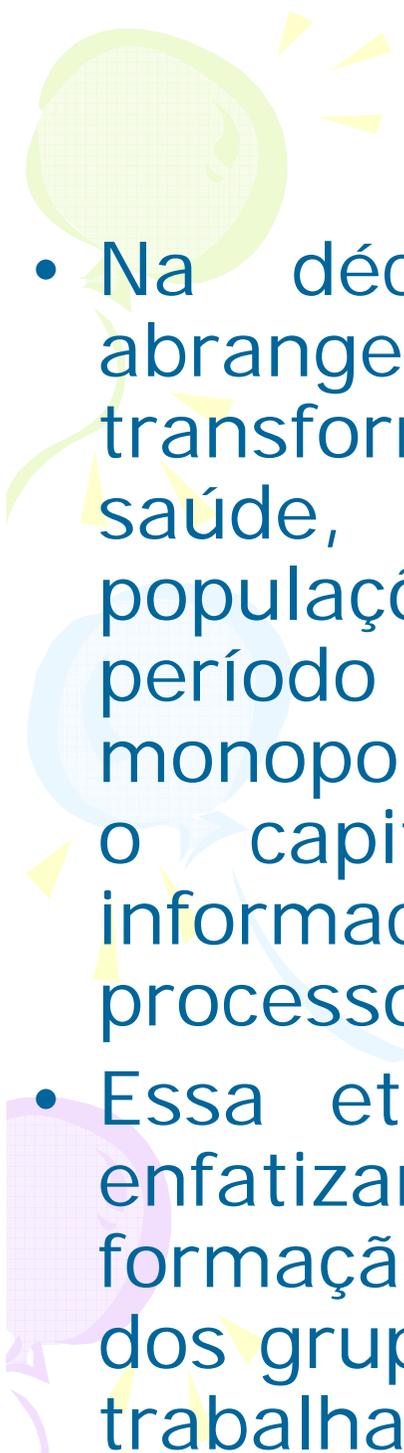


Vigilância em Saúde

- Na década de setenta os serviços de vigilância de programas verticais já pareciam obsoletos e a vigilância estava sendo redefinida.
 - O modelo de transição epidemiológica justificava a prioridade dada ao controle da DT.
 - O sucesso da vigilância, controle e erradicação da varíola no mundo levou a **21º Assembléia Mundial Saúde da OMS**, em 1968, a ampliar o conceito de Vigilância de Saúde para outros agravos além das DT.
 - A vigilância como componente de informação havia sido definida por Langmuir(1963) como ***análise atualizada e contínua da distribuição e tendência da incidência, através da coleta, consolidação e avaliação sistemáticas dos registros de morbidade, mortalidade e outros dados relevantes.***
- 

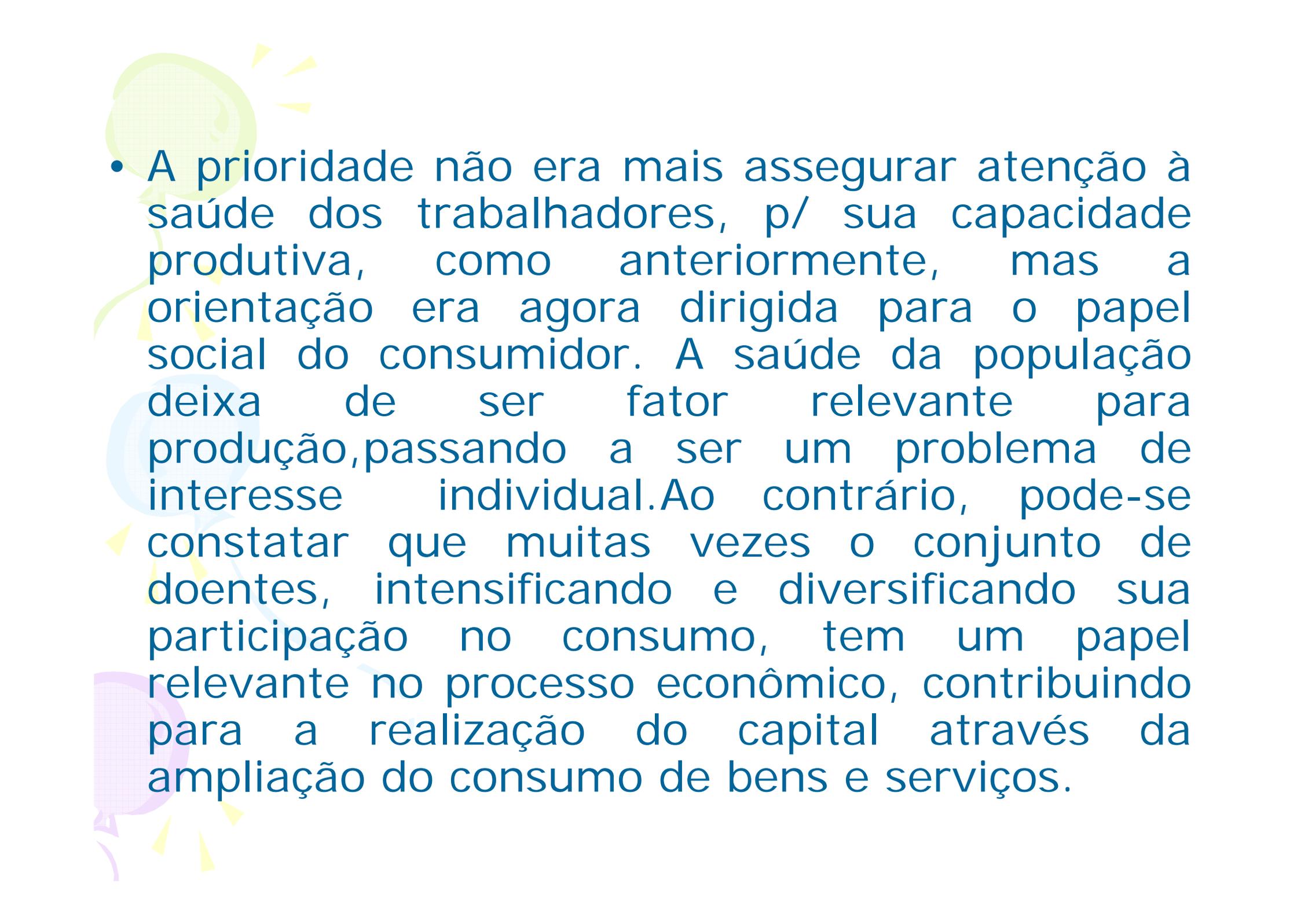
Modelo do CDC de VS

- Vigilância como componente inteligência em saúde pública, centrada no processamento, análise e divulgação de informações, com a função de orientar as diferentes estratégias de atenção à saúde, mas separada das ações de controle de agravos, passou a prevalecer nos EUA.
- Considerando a vigilância como uma função de saúde pública, distinta da Epidemiologia, esta deve ser entendida como disciplina científica. Tracker & Berkelman entenderam em 1988, utilizar o termo vigilância em saúde pública (VSP) em lugar de VE.



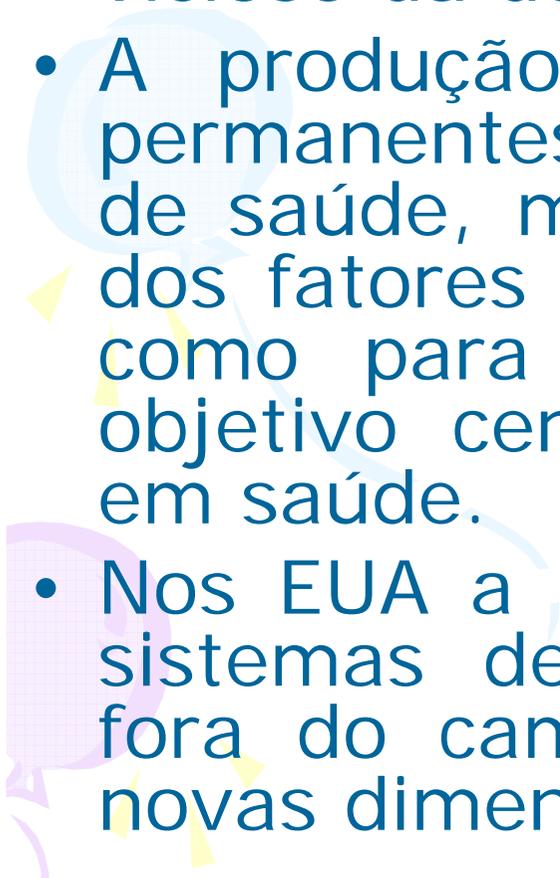
VS - proposta atual

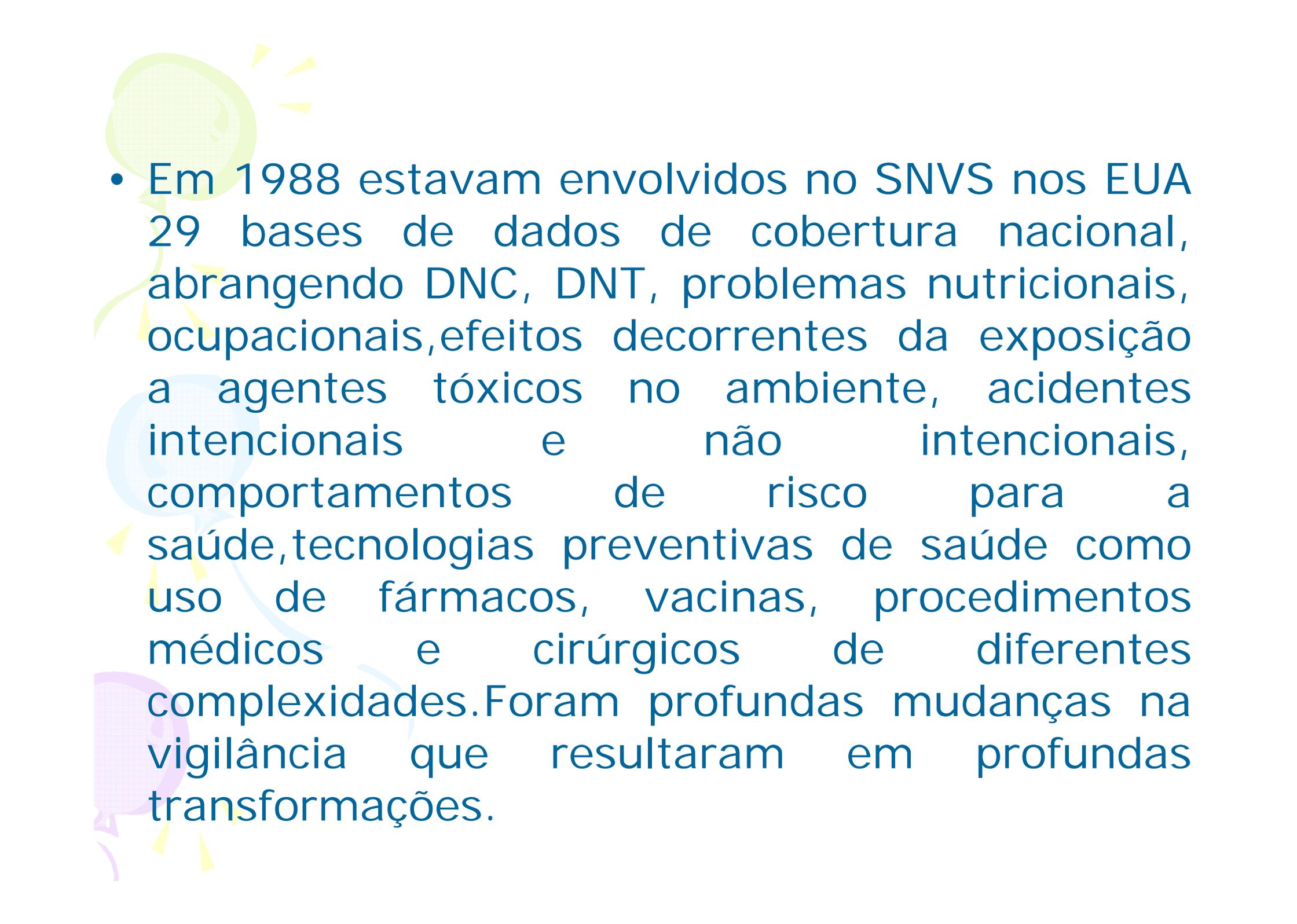
- Na década de oitenta o conceito mais abrangente de vigilância, acompanhava as transformações que ocorriam nos serviços de saúde, nos perfis epidemiológicos das populações, na percepção de saúde durante o período de transição do capitalismo monopolista de estado p/uma outra conjuntura, o capitalismo pós-fordista /téc.-científico-informacional. O uso intensivo da informação no processo produtivo e no controle social.
- Essa etapa é descentralizada na sociedade, enfatizando pessoas p/comunicação na formação de opinião pública, em detrimento dos grupos sociais/representações sindicais dos trabalhadores

- 
- A prioridade não era mais assegurar atenção à saúde dos trabalhadores, p/ sua capacidade produtiva, como anteriormente, mas a orientação era agora dirigida para o papel social do consumidor. A saúde da população deixa de ser fator relevante para produção, passando a ser um problema de interesse individual. Ao contrário, pode-se constatar que muitas vezes o conjunto de doentes, intensificando e diversificando sua participação no consumo, tem um papel relevante no processo econômico, contribuindo para a realização do capital através da ampliação do consumo de bens e serviços.



Fatores de Risco

- Em função dessas transformações sociais no campo da saúde um novo modelo epidemiológico dos fatores de risco deslocou em menos de vinte anos, a teoria do ciclo vicioso da doença e da pobreza.
 - A produção e divulgação de informações permanentes e atualizadas sobre condições de saúde, mas também sobre a distribuição dos fatores de risco, tanto para os gestores como para a sociedade, passou a ser o objetivo central dos sistemas de vigilância em saúde.
 - Nos EUA a nova SP utiliza dados de muitos sistemas de informação, alguns dos quais fora do campo da SP, tentando incorporar novas dimensões à saúde.
- 

- 
- Em 1988 estavam envolvidos no SNVS nos EUA 29 bases de dados de cobertura nacional, abrangendo DNC, DNT, problemas nutricionais, ocupacionais, efeitos decorrentes da exposição a agentes tóxicos no ambiente, acidentes intencionais e não intencionais, comportamentos de risco para a saúde, tecnologias preventivas de saúde como uso de fármacos, vacinas, procedimentos médicos e cirúrgicos de diferentes complexidades. Foram profundas mudanças na vigilância que resultaram em profundas transformações.



Vigilância ampliada

- **São elementos essenciais à VS:**
 - Definição de objetivos
 - Considerar os aspectos legais e éticos
 - Definição de fontes de informação
 - Bases de dados a ser utilizada
 - Diferentes métodos de coleta de dados;
 - Diferentes sistemas de vigilância que podem ser utilizados;
 - Métodos para avaliação dos sistemas e as estratégias para sua melhoria
- 



- Em resumo, esse modelo ampliado nos EUA tem duas orientações principais:

- -sua proposta de organização e os atores sociais para os quais direciona as informações resultantes de suas análises: **a segurança da população e a promoção da saúde.**

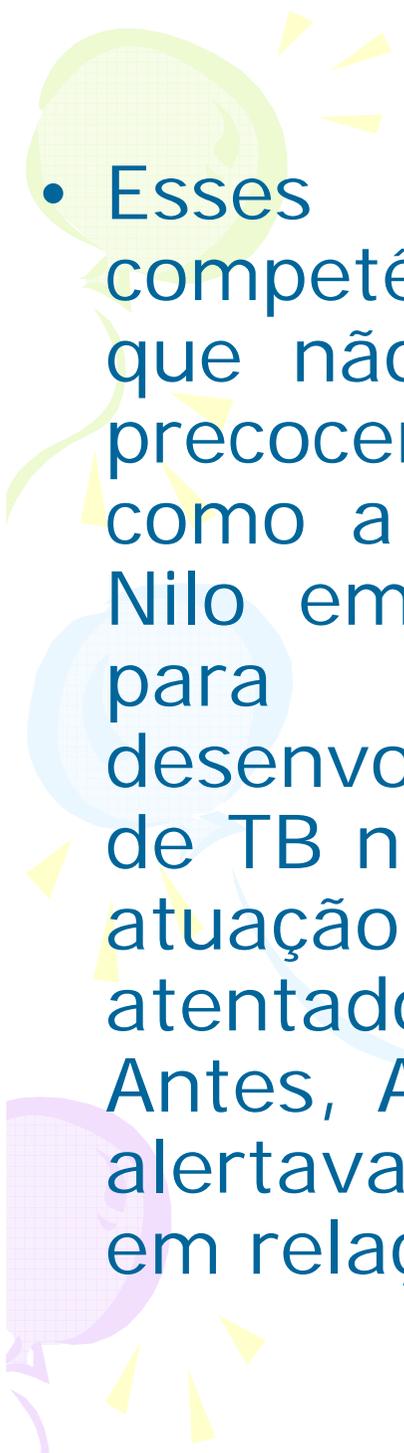
- **Além da concepção integrada sistêmica, articulando diferentes sistemas de informação e instituições de saúde.**





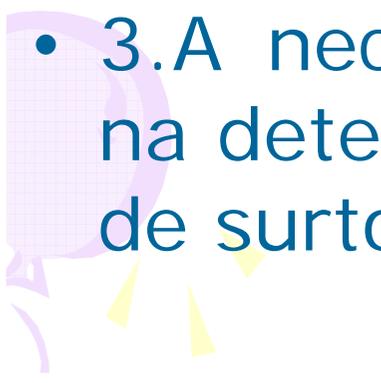
Promoção da Saúde

- Ênfase no monitoramento e na divulgação de informações relacionadas a fatores de risco relativos às **DCV** e certas formas de **câncer**, procurando alterar estilo de vida implicados no processo patogênico, resultou numa importante redução da morbimortalidade por esses agravos;
 - Entretanto o aumento da **obesidade**, o **crescente impacto da diabetes**, a **grande prevalência da adição de drogas entre jovens**, a **freqüência da depressão entre os idosos**, a **inaceitável mortalidade por agressões com armas de fogo**, a **disseminação do sofrimento difuso**, em grupos **vulneráveis**, e de **medo em toda a população**, são **indicadores de condição de malestar** que coloca em questão o conceito de saúde, em uma sociedade submetida a grande pressão para aumentar o consumo, c/ capacidade do sistema hegemônico de **vigilância –promoção** da saúde ao menos concentrar o foco nos problemas de maior relevância.
- 

- 
- Esses modelo entretanto tem sua competência questionada quando demonstra que não foi capaz de identificar e bloquear precocemente a propagação de uma doença como a AIDS, a introdução da encefalite do Nilo em Nova York e sua posterior difusão para vários estados e países, o desenvolvimento de formas multirresistentes de TB na população, a dificuldade de conter a atuação de agentes de bioterrorismo após os atentados contra as Torres de Nova York. Antes, Academia de Ciências de Nova York já alertava para vulnerabilidade da população em relação as DT.



Doenças emergentes

- Neste período foi proposto o conceito de doenças emergentes e tem início o debate sobre o modelo de vigilância e contenção mais adequado para tratar esses problemas.
 - Nova modalidade de vigilância:
 - 1.Vinculação com tecnologias inovadoras em biotecnologia;
 - 2.A atenção rigorosa com a questão da biossegurança;
 - 3.A necessidade de cooperação internacional na detecção, investigação de foco e contenção de surtos.
- 



Globalização

- A segurança epidemiológica e sanitária dos países passou a depender da organização de seus sistemas de vigilância em saúde e da consolidação de uma rede de núcleos de vigilância distribuídos em diferentes países, constituindo um cinturão de segurança, além de sua capacidade de mobilizar equipes táticas de investigação epidemiológica e contenção para atuarem em seus territórios.
- 

Sistema de VS do Brasil

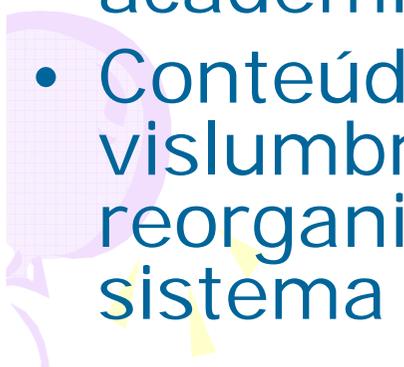
- A construção do SNVS do Brasil é um processo que acompanha o projeto da Reforma Sanitária e da construção social do SUS.
- Inicia a partir da implantação do modelo preventivista, no fim dos anos sessenta, nos currículos das faculdades de medicina e das duas escolas de saúde pública. Essas instituições foram importantes na incorporação e reprodução ainda que tardia, do modelo utilizado nos EUA. Ênfase no método epidemiológico, bioestatística e técnicas de programação contrastava com as práticas nos serviços de saúde pública, ainda orientados nos marcos de higiene, microbiologia e campanhas sanitárias.

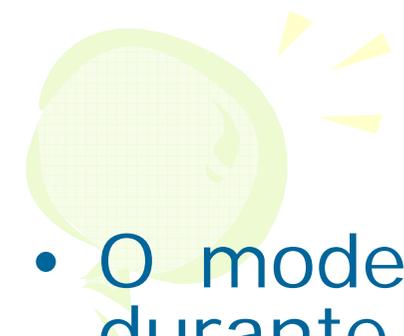
- 
- O Brasil inicia sua industrialização desde a década de cinquenta, acompanhado do fluxo populacional urbano- rural e da região NE para SE. Nos anos setenta, durante a ditadura, a integração do seu território por rodovias e a concentração de investimentos em um número restrito de polos de desenvolvimento produziu grandes deslocamentos populacionais, acompanhados de agravamento de problemas de saúde nos centros urbanos e nas frentes de expansão agrícolas.
 - A mortalidade infantil aumentou e diversas epidemias foram registradas nas cidades: pólio, doença meningocócica, leptospirose, sarampo, hepatites ..

- Em resposta à crise o Governo iniciou um processo de extensão de cobertura das ações básicas de saúde e da atenção médica. Em 1973 criou o PNI e em 1975 implantou o Sistema Nacional de Saúde e como seus componentes o SVE, o SVS e o SIM, todos de abrangência nacional, coordenados pelo MS e participação dos três níveis de governo e apoio da OPS. Foram criados os Dias Nacionais de Vacinação e incentivados treinamentos em larga escala de pessoal de serviços de saúde em vigilância e controle de doenças. Foi decisivo a cooperação Academia/Serviços.

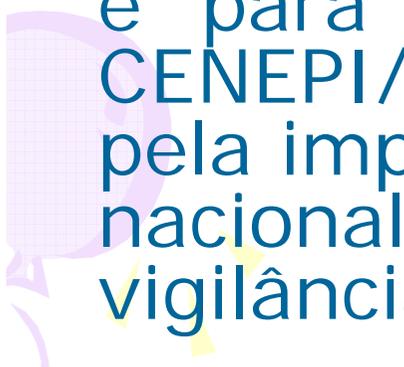


ABRASCO

- A colaboração Serviços-Academia ficou fortalecida com ABRASCO que elaborou propostas p/ priorizar a vigilância e o uso da epidemiologia nos Serviços, a necessidade de descentralização e a construção de sistemas de informação que permitisse a análise das condições de vida e saúde nos municípios, a partir dos marcos conceituais do pensamento latino americano em epidemiologia social.
 - A modalidade da vigilância em saúde do trabalhador passou a ter destaque no debate acadêmico e político.
 - Conteúdos teóricos metodológicos vislumbravam grandes transformações na reorganização do modelo assistencial do sistema de saúde brasileiro.
- 



Sistema de Saúde

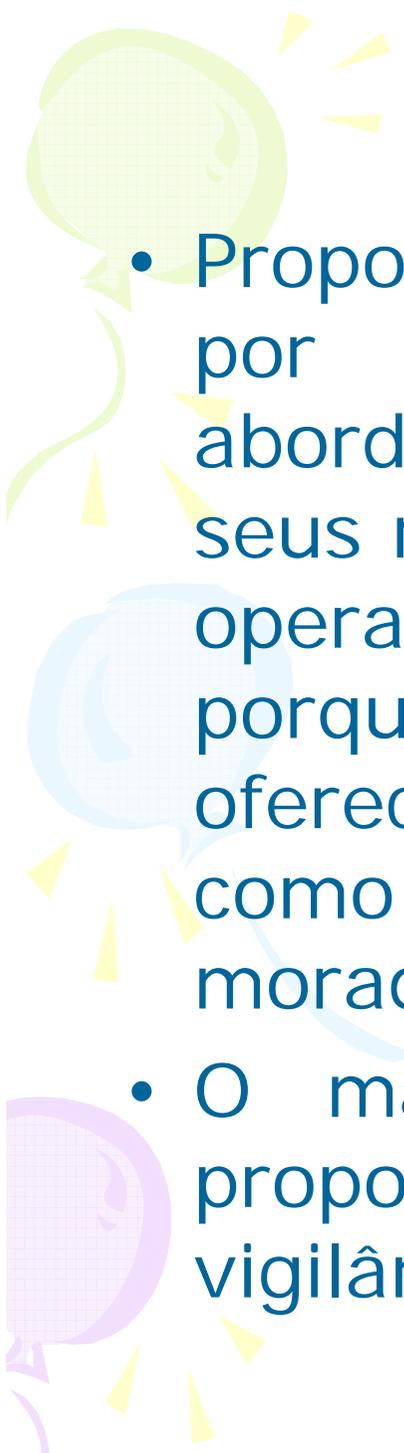
- O modelo de saúde que resultou dos debates durante a VI Conferência Nacional de Saúde e da regulamentação do SUS consolidou a mesma proposta de sistemas de vigilância tradicionais e não integrados da década de setenta.
 - A VE das DT, a VS e VST foram as modalidades que melhor demarcaram seu campo de atuação.
 - Os avanços que puderam ser constatados na década de noventa foi a reorganização do SNVE e para isso foi criado a nível ministerial o CENEPI/FUNASA c/ autonomia para responder pela implementação de projetos de abrangência nacional e apoio ao desenvolvimento da vigilância nos estados e municípios.
- 

SNVE

- A proposta é avançada e contempla a integralidade do Sistema Nacional de Saúde assegurando a autonomia dos seus componentes para atender a diversidade do País, mas ao contrário do discurso, que apontava para um sistema de vigilância sanitária inteligente aos moldes do CDC, o projeto implementado no SUS foi orientado para o modelo tradicional de vigilância em saúde como componentes de programas de controle de doenças.
- Foi implantado o SINAN capaz de articular redes de unidades dos diferentes níveis do sistema de saúde, com ênfase na notificação de casos e DT.

SINAN

- O SINAN não se mostrou um instrumento adequado para orientar ações de controle de doenças nos diferentes níveis do SUS, limitando-se ao registro, fluxo de informações e tabulação de dados sobre casos de doenças de notificação obrigatória, mas tem integração sistêmica e grande potencial de incorporação e difusão de inovações tecnológicas na rede de serviços de saúde.
- A vigilância orientada para controle de doenças foi reformulada e suplantada por outros, que podemos denominar de controle de transferência de fundo e atribuições de responsabilidades.

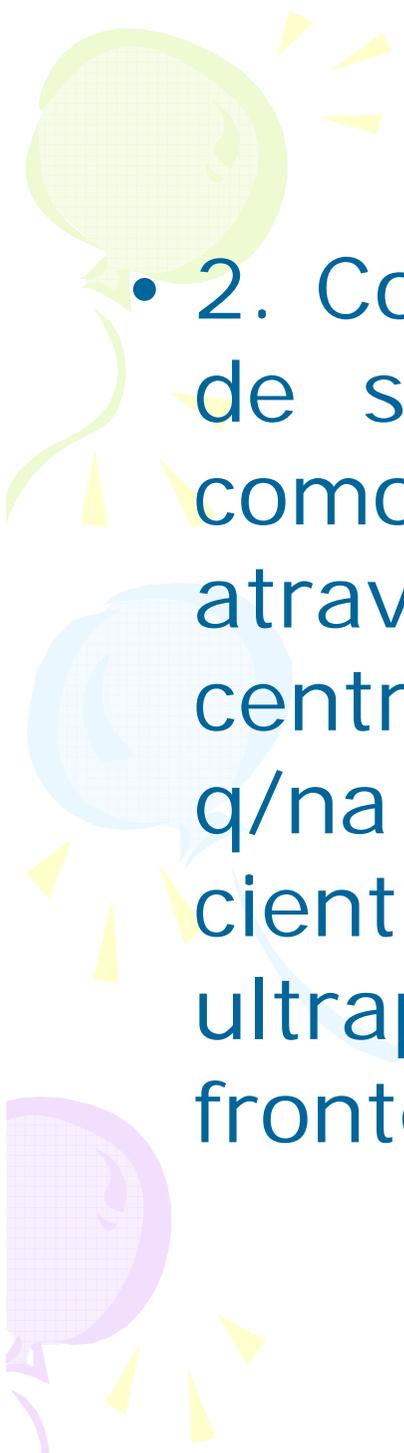


Vigilância ambiental

- Proposta inovadora e coerente apoiada por desenvolvimento científico e abordagem interdisciplinar da saúde e seus riscos ainda não consolidou o modelo operacional na rede de serviços, talvez porque o SVS ainda fragmentado não oferece espaços para mobilizar áreas como educação, ambiente, trabalho, moradia e seguridade social.
- O mais importante do SNVS foi sua proposta de financiamento das ações de vigilância e controle de doenças do SUS.

Funções da vigilância e controle de doenças no SUS

- 1. Promoção-entendida como procedimento efetivo de transferência de informação e atribuições para atores institucionais locais e indivíduos singulares, contribuindo para viabilizar o controle difuso de problemas de saúde através de mudanças de comportamento e participação popular, e de modo coerente com as diretrizes da nova conjuntura, limitando as responsabilidades das agências de governo central, nacional e internacional e desonerando a reprodução do capital no circuito econômico principal.

- 
- 2. Controle estratégico de problemas de saúde emergentes ou definidos como prioritários, implementando através de ações programáticas em centros políticos, técnicos de decisão, q/na conjuntura do capitalismo técnico-científico-informacional globalizado ultrapassam muitas vezes as fronteiras dos territórios nacionais.

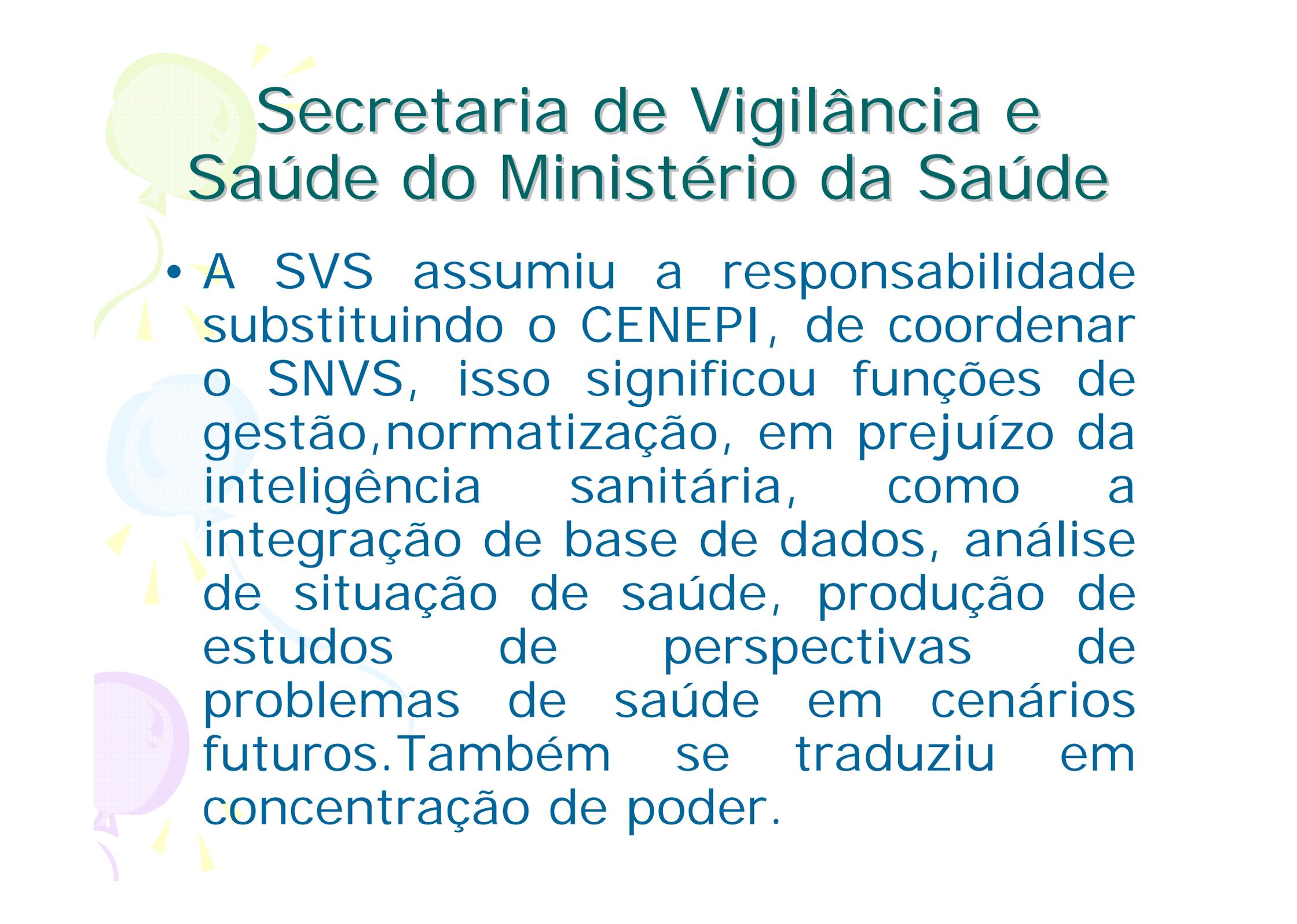
ANVISA

- A criação da Agência Nacional de vigilância Sanitária, apartada do SNVS, com autonomia administrativa e orientada para a regulamentação de produtos industrializados e procedimentos de saúde, seguramente capazes de incorporar inovações tecnológicas de grande interesse para o capital nacional e internacional, veio atender os interesses dos setores envolvidos na expansão e regulamentação do comércio internacional. Criou vagas de trabalho em todos níveis do SUS.



VIGISUS

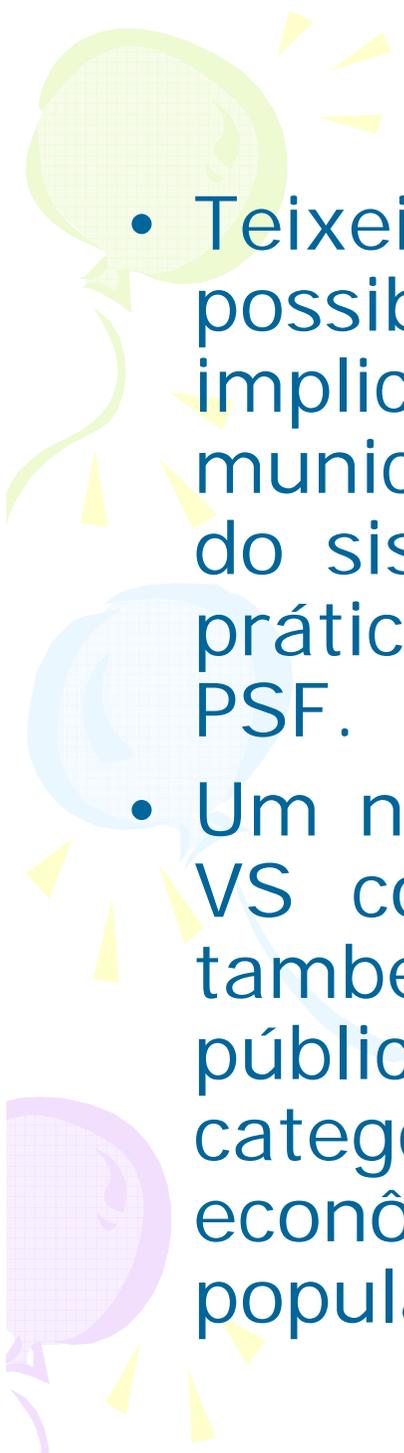
- O VIGISUS financiado pelo Banco Mundial efetivou a integração do SNVS no cinturão de segurança , internacional da VE e resultou na acumulação de competência técnica de doenças emergentes, e principalmente no apoio financeiro à consolidação dos serviços estaduais e municipais de vigilância em saúde. Também proporcionou a investigação de eventos inusitados.



Secretaria de Vigilância e Saúde do Ministério da Saúde

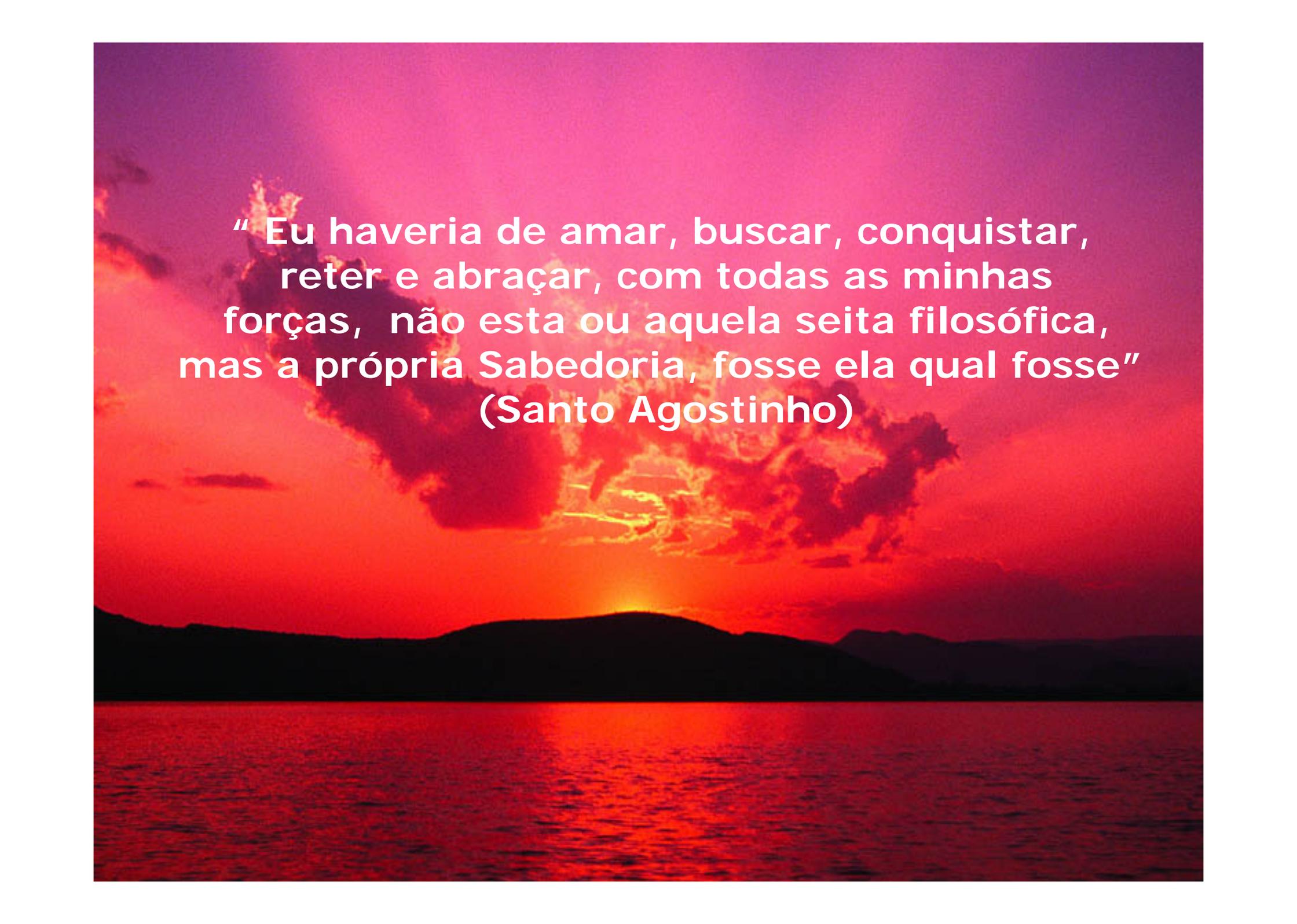
- A SVS assumiu a responsabilidade substituindo o CENEPI, de coordenar o SNVS, isso significou funções de gestão, normatização, em prejuízo da inteligência sanitária, como a integração de base de dados, análise de situação de saúde, produção de estudos de perspectivas de problemas de saúde em cenários futuros. Também se traduziu em concentração de poder.

- 
- Para Sabroza os sistemas de vigilância em saúde, além de priorizar a vigilância de agravos e doenças, incorporem a análise da tendência das condições de vida e das ações de saúde sobre o bem estar das populações, destacando a identificação de grupos sociais vulneráveis que tiveram recentemente retrocessos nas suas condições de vida e de acesso a serviços de saúde.

- 
- Teixeira(1998)chama atenção sobre novas possibilidades advindas do SUS, que implicam em uma autonomia da esfera municipal na gestão técnica e financeira do sistema de saúde, consorciada a uma prática de atenção integral baseada no PSF.
 - Um novo eixo aponta para construção de VS como prática e como sistema, mas também como um campo teórico da saúde pública, que integre questões que vão das categorias biológicas e ambientais às econômicas e sociais do indivíduo ao populacional do local ao global.

Conclusões

- -Capacitação da vigilância em todos os níveis do SUS
- -Capacitação de docentes para novas tecnologias de ensino à distância.
- -A inclusão da VS nas vigilâncias;
- -Programação do projeto de formação de profissionais em médio e longo prazo de forma a não comprometer o processo;
- -Mestrado profissionalizante;



**“ Eu haveria de amar, buscar, conquistar,
reter e abraçar, com todas as minhas
forças, não esta ou aquela seita filosófica,
mas a própria Sabedoria, fosse ela qual fosse”
(Santo Agostinho)**