

Gestão da Vigilância à Saúde:

**contribuições para
profissionais e gestores**

(2ªEd)

MAICON HENRIQUE LENTSCK



Caros alunos,

Esse ebook é um pdf interativo. Para conseguir acessar todos os seus recursos, é recomendada a utilização do programa Adobe Reader 11.

Caso não tenha o programa instalado em seu computador, segue o link para download:

<http://get.adobe.com/br/reader/>

Para conseguir acessar os outros materiais como vídeos e sites, é necessário também a conexão com a internet.

O menu interativo leva-os aos diversos capítulos desse ebook, enquanto as setas laterais podem lhe redirecionar ao índice ou às páginas anteriores e posteriores.

Nesse *pdf*, o professor da disciplina, através de textos próprios ou de outros autores, tece comentários, disponibiliza links, vídeos e outros materiais que complementarão o seu estudo.

Para acessar esse material e utilizar o arquivo de maneira completa, explore seus elementos, clicando em botões como flechas, linhas, caixas de texto, círculos, palavras em destaque e descubra, através dessa interação, que o conhecimento está disponível nas mais diversas ferramentas.

Boa leitura!



SUMÁRIO



APRESENTAÇÃO

Prezados(as),

Apresenta-se o *e-book* para enriquecer os conteúdos desenvolvidos na disciplina Gestão da Vigilância à Saúde da Especialização Gestão Pública em Saúde. É mais um material que embasa as discussões na disciplina, utilizado como uma fonte de estudo dinâmico.

O texto segue a sequência das unidades desenvolvidas na disciplina. Nele, apresenta-se o processo de institucionalização da Vigilância à Saúde no Brasil, ampliando os horizontes sobre a concepção de um modelo de atenção à saúde baseado na vigilância, a importância da prevenção do risco para o desenvolvimento da Vigilância à Saúde e seu contexto no Sistema Único de Saúde (SUS). Num segundo momento apresenta-se a organização dos Sistemas Nacionais de Vigilância à Saúde no Brasil e, por fim, aborda-se, de maneira sucinta mas não menos importante, os desafios a serem suplantados e as perspectivas para a Vigilância à Saúde no Brasil e sua significação no momento de uma pandemia.

Espera-se que o material auxilie no aprofundamento do conhecimento para explorar mais e melhor a temática da disciplina.

Boa leitura!

1. Vigilância à Saúde no Brasil: histórico e conceitos

1.1 A concepção ampliada de Vigilância à Saúde

Na consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), os debates privilegiaram e destacaram propósitos de racionalizar formas de financiamento e gestão, ficando paralelo às discussões sobre os modelos assistenciais e as disputas entres os diversos modelos existentes (TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 1998).

Como modelos assistenciais entende-se como as formas e organização tecnológica do processo de prestação dos serviços de saúde (TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 1998).

Diversas conferências importantes, como Alma-Ata (1978), Ottawa (1986) e Bogotá (1992), e a 10ª Conferência Nacional de Saúde (1996), apresentam, em documentos, base, princípios e diretrizes gerais que norteiam novas iniciativas para a construção de modelos assistenciais coerentes e viáveis para a problemática de cada município, diante da disponibilidade dos serviços e recursos. (TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 1998), e capazes de traduzir a necessidades de saúde atuais.

Os modelos assistenciais à saúde desenvolvidos são fundamentados, a depender da época vivida, da concepção do que se entende por saúde e doença, das tecnologias disponíveis e das políticas que priorizam os problemas a serem enfrentados pelo campo da saúde.

No Brasil, o emprego de alguns modelos assistenciais confunde-se com as políticas de saúde e sistemas de saúde implementados.

Políticas de Saúde e seus modelos assistenciais:

Ações dos guardas sanitários, organização de campanhas contra epidemias que resultou em um modelo de ação sanitarista;

Políticas previdenciárias e por assistência à saúde dos sistemas anteriores ao SUS (CAPs, IAPs, INPS, INAMPS) com sua determinação de um raciocínio clínico categoricamente biomédico (SILVA JÚNIOR; ALVES, 2007), expressando o modelo curativista;

CAPs – Caixas de Aposentadorias e Pensões

IAPs – Institutos de Aposentadorias e Pensões

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

Propostas contemporâneas e estruturantes já no SUS como APS, ESF que apontam para outra direção, a do modelo fundamentado na Vigilância à Saúde. A Figura abaixo explora essa ideia.

APS – Atenção Primária à Saúde

ESF – Estratégia Saúde da Família

Instituto Nacional de Assistência Médica da
Previdência Social (INAMP)

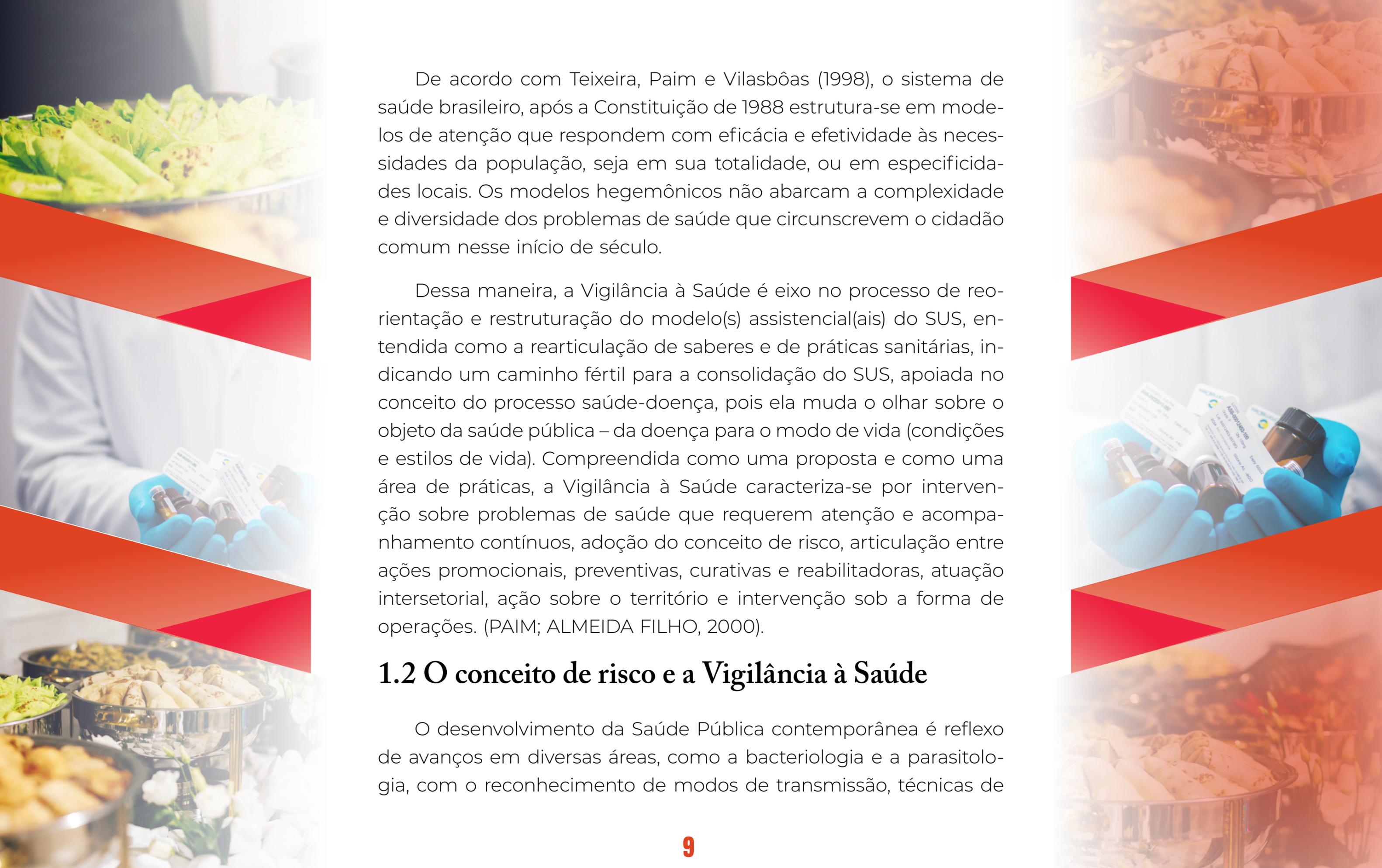
Terminologia da Atenção Primária à Saúde

Quadro 1 - Modelos assistenciais e a Vigilância à Saúde

Tipo de modelo	Sujeitos	Objetos	Formas de organização do Sistema de Saúde
Médico-assistencial privativista	Médico: - Especialização - Complementaridade (paramédico)	Doença (patologia e outras) Doentes (clínica e cirurgia)	Redes de serviços de saúde Hospital
Sanitarista	Sanitarista: - auxiliares	Modos de transmissão Fatores de risco	Campanhas sanitárias Programas especiais Sistemas de vigilância epidemiológica e sanitária
Vigilância da saúde	Equipe de saúde População (cidadãos)	Danos, riscos, necessidades e determinantes dos modos de vida e saúde (condições de vida e trabalho)	Políticas públicas saudáveis Ações intersetoriais Intervenções específicas (promoção, prevenção e recuperação) Operações sobre problemas e grupos populacionais

Fonte: TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS (1998).

Os modelos assistencial, curativista e sanitarista recebem críticas pela forma de enfrentar os problemas de saúde, além de crise em sua concepção, agravadas pela urbanização, transição epidemiológica e envelhecimento da população brasileira.



De acordo com Teixeira, Paim e Vilasbôas (1998), o sistema de saúde brasileiro, após a Constituição de 1988 estrutura-se em modelos de atenção que respondem com eficácia e efetividade às necessidades da população, seja em sua totalidade, ou em especificidades locais. Os modelos hegemônicos não abarcam a complexidade e diversidade dos problemas de saúde que circunscrevem o cidadão comum nesse início de século.

Dessa maneira, a Vigilância à Saúde é eixo no processo de reorientação e reestruturação do modelo(s) assistencial(ais) do SUS, entendida como a rearticulação de saberes e de práticas sanitárias, indicando um caminho fértil para a consolidação do SUS, apoiada no conceito do processo saúde-doença, pois ela muda o olhar sobre o objeto da saúde pública – da doença para o modo de vida (condições e estilos de vida). Compreendida como uma proposta e como uma área de práticas, a Vigilância à Saúde caracteriza-se por intervenção sobre problemas de saúde que requerem atenção e acompanhamento contínuos, adoção do conceito de risco, articulação entre ações promocionais, preventivas, curativas e reabilitadoras, atuação intersetorial, ação sobre o território e intervenção sob a forma de operações. (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000).

1.2 O conceito de risco e a Vigilância à Saúde

O desenvolvimento da Saúde Pública contemporânea é reflexo de avanços em diversas áreas, como a bacteriologia e a parasitologia, com o reconhecimento de modos de transmissão, técnicas de



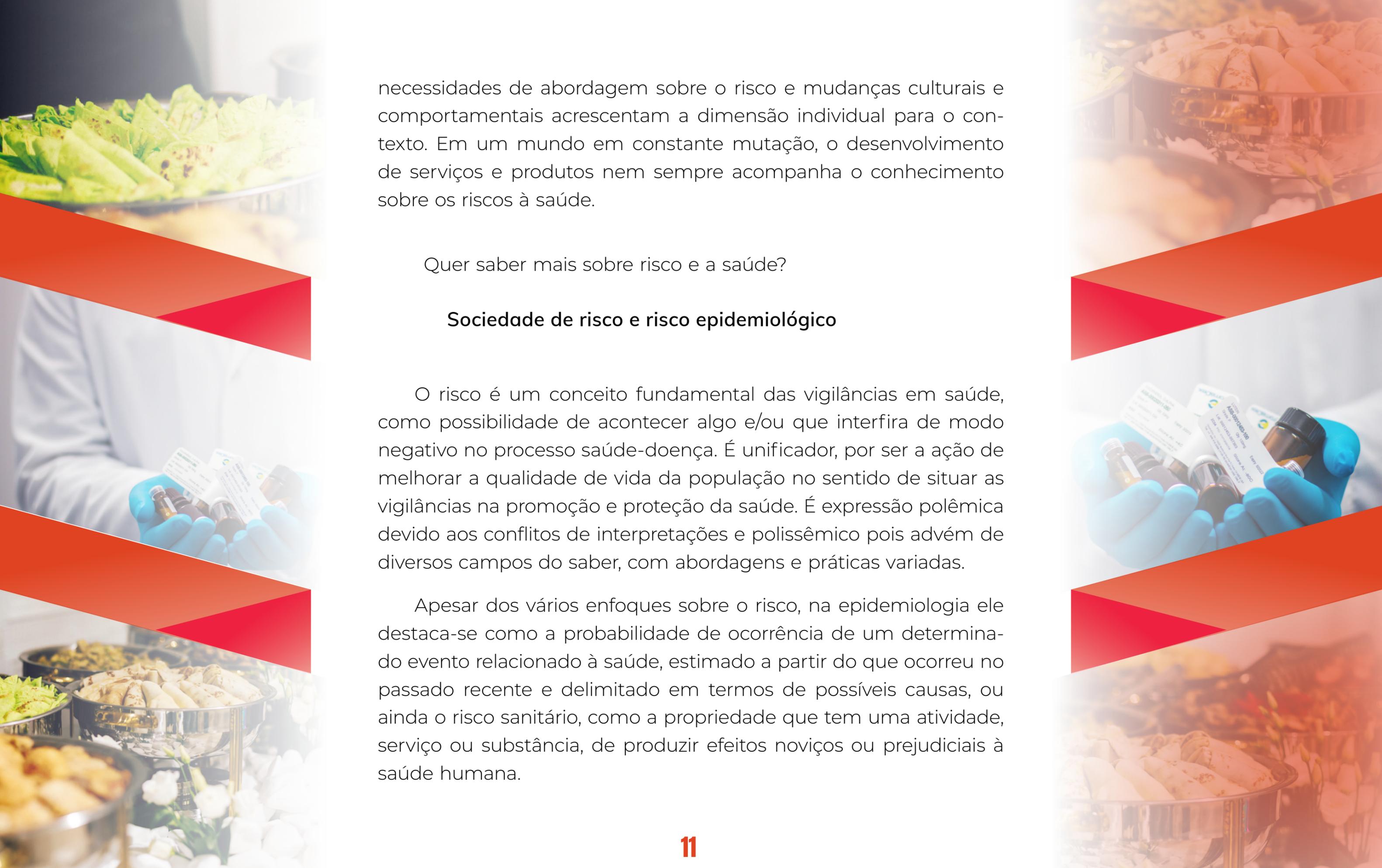
controle, estratégias de combate, saneamento ambiental e educação sanitária. Além disso, o desenvolvimento da área epidemiológica, destaca o conceito de risco na saúde, diante da lógica do desenvolvimento do modelo assistencial de Vigilância à Saúde e pela reformulação dos serviços de saúde. Uma nova estruturação para a oferta dos serviços de saúde no Brasil foi escopo de discussões da Reforma Sanitária (TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 1998).

Ficou curioso para saber mais sobre a Reforma Sanitária?

A Reforma Sanitária e o SUS: tendências e desafios após 20 anos

Conforme aponta Luiz e Cohn (2006), o conceito de risco apresenta múltiplas interpretações e abordagens, assim como os conceitos de saúde, sociedade e ciência, devido às características técnicas e metodológicas. Risco é a possibilidade de ocorrência de um particular evento adverso e é uma medida de impacto relacionada à morbidade ou mortalidade entre grupos, como o tabagismo e o risco à saúde, mas outros termos como: precursor, pré-condição, fator de risco, indicador de risco, probabilidade são usados sem definição formal.

A racionalidade agregou ao conceito de risco a interação entre o natural e o social e a possibilidade de quantificar. Ademais, demandas mais atuais, advindas da ciência e tecnologia, conferem outras



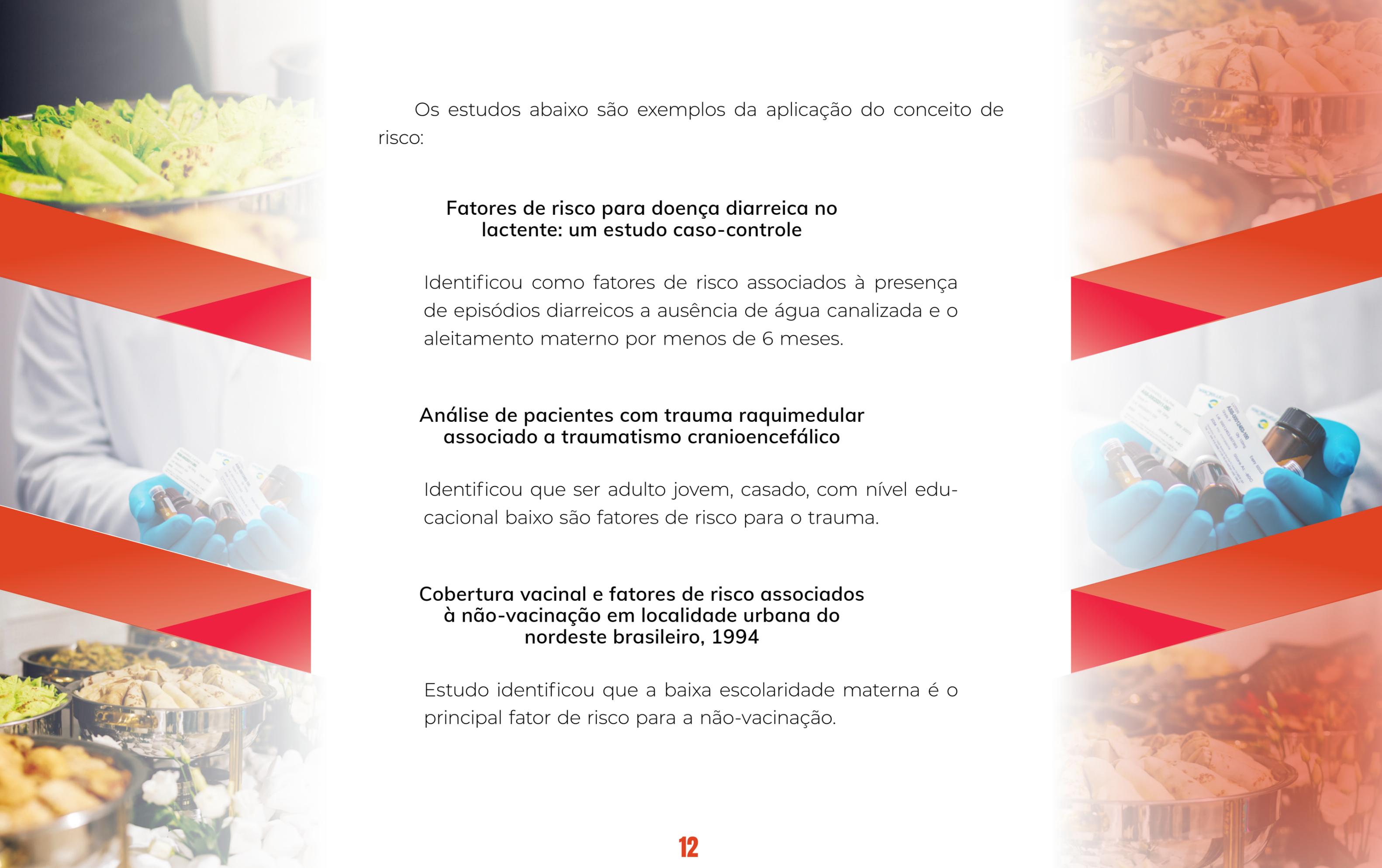
necessidades de abordagem sobre o risco e mudanças culturais e comportamentais acrescentam a dimensão individual para o contexto. Em um mundo em constante mutação, o desenvolvimento de serviços e produtos nem sempre acompanha o conhecimento sobre os riscos à saúde.

Quer saber mais sobre risco e a saúde?

Sociedade de risco e risco epidemiológico

O risco é um conceito fundamental das vigilâncias em saúde, como possibilidade de acontecer algo e/ou que interfira de modo negativo no processo saúde-doença. É unificador, por ser a ação de melhorar a qualidade de vida da população no sentido de situar as vigilâncias na promoção e proteção da saúde. É expressão polêmica devido aos conflitos de interpretações e polissêmico pois advém de diversos campos do saber, com abordagens e práticas variadas.

Apesar dos vários enfoques sobre o risco, na epidemiologia ele destaca-se como a probabilidade de ocorrência de um determinado evento relacionado à saúde, estimado a partir do que ocorreu no passado recente e delimitado em termos de possíveis causas, ou ainda o risco sanitário, como a propriedade que tem uma atividade, serviço ou substância, de produzir efeitos novos ou prejudiciais à saúde humana.



Os estudos abaixo são exemplos da aplicação do conceito de risco:

Fatores de risco para doença diarreica no lactente: um estudo caso-controle

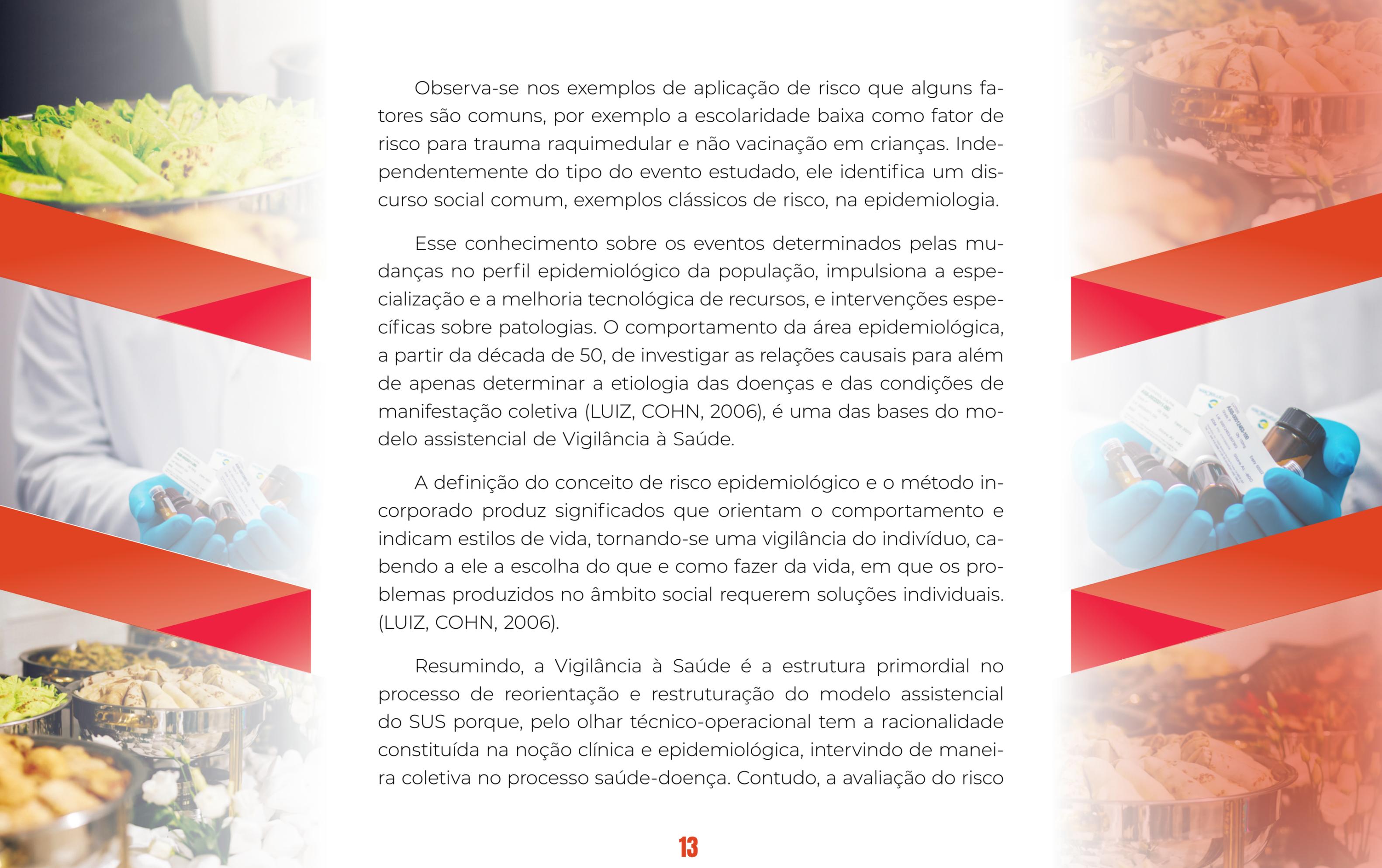
Identificou como fatores de risco associados à presença de episódios diarreicos a ausência de água canalizada e o aleitamento materno por menos de 6 meses.

Análise de pacientes com trauma raquimedular associado a traumatismo cranioencefálico

Identificou que ser adulto jovem, casado, com nível educacional baixo são fatores de risco para o trauma.

Cobertura vacinal e fatores de risco associados à não-vacinação em localidade urbana do nordeste brasileiro, 1994

Estudo identificou que a baixa escolaridade materna é o principal fator de risco para a não-vacinação.



Observa-se nos exemplos de aplicação de risco que alguns fatores são comuns, por exemplo a escolaridade baixa como fator de risco para trauma raquimedular e não vacinação em crianças. Independentemente do tipo do evento estudado, ele identifica um discurso social comum, exemplos clássicos de risco, na epidemiologia.

Esse conhecimento sobre os eventos determinados pelas mudanças no perfil epidemiológico da população, impulsiona a especialização e a melhoria tecnológica de recursos, e intervenções específicas sobre patologias. O comportamento da área epidemiológica, a partir da década de 50, de investigar as relações causais para além de apenas determinar a etiologia das doenças e das condições de manifestação coletiva (LUIZ, COHN, 2006), é uma das bases do modelo assistencial de Vigilância à Saúde.

A definição do conceito de risco epidemiológico e o método incorporado produz significados que orientam o comportamento e indicam estilos de vida, tornando-se uma vigilância do indivíduo, cabendo a ele a escolha do que e como fazer da vida, em que os problemas produzidos no âmbito social requerem soluções individuais. (LUIZ, COHN, 2006).

Resumindo, a Vigilância à Saúde é a estrutura primordial no processo de reorientação e reestruturação do modelo assistencial do SUS porque, pelo olhar técnico-operacional tem a racionalidade constituída na noção clínica e epidemiológica, intervindo de maneira coletiva no processo saúde-doença. Contudo, a avaliação do risco

em sua dimensão estritamente técnica não é suficiente e deve ser integrada a aspectos sociais, econômicos e políticos. (LIEBER; ROMANO, 1997).

Como a Vigilância à Saúde intervém de maneira coletiva no processo saúde-doença?

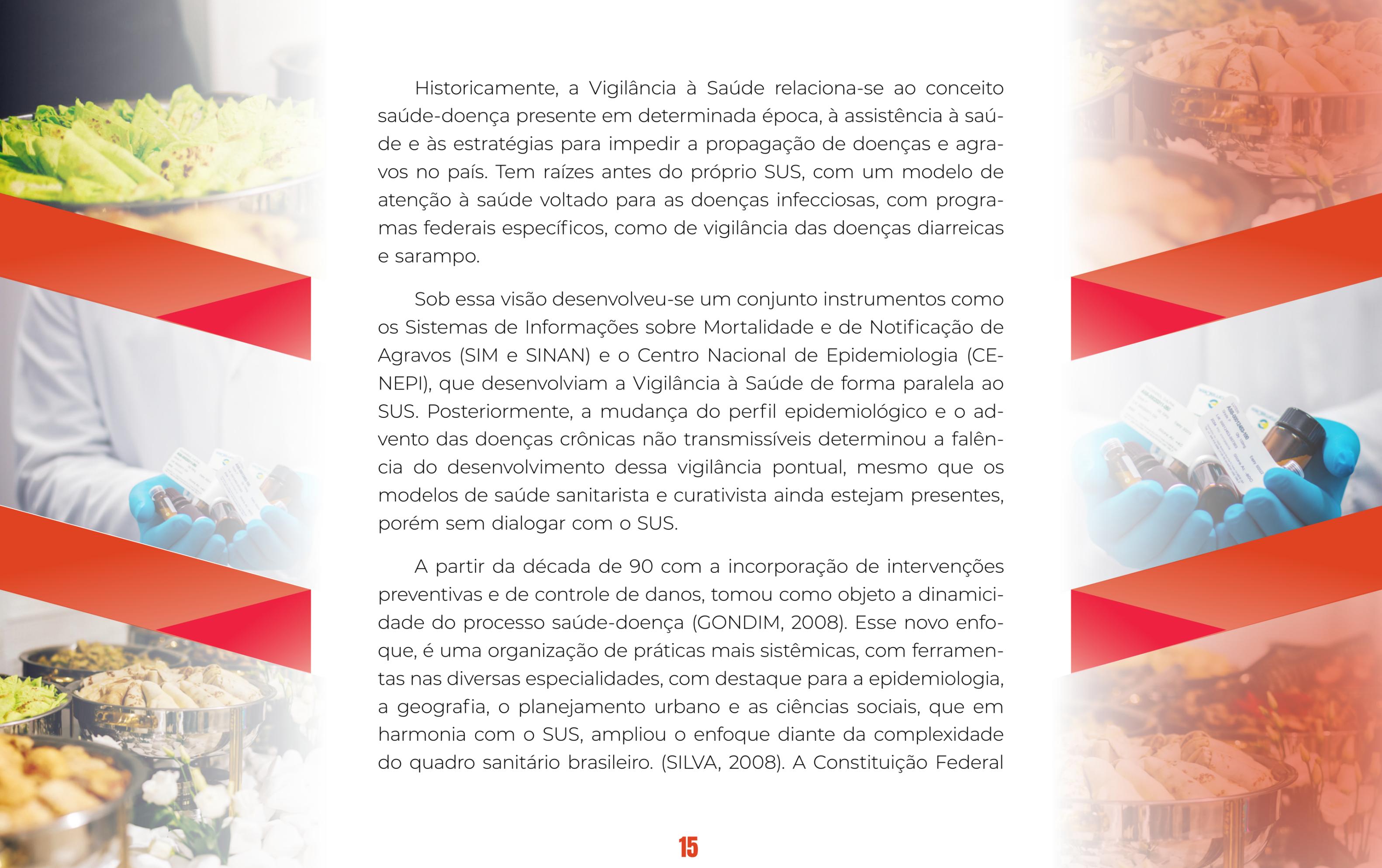
Ela produz estratégias político-jurídicas fundadas na clínica e na epidemiologia.

1.3 Vigilância à Saúde no sistema de saúde brasileiro

Vigilância à Saúde

Rotineiramente, as pessoas não percebem que ela existe, a não ser quando se deparam com uma epidemia como a vivenciada hoje. A Vigilância à Saúde atua na prevenção e promoção da saúde e na assistência à saúde. Realizada estritamente pelo Sistema Público de Saúde, beneficia toda população, por meio da identificação dos riscos para as doenças, no consumo de alimentos e da água, na utilização de serviços. Sua aplicação é perceptível nas ações de estímulo às áreas livres do fumo, nas vacinações, no uso de protetor solar e repelentes, entre outros.

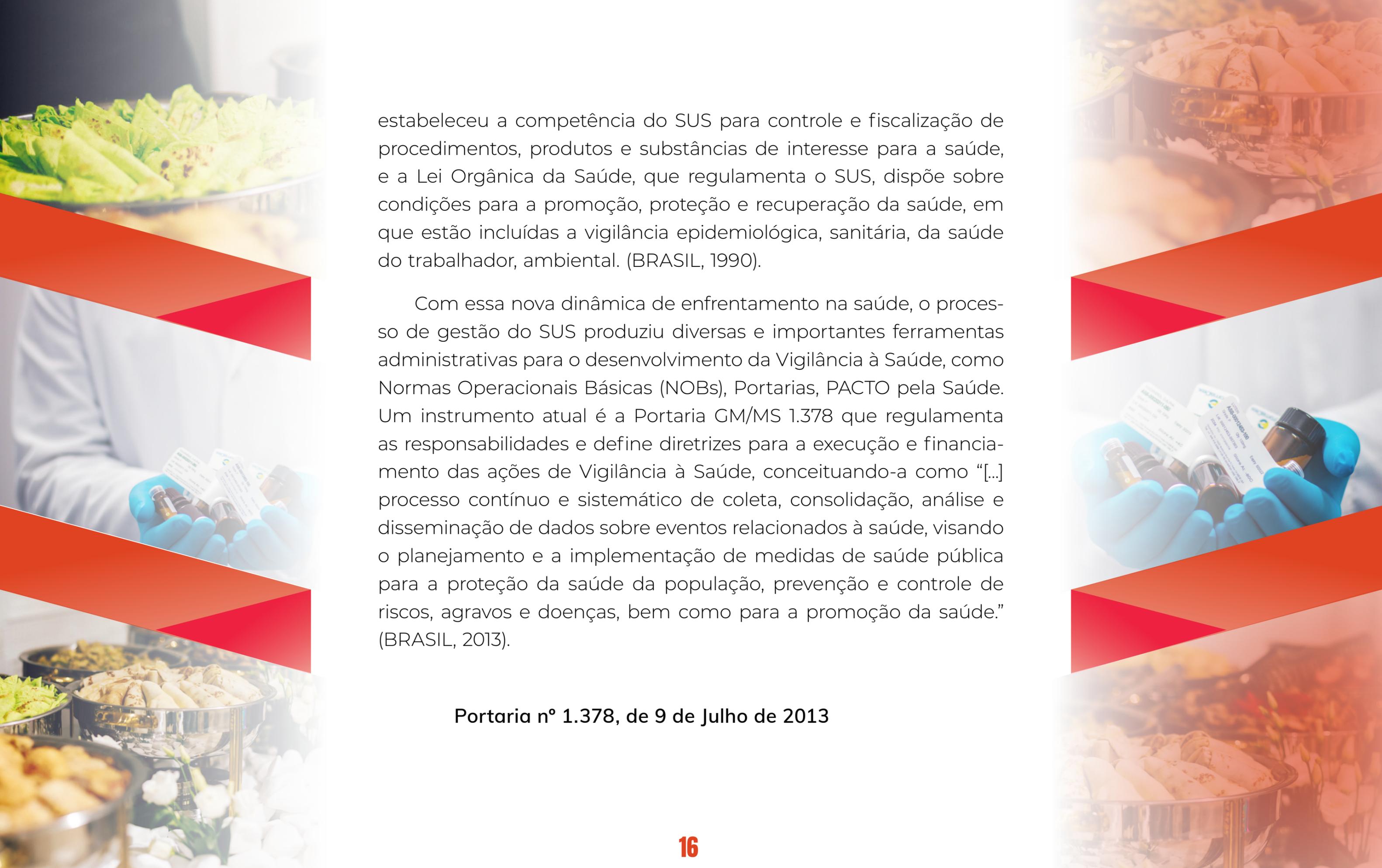
Existem muitos debates sobre o termo vigilância, diversas variações terminológicas como: Vigilância da Saúde, à Saúde e em Saúde.



Historicamente, a Vigilância à Saúde relaciona-se ao conceito saúde-doença presente em determinada época, à assistência à saúde e às estratégias para impedir a propagação de doenças e agravos no país. Tem raízes antes do próprio SUS, com um modelo de atenção à saúde voltado para as doenças infecciosas, com programas federais específicos, como de vigilância das doenças diarreicas e sarampo.

Sob essa visão desenvolveu-se um conjunto instrumentos como os Sistemas de Informações sobre Mortalidade e de Notificação de Agravos (SIM e SINAN) e o Centro Nacional de Epidemiologia (CENEPI), que desenvolviam a Vigilância à Saúde de forma paralela ao SUS. Posteriormente, a mudança do perfil epidemiológico e o advento das doenças crônicas não transmissíveis determinou a falência do desenvolvimento dessa vigilância pontual, mesmo que os modelos de saúde sanitarista e curativista ainda estejam presentes, porém sem dialogar com o SUS.

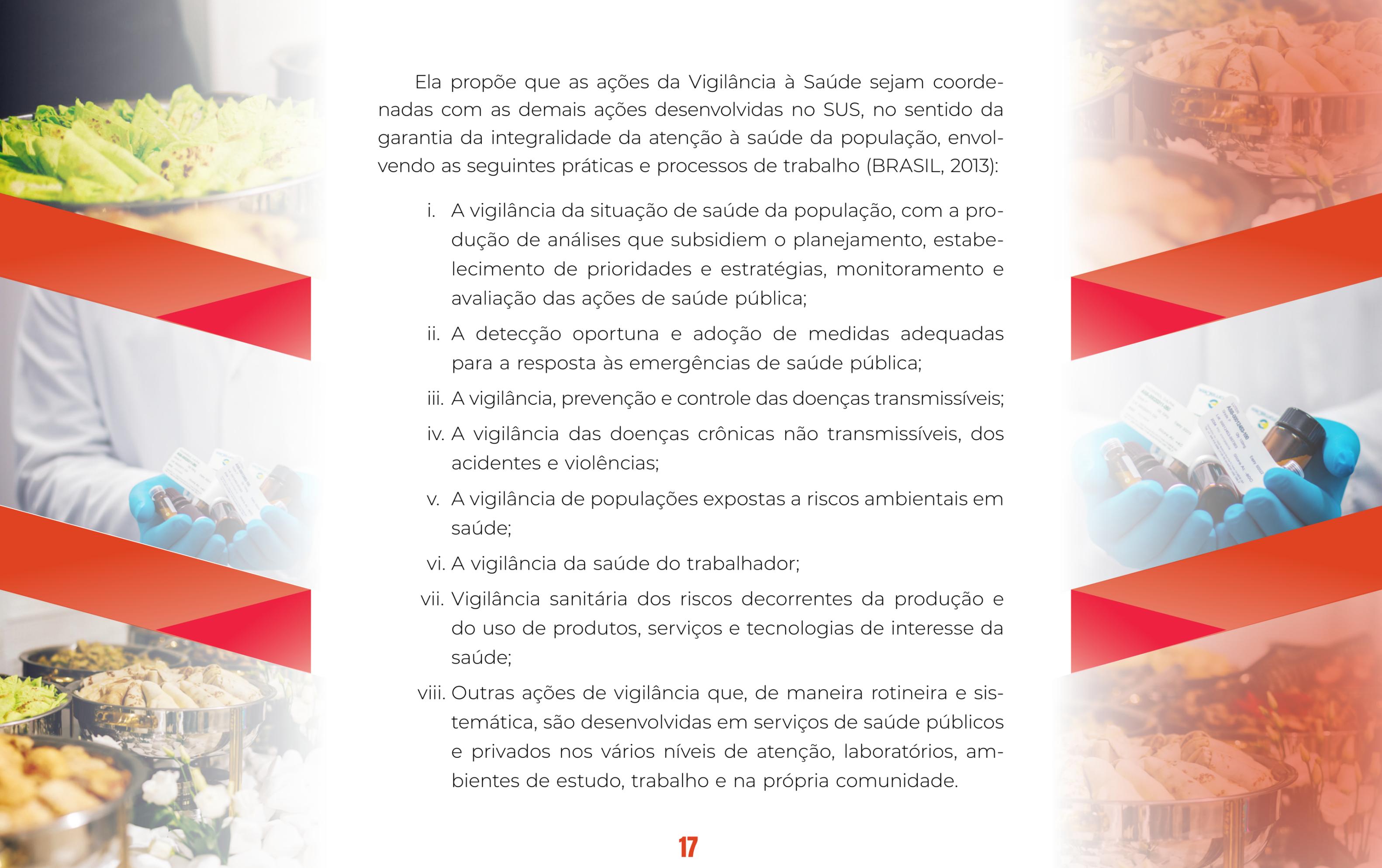
A partir da década de 90 com a incorporação de intervenções preventivas e de controle de danos, tomou como objeto a dinamicidade do processo saúde-doença (GONDIM, 2008). Esse novo enfoque, é uma organização de práticas mais sistêmicas, com ferramentas nas diversas especialidades, com destaque para a epidemiologia, a geografia, o planejamento urbano e as ciências sociais, que em harmonia com o SUS, ampliou o enfoque diante da complexidade do quadro sanitário brasileiro. (SILVA, 2008). A Constituição Federal



estabeleceu a competência do SUS para controle e fiscalização de procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde, e a Lei Orgânica da Saúde, que regulamenta o SUS, dispõe sobre condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, em que estão incluídas a vigilância epidemiológica, sanitária, da saúde do trabalhador, ambiental. (BRASIL, 1990).

Com essa nova dinâmica de enfrentamento na saúde, o processo de gestão do SUS produziu diversas e importantes ferramentas administrativas para o desenvolvimento da Vigilância à Saúde, como Normas Operacionais Básicas (NOBs), Portarias, PACTO pela Saúde. Um instrumento atual é a Portaria GM/MS 1.378 que regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para a execução e financiamento das ações de Vigilância à Saúde, conceituando-a como “[...] processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública para a proteção da saúde da população, prevenção e controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde.” (BRASIL, 2013).

Portaria nº 1.378, de 9 de Julho de 2013



Ela propõe que as ações da Vigilância à Saúde sejam coordenadas com as demais ações desenvolvidas no SUS, no sentido da garantia da integralidade da atenção à saúde da população, envolvendo as seguintes práticas e processos de trabalho (BRASIL, 2013):

- i. A vigilância da situação de saúde da população, com a produção de análises que subsidiem o planejamento, estabelecimento de prioridades e estratégias, monitoramento e avaliação das ações de saúde pública;
- ii. A detecção oportuna e adoção de medidas adequadas para a resposta às emergências de saúde pública;
- iii. A vigilância, prevenção e controle das doenças transmissíveis;
- iv. A vigilância das doenças crônicas não transmissíveis, dos acidentes e violências;
- v. A vigilância de populações expostas a riscos ambientais em saúde;
- vi. A vigilância da saúde do trabalhador;
- vii. Vigilância sanitária dos riscos decorrentes da produção e do uso de produtos, serviços e tecnologias de interesse da saúde;
- viii. Outras ações de vigilância que, de maneira rotineira e sistemática, são desenvolvidas em serviços de saúde públicos e privados nos vários níveis de atenção, laboratórios, ambientes de estudo, trabalho e na própria comunidade.



Sobre as ações de cada componente da Vigilância à Saúde leia as páginas 16 e 17 do Manual de Vigilância à Saúde

Manual de Vigilância à Saúde

A fim de compreender melhor o panorama atual da Vigilância à Saúde, este *e-book* aborda os primeiros componentes apontados pela Portaria 1.378 como vigilância epidemiológica, vigilância ambiental, vigilância da saúde do trabalhador e vigilância sanitária.

O vídeo a seguir é uma conversa bem didática sobre o que é a Vigilância em Saúde

Vigilância em Saúde – Ligado em Saúde

O vídeo abaixo apresenta um exemplo da Vigilância à Saúde em um bate papo sobre a Vigilância à Saúde nas Olimpíadas do Rio de Janeiro. Infelizmente o vídeo está com o áudio e vídeo dessincronizados, portanto recomenda-se tratá-lo como um podcast.

Sala de Convidados - Vigilância em Saúde e Olimpíada- Conceito de Vigilância à Saúde



**Iniciativas: Centro Integrado de Operações
Conjuntas da Saúde e ferramentas tecnológicas
de vigilância**

1.3.1 Vigilância Epidemiológica

Conjunto de atividades que proporcionam informações fundamentais para o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança que possa ocorrer nos fatores que determinam e condicionam o processo saúde-doença, em nível individual ou coletivo, com objetivo de se recomendar e adotar de forma oportuna as medidas de prevenção e controle dos agravos (BRASIL, 1990, p. 3).

Para saber mais!

Vigilância à Saúde Internacional

**Porque é importante notificar: a Vigilância
epidemiológica e a gestão do trabalho**



Ouçã no *podcast*, exemplos que abordam as ações da Vigilância Epidemiológica, a volta do sarampo no contexto mundial.

A crise global do sarampo – Medicina em Debate

1.3.2 Vigilância Sanitária

Conjunto de estratégias institucionais, administrativas, programáticas e sociais, integradas e orientadas por políticas públicas que se destinam a eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde, com base em serviços e em ações integrais e essenciais à defesa e à promoção da vida em seu ambiente (LUCCHESI, 2001).

Anvisa protege saúde da população por meio de fiscalização de serviços e produtos



1.3.3 Vigilância Ambiental em Saúde

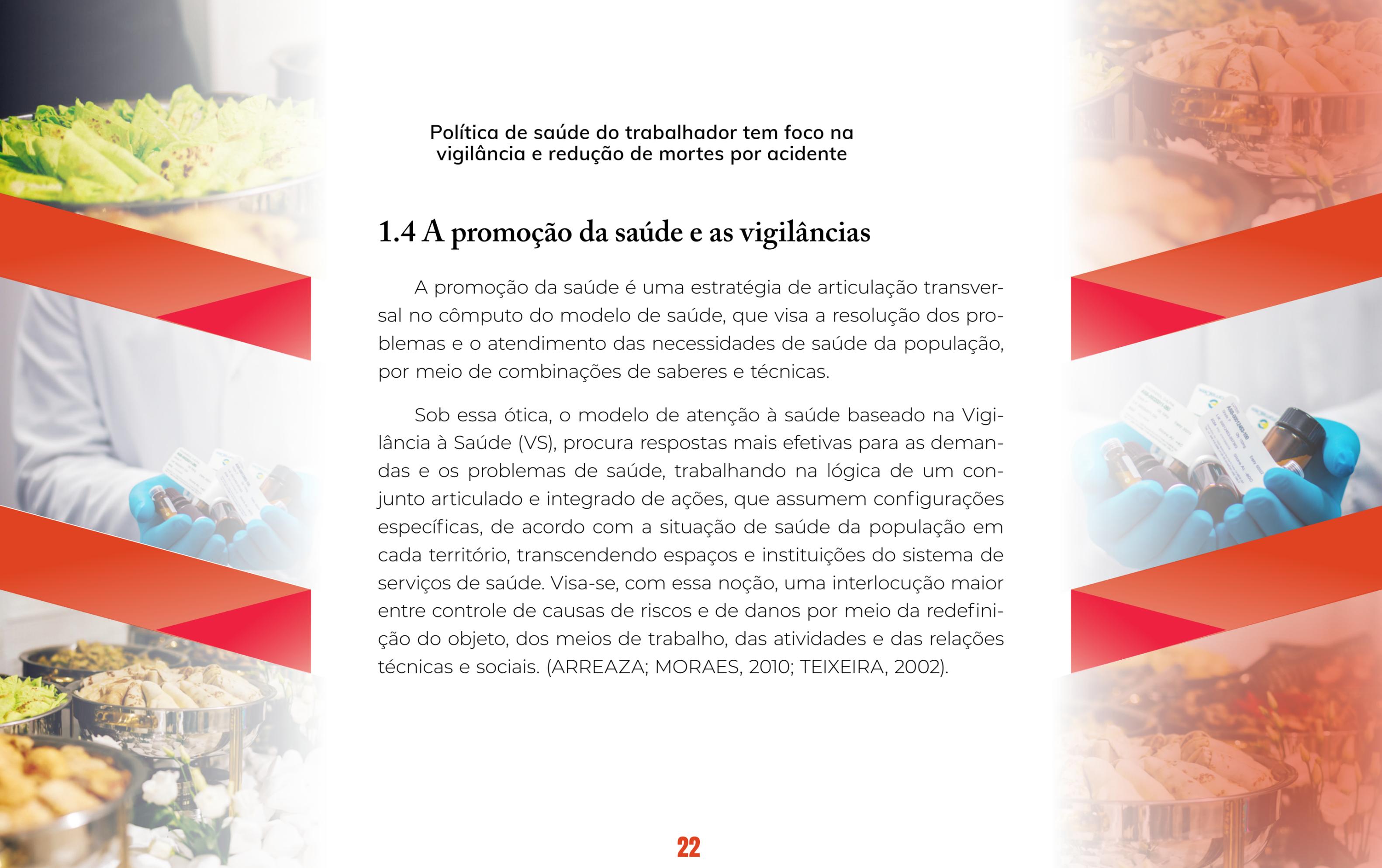
Vigilância mais recente no âmbito das políticas públicas, com ações reguladas pelos princípios do SUS. Sua importância é reconhecida na saúde devido a sua relação com o ambiente, motivo para que a razão pela qual a combinação de seus elementos é conduzidos a fim de prevenir ou de reduzir a exposição do homem a fatores ambientais que são prejudiciais à saúde. (BARCELOS; QUITÉRIO, 2006).

Sala de Convidados - Saneamento e Saúde

1.3.4 Vigilância à Saúde do Trabalhador

Esta vigilância lida com o tema do processo de trabalho e a vigilância ambiental, lida com as questões de produção/industrialização e o ambiente, que são arenas conflituosas de interesses privado e coletivo que exigem a intervenção estatal (LUCCHESI, 2001).

Conferência Nacional de Saúde do trabalhador e da trabalhadora

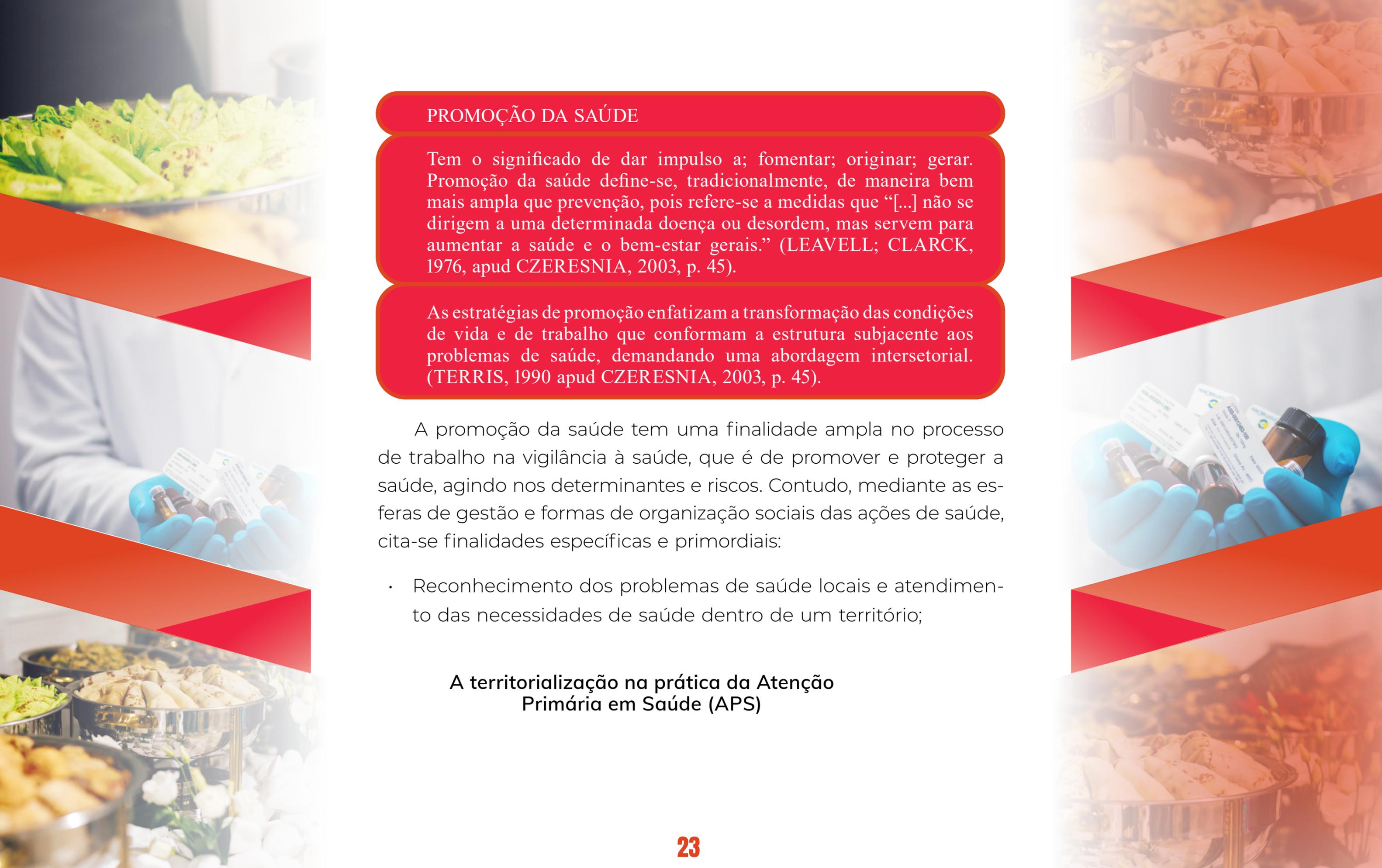


Política de saúde do trabalhador tem foco na vigilância e redução de mortes por acidente

1.4 A promoção da saúde e as vigilâncias

A promoção da saúde é uma estratégia de articulação transversal no âmbito do modelo de saúde, que visa a resolução dos problemas e o atendimento das necessidades de saúde da população, por meio de combinações de saberes e técnicas.

Sob essa ótica, o modelo de atenção à saúde baseado na Vigilância à Saúde (VS), procura respostas mais efetivas para as demandas e os problemas de saúde, trabalhando na lógica de um conjunto articulado e integrado de ações, que assumem configurações específicas, de acordo com a situação de saúde da população em cada território, transcendendo espaços e instituições do sistema de serviços de saúde. Visa-se, com essa noção, uma interlocução maior entre controle de causas de riscos e de danos por meio da redefinição do objeto, dos meios de trabalho, das atividades e das relações técnicas e sociais. (ARREAZA; MORAES, 2010; TEIXEIRA, 2002).



PROMOÇÃO DA SAÚDE

Tem o significado de dar impulso a; fomentar; originar; gerar. Promoção da saúde define-se, tradicionalmente, de maneira bem mais ampla que prevenção, pois refere-se a medidas que “[...] não se dirigem a uma determinada doença ou desordem, mas servem para aumentar a saúde e o bem-estar gerais.” (LEAVELL; CLARCK, 1976, apud CZERESNIA, 2003, p. 45).

As estratégias de promoção enfatizam a transformação das condições de vida e de trabalho que conformam a estrutura subjacente aos problemas de saúde, demandando uma abordagem intersetorial. (TERRIS, 1990 apud CZERESNIA, 2003, p. 45).

A promoção da saúde tem uma finalidade ampla no processo de trabalho na vigilância à saúde, que é de promover e proteger a saúde, agindo nos determinantes e riscos. Contudo, mediante as esferas de gestão e formas de organização sociais das ações de saúde, cita-se finalidades específicas e primordiais:

- Reconhecimento dos problemas de saúde locais e atendimento das necessidades de saúde dentro de um território;

A territorialização na prática da Atenção Primária em Saúde (APS)

- Adoção do conceito de vigilância ampliada em nível municipal, a fim de transformar o modelo de atenção à saúde e a descentralização das ações de saúde.

Unidiversidade - Regionalização da Saúde

Pacto pela Saúde 2006 - Regionalização

- Identificação das necessidades sociais de saúde. São elas que dão a ação das vigilâncias e privilégio aos modos de intervenções necessárias;
- Percepção que o processo de trabalho das vigilâncias é coletivo;
- Lançar mão de saberes e tecnologias pertencentes ao campo de atuação, mas também de outras tecnologias, como a comunicação e o planejamento;
- Percepção do trabalho nas vigilâncias em saúde como dimensões político-gerencial e técnico sanitária;
- Utilização de várias abordagens e métodos específicos para cada uma das vigilâncias.

1.5 Planejamento em Vigilância à Saúde

A Vigilância à Saúde detém conhecimentos e metodologias que auxiliam a gestão no conhecimento da realidade local, identifica demandas e problemas, estabelece prioridades na ação e na utilização de recursos. Todo esse corpo de conhecimento é fundamental no planejamento. Planejamento é

Processo contínuo e dinâmico que consiste em um conjunto de ações intencionais, integradas, coordenadas e orientadas para tornar realidade um objetivo futuro, de forma a possibilitar a tomada de decisões antecipadamente. Essas ações devem ser identificadas de modo a permitir que sejam executadas de forma adequada e considerando aspectos como prazo, custos, qualidade, segurança, desempenho e outros condicionantes (BRASIL, 2009, p. 20).

O planejamento em saúde é norteado de forma ascendente, articulada, integrada e solidárias entre níveis de gestão federal, estadual e municipal. Vários instrumentos de gestão estão disponíveis no processo de planejamento, alguns deles amplamente conhecidos, como PDR, PDI, PPI, Plano de Saúde, Programação Anual de Saúde, Relatório Anual de Gestão, PAVS.

Quer saber o que significa cada uma dessas siglas?

Leia no Manual de Gestão da Vigilância à Saúde. Páginas 19-24.

Manual de Gestão da Vigilância à Saúde

2. A estruturação dos Sistemas Nacionais de Vigilância à Saúde

A complexidade do cenário epidemiológico, determinado pela tripla carga de doenças (manutenção das agudas, aumento das crônicas e das causas externas) também relaciona-se às práticas de gestão e sanitárias relativas a essas doenças, que exigem maior organização para que o sistema de saúde responda com ações oportunas, auxiliando na redução ou eliminação dos riscos à saúde e ampliando a capacidade dos serviços de saúde. (OLIVEIRA; CRUZ, 2015).

Da sua concepção até os tempos atuais o SUS implementa arranjos e estruturas organizativas para fortalecer um Sistema de Vigilância. Essa abordagem de gestão da Vigilância à Saúde pressupõe que haja maior articulação entre as vigilâncias de forma a desvincular ações pontuais por agravos ou programas. (OLIVEIRA; CRUZ, 2015).

A publicação do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 regulamentou alguns aspectos da lei nº 8080/90, relacionados à organização do SUS, quanto ao planejamento da saúde, à assistência à saúde e a articulação interfederativa, instituindo ainda o Contrato Organizativo de Ação Pública – COAP. Por isso, foi necessário revisar as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância à Saúde, até então estabelecidas pela Portaria GM / MS nº 3.252, de 22 de dezembro de 2009 e redefinidas pela Portaria nº 1.378 de 9 de julho de 2013.

Para saber mais sobre o Sistema Nacional de Vigilância acesse o Anexo A e B do Manual de gestão da Vigilância à Saúde. p. 71-79

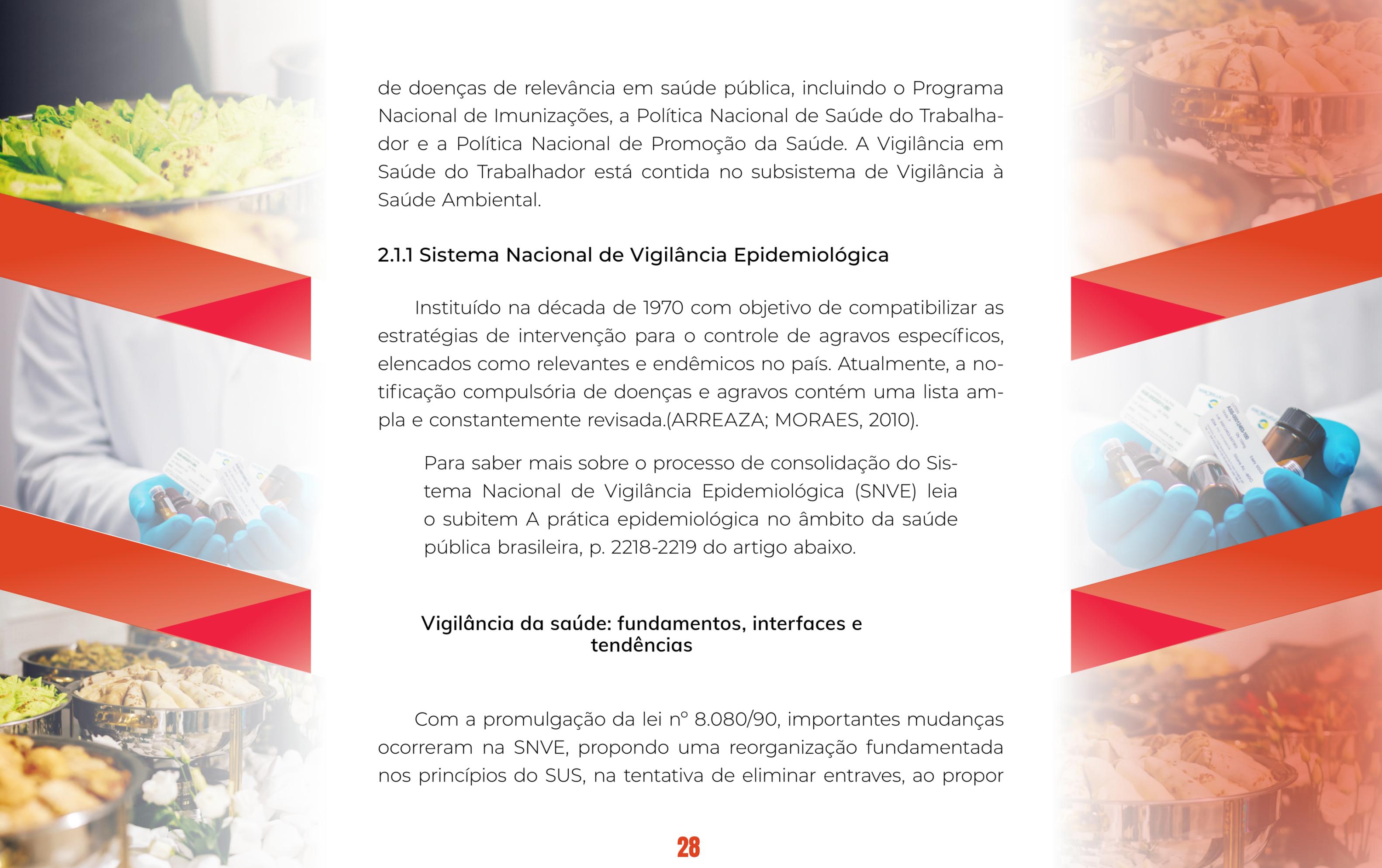
Manual de Gestão da Vigilância à Saúde

Essa portaria definiu pequenas alterações nas competências e responsabilidades da gestão em Vigilância à Saúde, com detalhamento para o que concerne ao Ministério da Saúde, à Secretaria de Vigilância à Saúde – SVS, à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, estados, municípios e Distrito Federal.

Essa mesma portaria dispõe sobre o financiamento das vigilâncias, determinando que recursos federais transferidos aos estados e municípios são organizados no bloco financeiro de Vigilância à Saúde, dividido em dois grandes componentes, um deles trata da vigilância epidemiológica, ambiental e de saúde do trabalhador e outro relaciona-se à vigilância sanitária (BRASIL, 2013).

2.1 Sistema Nacional de Vigilância à Saúde

Coordenado nacionalmente pela Secretaria Nacional de Vigilância à Saúde do Ministério da Saúde - (SVS/MS), é composto pelos subsistemas de Vigilância Epidemiológica e em Saúde Ambiental, o Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública e os sistemas de informação relacionados, os programas de prevenção e controle



de doenças de relevância em saúde pública, incluindo o Programa Nacional de Imunizações, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e a Política Nacional de Promoção da Saúde. A Vigilância em Saúde do Trabalhador está contida no subsistema de Vigilância à Saúde Ambiental.

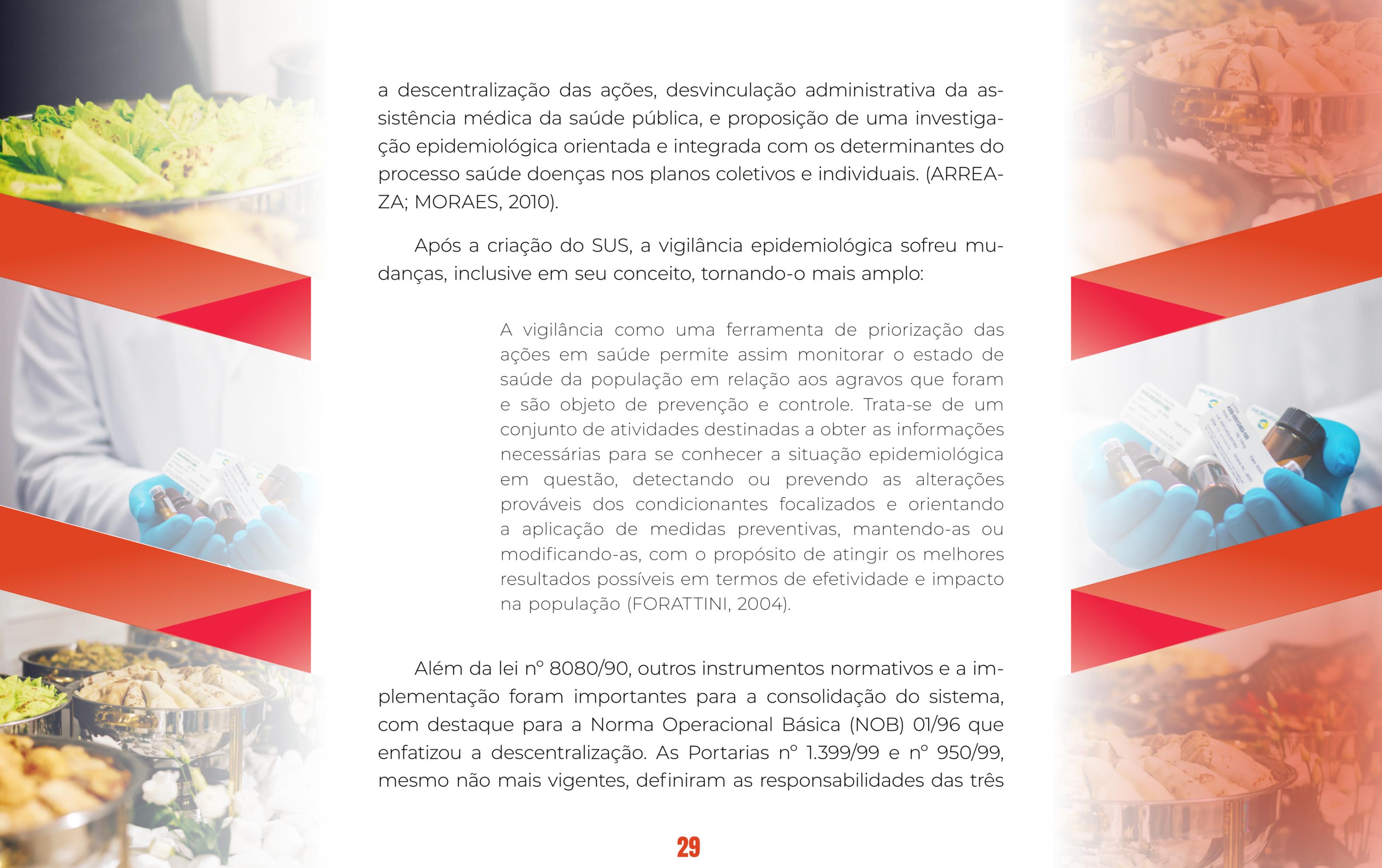
2.1.1 Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica

Instituído na década de 1970 com objetivo de compatibilizar as estratégias de intervenção para o controle de agravos específicos, elencados como relevantes e endêmicos no país. Atualmente, a notificação compulsória de doenças e agravos contém uma lista ampla e constantemente revisada.(ARREAZA; MORAES, 2010).

Para saber mais sobre o processo de consolidação do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE) leia o subitem A prática epidemiológica no âmbito da saúde pública brasileira, p. 2218-2219 do artigo abaixo.

Vigilância da saúde: fundamentos, interfaces e tendências

Com a promulgação da lei nº 8.080/90, importantes mudanças ocorreram na SNVE, propondo uma reorganização fundamentada nos princípios do SUS, na tentativa de eliminar entraves, ao propor

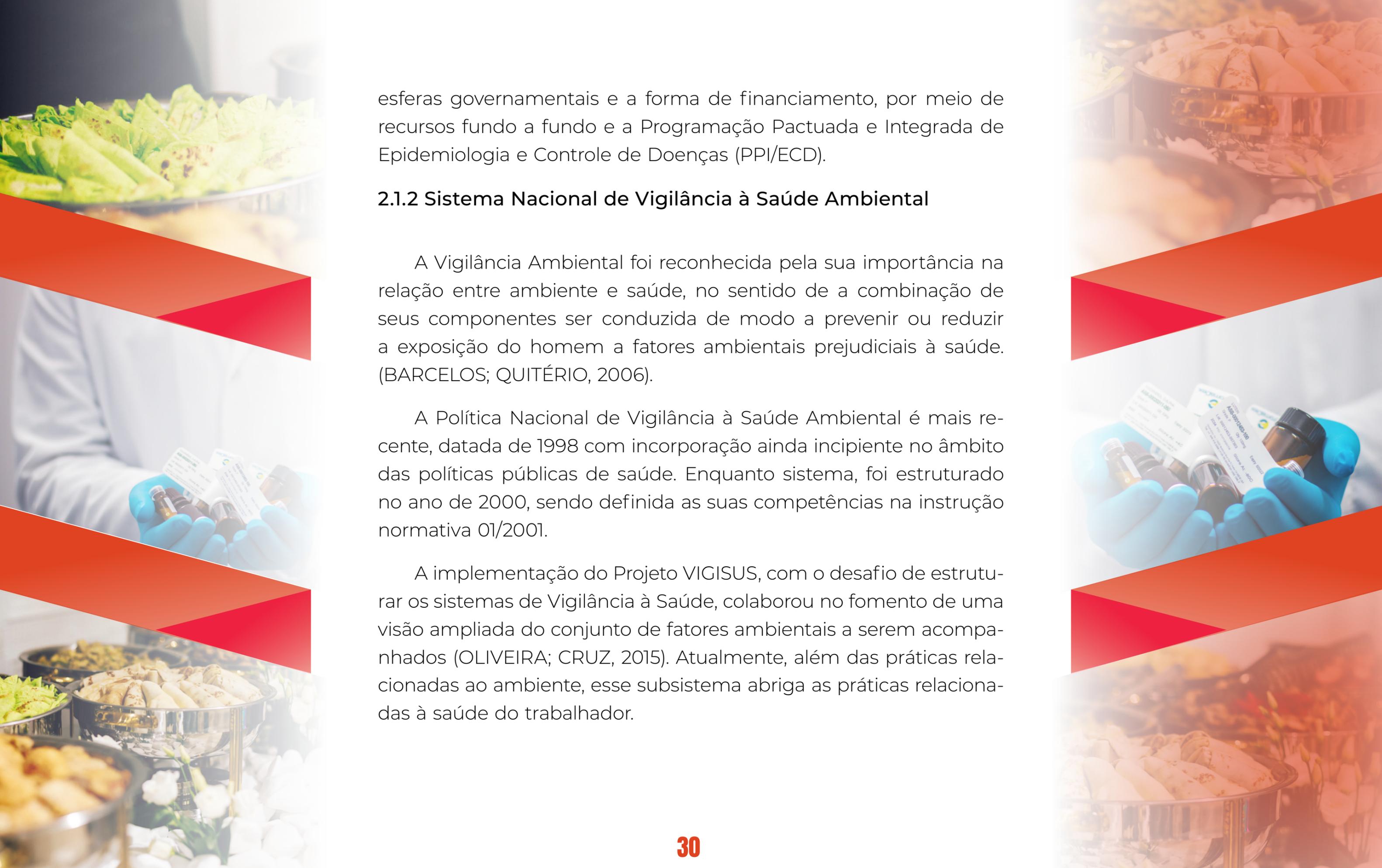


a descentralização das ações, desvinculação administrativa da assistência médica da saúde pública, e proposição de uma investigação epidemiológica orientada e integrada com os determinantes do processo saúde doenças nos planos coletivos e individuais. (ARREAZA; MORAES, 2010).

Após a criação do SUS, a vigilância epidemiológica sofreu mudanças, inclusive em seu conceito, tornando-o mais amplo:

A vigilância como uma ferramenta de priorização das ações em saúde permite assim monitorar o estado de saúde da população em relação aos agravos que foram e são objeto de prevenção e controle. Trata-se de um conjunto de atividades destinadas a obter as informações necessárias para se conhecer a situação epidemiológica em questão, detectando ou prevendo as alterações prováveis dos condicionantes focalizados e orientando a aplicação de medidas preventivas, mantendo-as ou modificando-as, com o propósito de atingir os melhores resultados possíveis em termos de efetividade e impacto na população (FORATTINI, 2004).

Além da lei nº 8080/90, outros instrumentos normativos e a implementação foram importantes para a consolidação do sistema, com destaque para a Norma Operacional Básica (NOB) 01/96 que enfatizou a descentralização. As Portarias nº 1.399/99 e nº 950/99, mesmo não mais vigentes, definiram as responsabilidades das três



esferas governamentais e a forma de financiamento, por meio de recursos fundo a fundo e a Programação Pactuada e Integrada de Epidemiologia e Controle de Doenças (PPI/ECD).

2.1.2 Sistema Nacional de Vigilância à Saúde Ambiental

A Vigilância Ambiental foi reconhecida pela sua importância na relação entre ambiente e saúde, no sentido de a combinação de seus componentes ser conduzida de modo a prevenir ou reduzir a exposição do homem a fatores ambientais prejudiciais à saúde. (BARCELOS; QUITÉRIO, 2006).

A Política Nacional de Vigilância à Saúde Ambiental é mais recente, datada de 1998 com incorporação ainda incipiente no âmbito das políticas públicas de saúde. Enquanto sistema, foi estruturado no ano de 2000, sendo definida as suas competências na instrução normativa 01/2001.

A implementação do Projeto VIGISUS, com o desafio de estruturar os sistemas de Vigilância à Saúde, colaborou no fomento de uma visão ampliada do conjunto de fatores ambientais a serem acompanhados (OLIVEIRA; CRUZ, 2015). Atualmente, além das práticas relacionadas ao ambiente, esse subsistema abriga as práticas relacionadas à saúde do trabalhador.



Para aprofundar o conhecimento desse subsistema, leia o artigo abaixo.

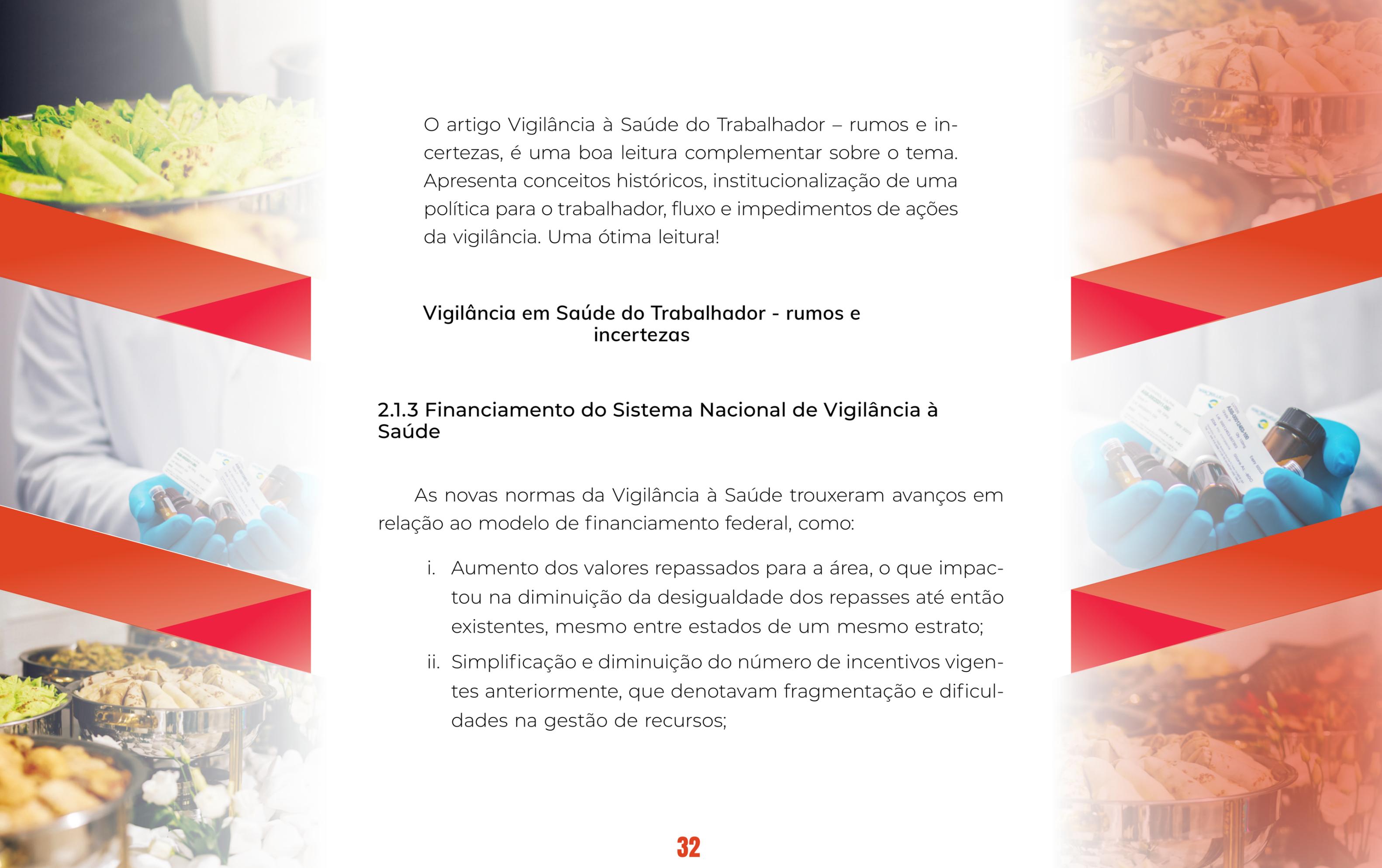
Nele existe informações ricas sobre as relações ambiente-saúde; implantação e estruturação da vigilância ambiental no Brasil e criação desse subsistema, além de marcos importantes e os instrumentos da vigilância ambiental em saúde.

Vigilância ambiental em saúde e sua implantação no Sistema Único de Saúde

O Sistema Nacional da Vigilância à Saúde do Trabalhador é apontado devido a sua configuração, organização e caminho no SUS, mesmo com grande quantidade de publicações acadêmicas e do próprio Ministério da Saúde.

Esta vigilância apresenta diversidade e riqueza de experiências locais. Por outro lado essas experiências são heterogêneas e com certo grau de instabilidade política e institucional em sua implementação e manutenção.





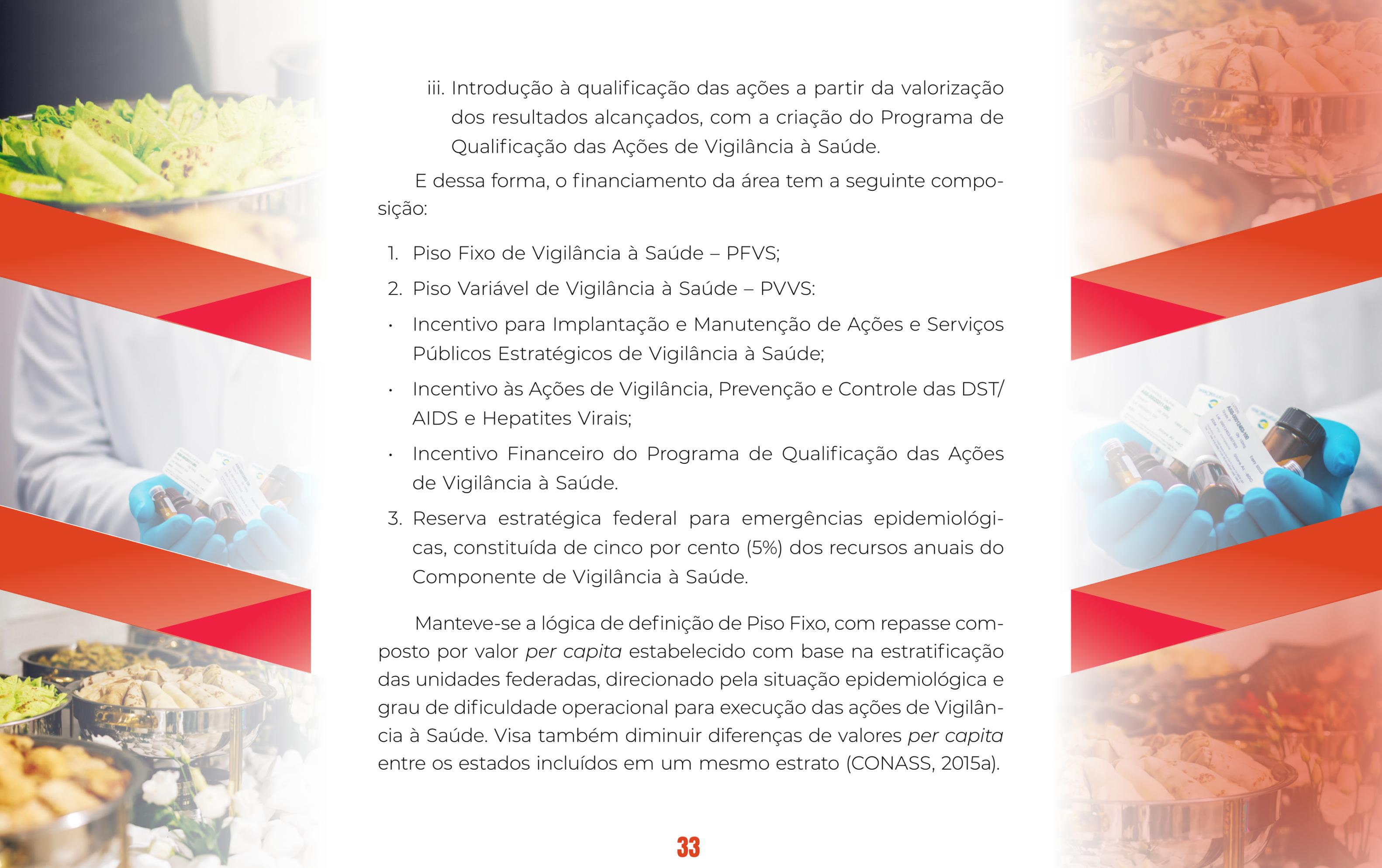
O artigo Vigilância à Saúde do Trabalhador – rumos e incertezas, é uma boa leitura complementar sobre o tema. Apresenta conceitos históricos, institucionalização de uma política para o trabalhador, fluxo e impedimentos de ações da vigilância. Uma ótima leitura!

Vigilância em Saúde do Trabalhador - rumos e incertezas

2.1.3 Financiamento do Sistema Nacional de Vigilância à Saúde

As novas normas da Vigilância à Saúde trouxeram avanços em relação ao modelo de financiamento federal, como:

- i. Aumento dos valores repassados para a área, o que impactou na diminuição da desigualdade dos repasses até então existentes, mesmo entre estados de um mesmo estrato;
- ii. Simplificação e diminuição do número de incentivos vigentes anteriormente, que denotavam fragmentação e dificuldades na gestão de recursos;

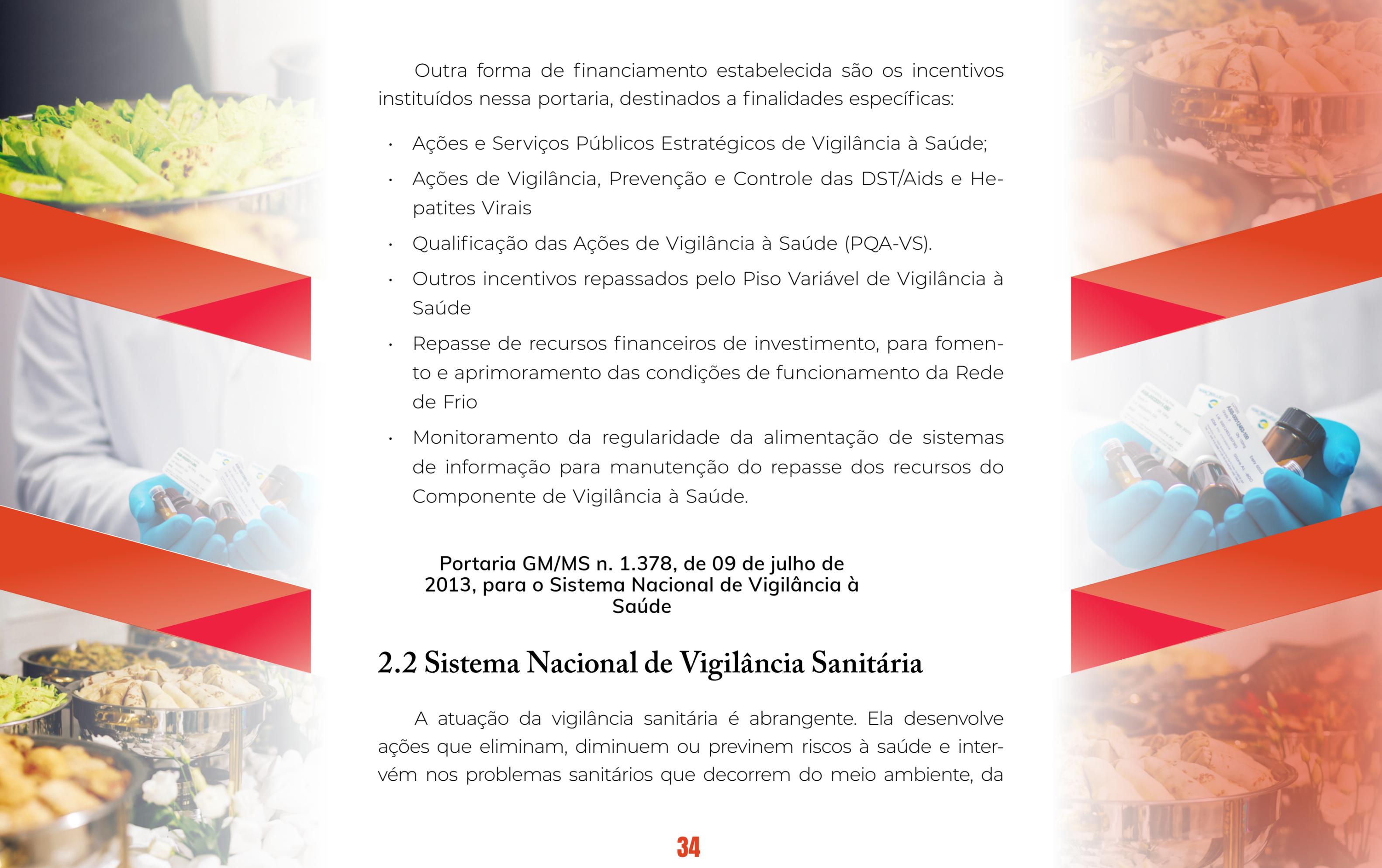


iii. Introdução à qualificação das ações a partir da valorização dos resultados alcançados, com a criação do Programa de Qualificação das Ações de Vigilância à Saúde.

E dessa forma, o financiamento da área tem a seguinte composição:

1. Piso Fixo de Vigilância à Saúde – PFVS;
2. Piso Variável de Vigilância à Saúde – PVVS:
 - Incentivo para Implantação e Manutenção de Ações e Serviços Públicos Estratégicos de Vigilância à Saúde;
 - Incentivo às Ações de Vigilância, Prevenção e Controle das DST/AIDS e Hepatites Virais;
 - Incentivo Financeiro do Programa de Qualificação das Ações de Vigilância à Saúde.
3. Reserva estratégica federal para emergências epidemiológicas, constituída de cinco por cento (5%) dos recursos anuais do Componente de Vigilância à Saúde.

Manteve-se a lógica de definição de Piso Fixo, com repasse composto por valor *per capita* estabelecido com base na estratificação das unidades federadas, direcionado pela situação epidemiológica e grau de dificuldade operacional para execução das ações de Vigilância à Saúde. Visa também diminuir diferenças de valores *per capita* entre os estados incluídos em um mesmo estrato (CONASS, 2015a).



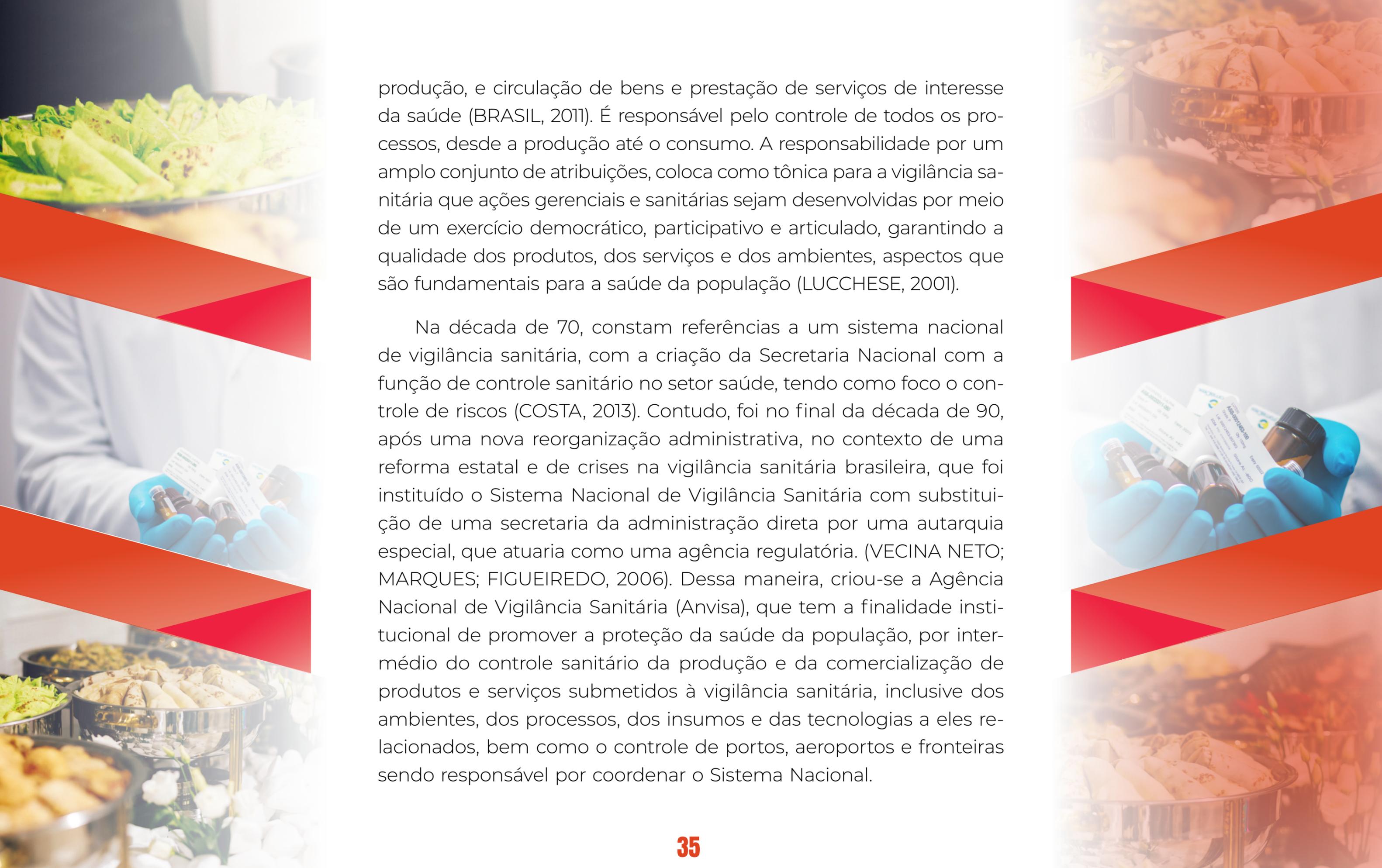
Outra forma de financiamento estabelecida são os incentivos instituídos nessa portaria, destinados a finalidades específicas:

- Ações e Serviços Públicos Estratégicos de Vigilância à Saúde;
- Ações de Vigilância, Prevenção e Controle das DST/Aids e Hepatites Virais
- Qualificação das Ações de Vigilância à Saúde (PQA-VS).
- Outros incentivos repassados pelo Piso Variável de Vigilância à Saúde
- Repasse de recursos financeiros de investimento, para fomento e aprimoramento das condições de funcionamento da Rede de Frio
- Monitoramento da regularidade da alimentação de sistemas de informação para manutenção do repasse dos recursos do Componente de Vigilância à Saúde.

Portaria GM/MS n. 1.378, de 09 de julho de 2013, para o Sistema Nacional de Vigilância à Saúde

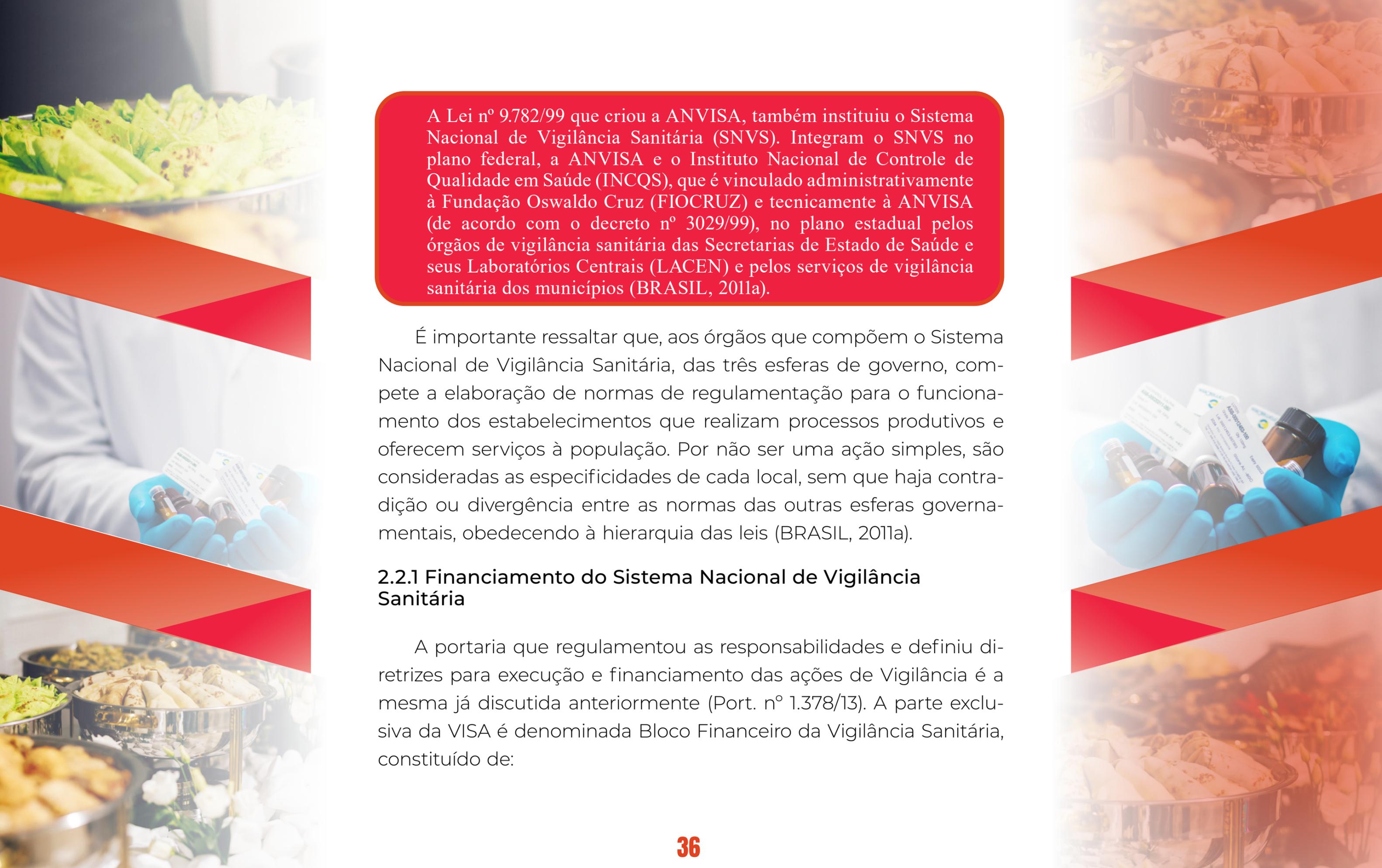
2.2 Sistema Nacional de Vigilância Sanitária

A atuação da vigilância sanitária é abrangente. Ela desenvolve ações que eliminam, diminuem ou previnem riscos à saúde e intervem nos problemas sanitários que decorrem do meio ambiente, da



produção, e circulação de bens e prestação de serviços de interesse da saúde (BRASIL, 2011). É responsável pelo controle de todos os processos, desde a produção até o consumo. A responsabilidade por um amplo conjunto de atribuições, coloca como tônica para a vigilância sanitária que ações gerenciais e sanitárias sejam desenvolvidas por meio de um exercício democrático, participativo e articulado, garantindo a qualidade dos produtos, dos serviços e dos ambientes, aspectos que são fundamentais para a saúde da população (LUCCHESI, 2001).

Na década de 70, constam referências a um sistema nacional de vigilância sanitária, com a criação da Secretaria Nacional com a função de controle sanitário no setor saúde, tendo como foco o controle de riscos (COSTA, 2013). Contudo, foi no final da década de 90, após uma nova reorganização administrativa, no contexto de uma reforma estatal e de crises na vigilância sanitária brasileira, que foi instituído o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária com substituição de uma secretaria da administração direta por uma autarquia especial, que atuaria como uma agência regulatória. (VECINA NETO; MARQUES; FIGUEIREDO, 2006). Dessa maneira, criou-se a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), que tem a finalidade institucional 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, bem como o controle de portos, aeroportos e fronteiras sendo responsável por coordenar o Sistema Nacional.

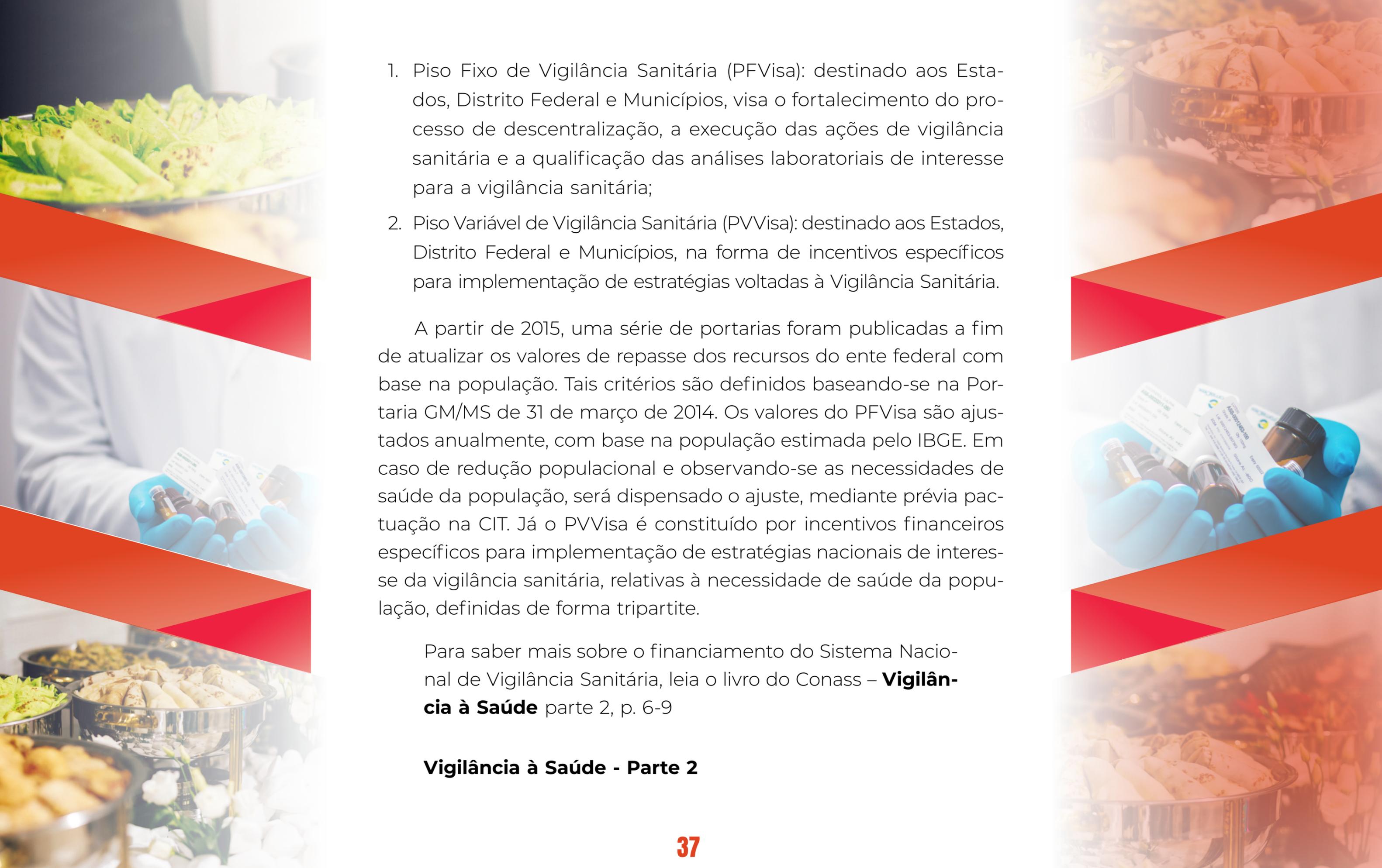


A Lei nº 9.782/99 que criou a ANVISA, também instituiu o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS). Integram o SNVS no plano federal, a ANVISA e o Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS), que é vinculado administrativamente à Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e tecnicamente à ANVISA (de acordo com o decreto nº 3029/99), no plano estadual pelos órgãos de vigilância sanitária das Secretarias de Estado de Saúde e seus Laboratórios Centrais (LACEN) e pelos serviços de vigilância sanitária dos municípios (BRASIL, 2011a).

É importante ressaltar que, aos órgãos que compõem o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, das três esferas de governo, compete a elaboração de normas de regulamentação para o funcionamento dos estabelecimentos que realizam processos produtivos e oferecem serviços à população. Por não ser uma ação simples, são consideradas as especificidades de cada local, sem que haja contradição ou divergência entre as normas das outras esferas governamentais, obedecendo à hierarquia das leis (BRASIL, 2011a).

2.2.1 Financiamento do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária

A portaria que regulamentou as responsabilidades e definiu diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância é a mesma já discutida anteriormente (Port. nº 1.378/13). A parte exclusiva da VISA é denominada Bloco Financeiro da Vigilância Sanitária, constituído de:

- 
1. Piso Fixo de Vigilância Sanitária (PFVisa): destinado aos Estados, Distrito Federal e Municípios, visa o fortalecimento do processo de descentralização, a execução das ações de vigilância sanitária e a qualificação das análises laboratoriais de interesse para a vigilância sanitária;
 2. Piso Variável de Vigilância Sanitária (PVVisa): destinado aos Estados, Distrito Federal e Municípios, na forma de incentivos específicos para implementação de estratégias voltadas à Vigilância Sanitária.

A partir de 2015, uma série de portarias foram publicadas a fim de atualizar os valores de repasse dos recursos do ente federal com base na população. Tais critérios são definidos baseando-se na Portaria GM/MS de 31 de março de 2014. Os valores do PFVisa são ajustados anualmente, com base na população estimada pelo IBGE. Em caso de redução populacional e observando-se as necessidades de saúde da população, será dispensado o ajuste, mediante prévia pactuação na CIT. Já o PVVisa é constituído por incentivos financeiros específicos para implementação de estratégias nacionais de interesse da vigilância sanitária, relativas à necessidade de saúde da população, definidas de forma tripartite.

Para saber mais sobre o financiamento do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, leia o livro do Conass – **Vigilância à Saúde** parte 2, p. 6-9

Vigilância à Saúde - Parte 2

3. Os desafios a serem suplantados: mobilização de ações para uma Vigilância à Saúde frente aos riscos usuais e diante de uma pandemia

Muitos são os desafios a serem suplantados pela Vigilância à Saúde atualmente. Neste subitem do texto, são considerados usuais (divididos por gerais e pelas vigilâncias) e frente à uma pandemia sem proporções, identificada pela humanidade contemporânea. Além disso, destaca-se perspectivas futuras que são direcionadas pelos argumentos já elencados anteriormente como a expressão epidemiológica com realidades bem distintas, a morbimortalidade, posicionamentos e opções de gestão atual.

Dessa maneira, notam-se alguns desafios pontuados como gerais e desafios para cada vigilância, a partir de saberes e práticas do processo extremamente dinâmico de estudar e implementar a Vigilância à Saúde. Esse exercício serve para debate, reflexão e tomada de posição para mobilizar a ação na realidade em que se atua.

3.1 Gerais

Estruturação dos Sistemas Nacionais para melhor efetividade;

- Relações contraditórias entre capital e trabalho, produção e consumo; produção e meio ambiente e entre as diversas concepções sobre os modelos de desenvolvimento;

- Relações de força estabelecidas entre quem produz ou presta serviço (cuida) e quem regula;
- Enfrentamento de monopólios e oligopólios e suas estratégias, em um contexto de desenvolvimento desigual na sociedade;
- Dificuldade de se estabelecer as atribuições e responsabilidades de cada esfera de governo e a precariedade dos mecanismos e instrumentos de gestão;
- Compromisso com novas interfaces de práticas no intuito de ultrapassar as ações pontuais e fragmentadas;
- Formulação de abordagens metodológicas alternativas e mais abrangentes, gerando reflexão acerca da sustentabilidade do modelo de VS no País;
- Excesso de verticalidade nos programas e decisões;
- Superação das discussões em torno da alteração de terminologias de forma a produzir um espaço que agregue a conformação das práticas das vigilâncias epidemiológica, ambiental e sanitária, respeitando a condição concreta de cada território;
- Transformação das práticas das vigilâncias em práticas sociais;
- Estimulação da participação social, com inclusão de representantes do setor informal, público e rural;
- Criação de mecanismos de consideração sobre modelos de práticas das vigilâncias;

- Avaliação dos processos de reorganização das estruturas das vigilâncias que já ocorreram;
- Transposição da falta de integração dos Sistemas de Integração das Vigilâncias Sanitárias, em Saúde do Trabalhador e Ambiental;
- Estímulo à pesquisa e à produção de conhecimento;
- Propiciar financiamento equânime;
- Mobilização para a estruturação e qualificação das equipes de vigilância.

3.2 Vigilância Epidemiológica

- Definição das ações e os serviços de saúde voltados para vigilância, prevenção e controle de zoonoses e de acidentes causados por animais peçonhentos e venenosos, de relevância para a saúde pública;
- Qualificação para notificação imediata da Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública;
- Lista nacional de doenças e agravos de notificação compulsória, a serem monitorados por meio da estratégia de vigilância em unidades sentinelas;
- Vigilância e Controle das Doenças Não Transmissíveis e Promoção da Saúde;
- Calendário Nacional de Vacinação dos Povos Indígenas.

3.3 Vigilância Ambiental em Saúde

- Abordagem participativa na vigilância da qualidade da água;
- Procedimentos de controle e de vigilância da qualidade da água para consumo humano e seu padrão de potabilidade;
- Vigilância à Saúde de Populações Expostas a Agrotóxicos;
- Avanço representado pela elaboração do painel de indicadores (Pisast).

3.4 Vigilância à Saúde do Trabalhador

- Implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT);
- Integração da Vigilância à Saúde do Trabalhador com os demais componentes da Vigilância à Saúde e com a Atenção Primária em Saúde;
- Análise do perfil produtivo e da situação de saúde dos trabalhadores;
- Estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do trabalhador (RENAST) no contexto da Rede de Atenção à Saúde;
- Fortalecimento e ampliação da articulação intersetorial;
- Estímulo à participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social;

- Desenvolvimento e capacitação de recursos humanos;
- Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas, permeada por interesses conflituosos e profundamente inserida na sociedade.

3.5 Vigilância Sanitária

- Monitoramento e vigilância ativa para melhoria de produtos e serviços;
- Melhoria da qualidade em saúde e segurança do paciente, por meio da instituição do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) que objetiva contribuir para a qualificação em saúde nos estabelecimentos de saúde, que apresenta várias estratégias:
 - Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (CIPNSP);
 - Implantação da gestão de risco e de Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de saúde (RDC 36).
 - Notificação dos eventos adversos (RDC 53);
 - Elaboração e apoio à implementação de protocolos, guias e manuais de segurança do paciente são outras estratégias propostas, dentre eles cirurgia segura, prática de higiene das mãos, úlcera por pressão, prevenção de quedas, identificação do paciente e segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos;

- Rede Sentinela para o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária;
- Sistema de notificação de eventos adversos associados à assistência à saúde (Notivisa 2.0).

Eventos de massa

Visando enfrentar os desafios que esses eventos representam para o setor saúde várias normas foram publicadas:

- Responsabilidades das esferas de gestão que estabeleceu as Diretrizes Nacionais para Planejamento, Execução e Avaliação das Ações de Vigilância e Assistência à Saúde em Eventos de Massa;
- Normas de controle sanitário sobre a entrada de bens e produtos procedentes do exterior, destinados à utilização exclusiva das delegações e/ou comitivas credenciadas participantes de eventos de grande porte no País;
- Prestação de serviços de saúde em eventos de massa de interesse nacional. Definição das ações de vigilância sanitária, nesses eventos, serão exercidas pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária;
- Responsabilidades para prestação de serviços e alimentação em eventos, públicos ou privados, que envolvam diariamente contingente superior a 1.000 (um mil) pessoas;

- 
- Publicação do Guia para Vigilância Sanitária em Eventos de Massa;
 - Elaboração do Plano Operativo da Vigilância Sanitária.

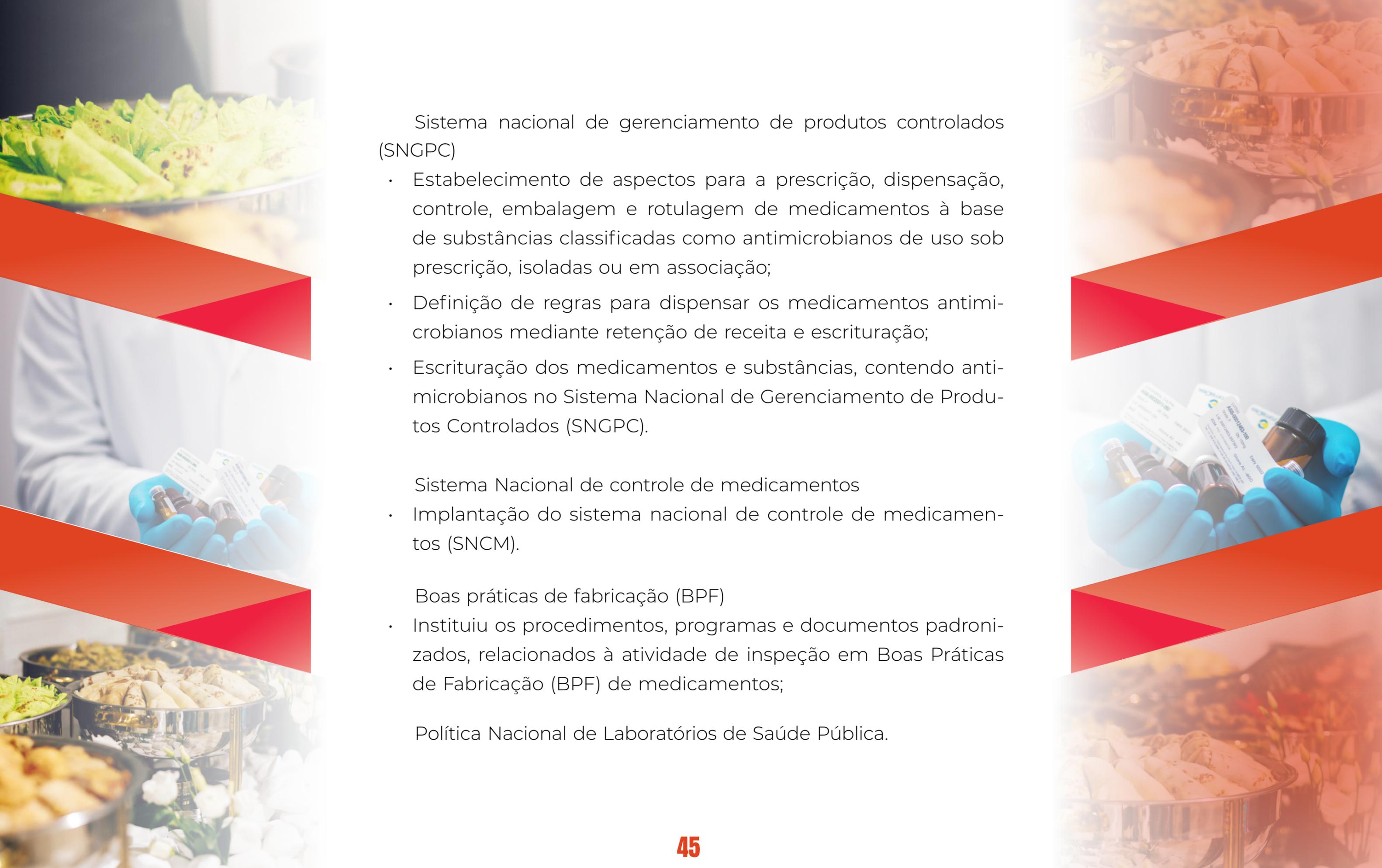
Categorização dos serviços de alimentação

Centro de gerenciamento de informações para emergências em vigilância sanitária (eVisa)

- Função detectar, monitorar e disseminar informações sobre esse tipo de situação. O sistema integra a Rede Nacional de Alertas e Respostas às Emergências de Saúde Pública, coordenada pelo Ministério da Saúde.

Inclusão produtiva

- Regularização para o exercício de atividade de interesse sanitário do microempreendedor individual, do empreendimento familiar rural e do empreendimento econômico solidário que sejam produtores de bens e prestadores de serviços sujeitos à ação da vigilância sanitária.



Sistema nacional de gerenciamento de produtos controlados (SNGPC)

- Estabelecimento de aspectos para a prescrição, dispensação, controle, embalagem e rotulagem de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos de uso sob prescrição, isoladas ou em associação;
- Definição de regras para dispensar os medicamentos antimicrobianos mediante retenção de receita e escrituração;
- Escrituração dos medicamentos e substâncias, contendo antimicrobianos no Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados (SNGPC).

Sistema Nacional de controle de medicamentos

- Implantação do sistema nacional de controle de medicamentos (SNCM).

Boas práticas de fabricação (BPF)

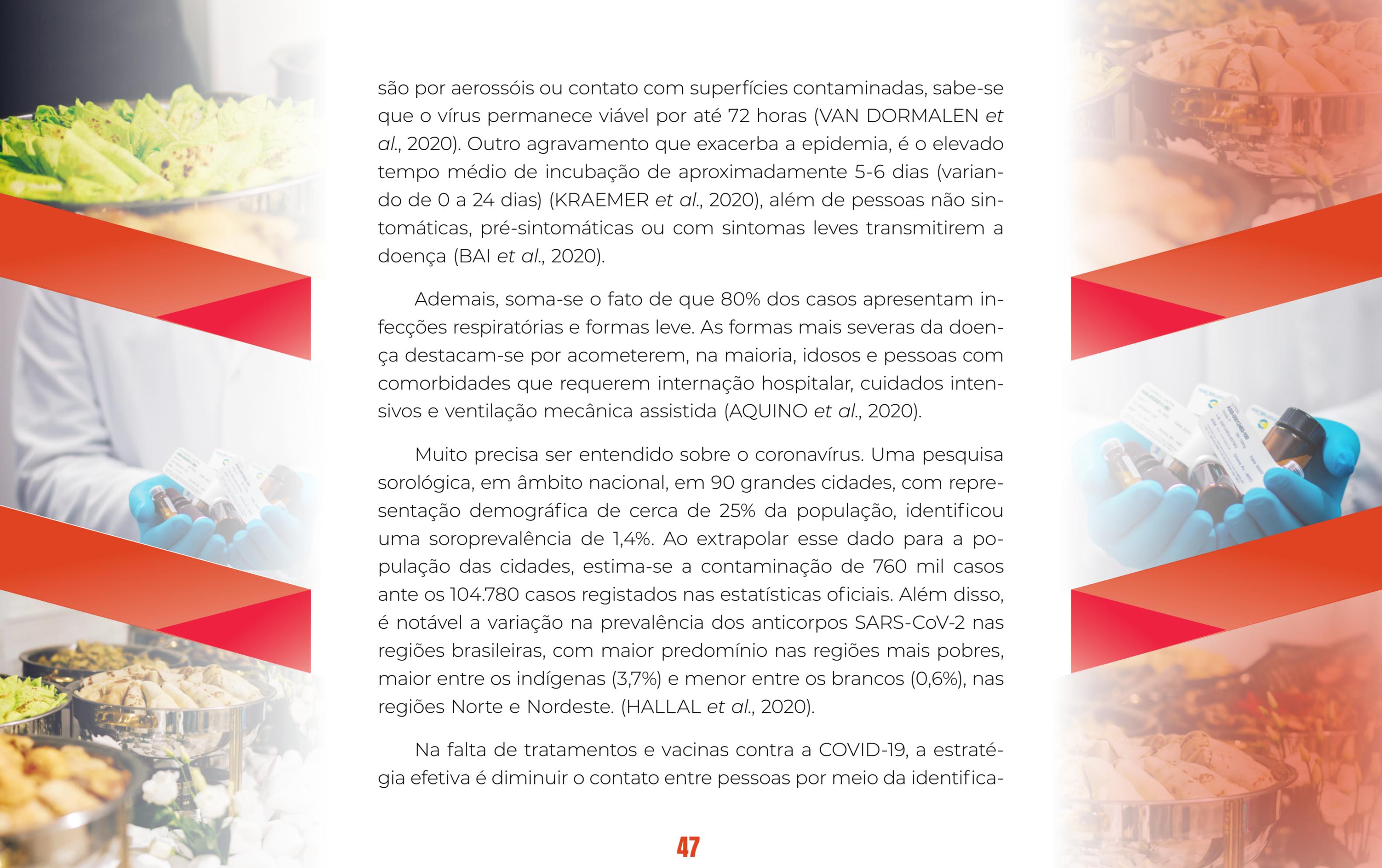
- Instituiu os procedimentos, programas e documentos padronizados, relacionados à atividade de inspeção em Boas Práticas de Fabricação (BPF) de medicamentos;

Política Nacional de Laboratórios de Saúde Pública.

3.6 A importância da Vigilância à Saúde durante a pandemia da COVID-19

O atual impacto da COVID-19 na saúde pública do Brasil, suscita muitos desafios e contradições. Desde o início da emergência pública mundial, tem-se enfrentado uma grave crise sanitária. O país atingiu a marca de 5.113.628 casos de COVID-19 em 13 de outubro de 2020, com uma mortalidade acumulada de mais de 150 mil óbitos (BRASIL, 2020). Por ser um dos países mais desiguais do mundo, a pandemia da COVID-19 aprofunda ainda mais as diferenças sociais. A desigualdade brasileira exacerbou a diferença da pandemia entre regiões, mesmo regiões mais ricas não sendo poupadas. Em regiões mais pobres do país, como Norte e Nordeste, além do sexo feminino e raça-cor preta a contaminação está afetando de forma mais contundente (KERR *et al.*, 2020). Por outro lado, a crise sanitária comprova a importância das políticas públicas universais na saúde, educação, assistência social, previdência, saneamento e habitação, para seu enfrentamento.

Apesar da doença causada (SARS-CoV-2) ter uma letalidade menor quando comparada com outros coronavírus, ela apresenta uma transmissibilidade maior que os demais, o que representa cifras recordes diárias de contágio e mortes. Outra informação importante é a transmissão predominante, por meio de gotículas contaminadas de secreções da orofaringe de pessoas infectadas para outras pessoas. Mesmo não sendo totalmente conhecido o papel da transmis-

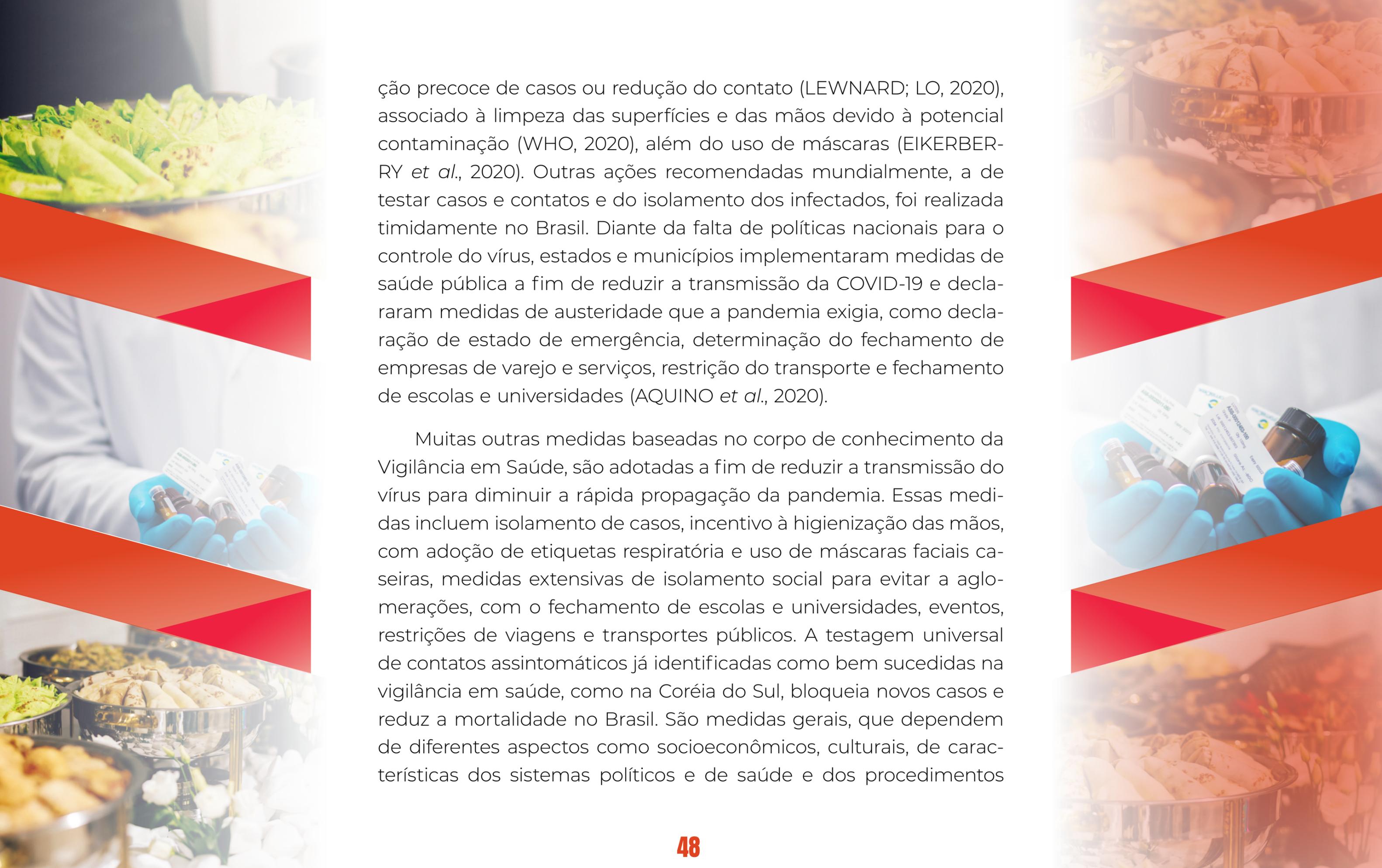


são por aerossóis ou contato com superfícies contaminadas, sabe-se que o vírus permanece viável por até 72 horas (VAN DORMALEN *et al.*, 2020). Outro agravamento que exacerba a epidemia, é o elevado tempo médio de incubação de aproximadamente 5-6 dias (variando de 0 a 24 dias) (KRAEMER *et al.*, 2020), além de pessoas não sintomáticas, pré-sintomáticas ou com sintomas leves transmitirem a doença (BAI *et al.*, 2020).

Ademais, soma-se o fato de que 80% dos casos apresentam infecções respiratórias e formas leve. As formas mais severas da doença destacam-se por acometerem, na maioria, idosos e pessoas com comorbidades que requerem internação hospitalar, cuidados intensivos e ventilação mecânica assistida (AQUINO *et al.*, 2020).

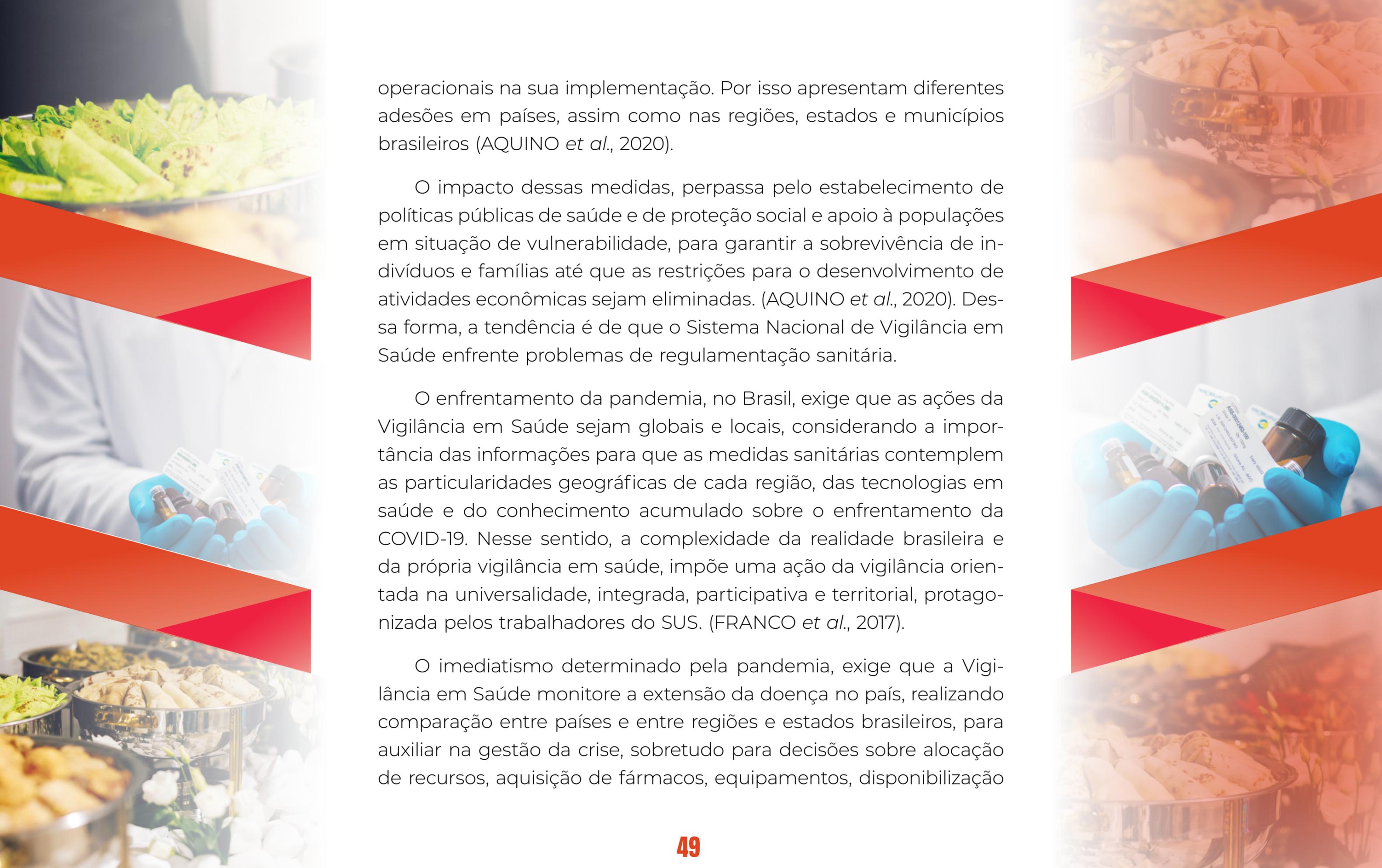
Muito precisa ser entendido sobre o coronavírus. Uma pesquisa sorológica, em âmbito nacional, em 90 grandes cidades, com representação demográfica de cerca de 25% da população, identificou uma soroprevalência de 1,4%. Ao extrapolar esse dado para a população das cidades, estima-se a contaminação de 760 mil casos ante os 104.780 casos registrados nas estatísticas oficiais. Além disso, é notável a variação na prevalência dos anticorpos SARS-CoV-2 nas regiões brasileiras, com maior predomínio nas regiões mais pobres, maior entre os indígenas (3,7%) e menor entre os brancos (0,6%), nas regiões Norte e Nordeste. (HALLAL *et al.*, 2020).

Na falta de tratamentos e vacinas contra a COVID-19, a estratégia efetiva é diminuir o contato entre pessoas por meio da identifica-



ção precoce de casos ou redução do contato (LEWNARD; LO, 2020), associado à limpeza das superfícies e das mãos devido à potencial contaminação (WHO, 2020), além do uso de máscaras (EIKERBERY *et al.*, 2020). Outras ações recomendadas mundialmente, a de testar casos e contatos e do isolamento dos infectados, foi realizada timidamente no Brasil. Diante da falta de políticas nacionais para o controle do vírus, estados e municípios implementaram medidas de saúde pública a fim de reduzir a transmissão da COVID-19 e declararam medidas de austeridade que a pandemia exigia, como declaração de estado de emergência, determinação do fechamento de empresas de varejo e serviços, restrição do transporte e fechamento de escolas e universidades (AQUINO *et al.*, 2020).

Muitas outras medidas baseadas no corpo de conhecimento da Vigilância em Saúde, são adotadas a fim de reduzir a transmissão do vírus para diminuir a rápida propagação da pandemia. Essas medidas incluem isolamento de casos, incentivo à higienização das mãos, com adoção de etiquetas respiratória e uso de máscaras faciais caseiras, medidas extensivas de isolamento social para evitar a aglomerações, com o fechamento de escolas e universidades, eventos, restrições de viagens e transportes públicos. A testagem universal de contatos assintomáticos já identificadas como bem sucedidas na vigilância em saúde, como na Coreia do Sul, bloqueia novos casos e reduz a mortalidade no Brasil. São medidas gerais, que dependem de diferentes aspectos como socioeconômicos, culturais, de características dos sistemas políticos e de saúde e dos procedimentos

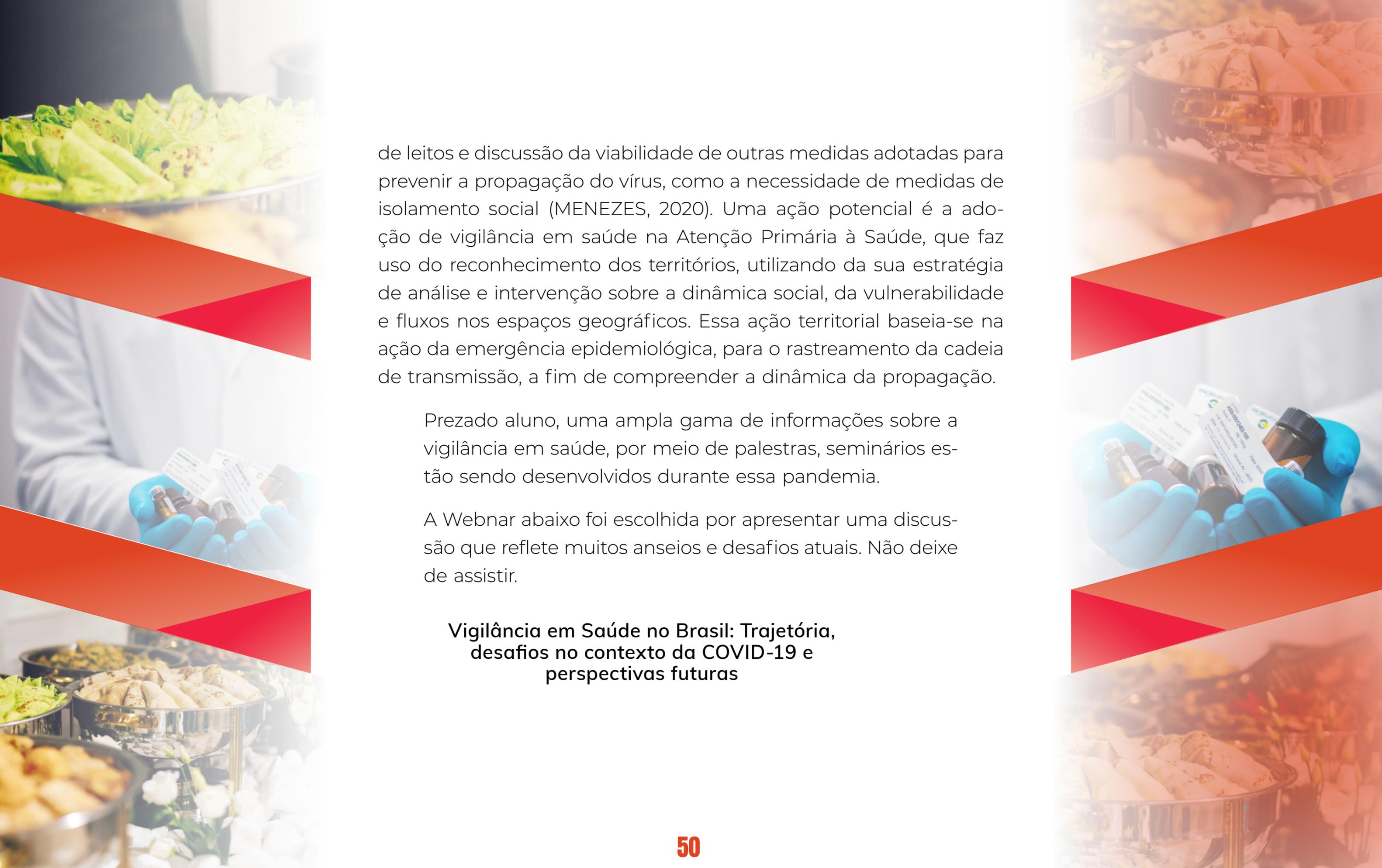


operacionais na sua implementação. Por isso apresentam diferentes adesões em países, assim como nas regiões, estados e municípios brasileiros (AQUINO *et al.*, 2020).

O impacto dessas medidas, perpassa pelo estabelecimento de políticas públicas de saúde e de proteção social e apoio à populações em situação de vulnerabilidade, para garantir a sobrevivência de indivíduos e famílias até que as restrições para o desenvolvimento de atividades econômicas sejam eliminadas. (AQUINO *et al.*, 2020). Dessa forma, a tendência é de que o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde enfrente problemas de regulamentação sanitária.

O enfrentamento da pandemia, no Brasil, exige que as ações da Vigilância em Saúde sejam globais e locais, considerando a importância das informações para que as medidas sanitárias contemplem as particularidades geográficas de cada região, das tecnologias em saúde e do conhecimento acumulado sobre o enfrentamento da COVID-19. Nesse sentido, a complexidade da realidade brasileira e da própria vigilância em saúde, impõe uma ação da vigilância orientada na universalidade, integrada, participativa e territorial, protagonizada pelos trabalhadores do SUS. (FRANCO *et al.*, 2017).

O imediatismo determinado pela pandemia, exige que a Vigilância em Saúde monitore a extensão da doença no país, realizando comparação entre países e entre regiões e estados brasileiros, para auxiliar na gestão da crise, sobretudo para decisões sobre alocação de recursos, aquisição de fármacos, equipamentos, disponibilização



de leitos e discussão da viabilidade de outras medidas adotadas para prevenir a propagação do vírus, como a necessidade de medidas de isolamento social (MENEZES, 2020). Uma ação potencial é a adoção de vigilância em saúde na Atenção Primária à Saúde, que faz uso do reconhecimento dos territórios, utilizando da sua estratégia de análise e intervenção sobre a dinâmica social, da vulnerabilidade e fluxos nos espaços geográficos. Essa ação territorial baseia-se na ação da emergência epidemiológica, para o rastreamento da cadeia de transmissão, a fim de compreender a dinâmica da propagação.

Prezado aluno, uma ampla gama de informações sobre a vigilância em saúde, por meio de palestras, seminários estão sendo desenvolvidos durante essa pandemia.

A Webnar abaixo foi escolhida por apresentar uma discussão que reflete muitos anseios e desafios atuais. Não deixe de assistir.

Vigilância em Saúde no Brasil: Trajetória, desafios no contexto da COVID-19 e perspectivas futuras



Sugere-se a leitura do artigo abaixo, que trata dos desafios e impactos das medidas de distanciamento social no Brasil

Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: potenciais impactos e desafios no Brasil

O *podcast* Plantão Coronavírus é um veículo de informação atualizado diariamente sobre a pandemia. Mantenha-se informado!

Plantão Coronavírus



CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este *e-book* é um material articulado do desenvolvimento da disciplina Gestão da Vigilância à Saúde. Espera-se que vocês tenham aproveitado o tempo e as informações disponibilizadas para despertar o desejo de entender mais e mais sobre a Vigilância à Saúde, um tema que se apoia na rearticulação de saberes e práticas e com isso almeja reorganizar e consolidar os princípios do SUS, com práticas específicas e complexas, vislumbrando o modo de vida das pessoas e como elas adoecem e não somente a doença.

Um forte abraço a todos!

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, N.A. O conceito de saúde e a vigilância sanitária: notas para a compreensão de um conjunto organizado de práticas de saúde. In: COSTA, E. A. (org.) **Vigilância Sanitária: desvendando o enigma**. Salvador: EDUFBA, 2008.

AQUINO, E. M.; SILVEIRA, I. H.; PESCARINI, J. M.; AQUINO R.; SOUZA-FILHO. Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, p. 2423-46, 2020.

ARREAZA, A. L. V.; MORAES, J. C. Vigilância da saúde: fundamentos, interfaces e tendências. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 4, p. 2215- 2228, 2010.

BAI Y.; YAO L.; TIAN F.; JIN D. Y.; CHEN L.; WANG M. Presumed Asymptomatic Carrier Transmission of COVID-19. **JAMA**, v. 323, n. 14, p 1406-07, 2020

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

BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual de Gestão da Vigilância à Saúde /**, Secretaria de Vigilância à Saúde. Diretoria de Apoio à Gestão em Vigilância à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL, Ministério da Saúde. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília DF, 19 set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso 12 maio 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº1378, de 09 de julho de 2013**. Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância à Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância à Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Ministério da Saúde, 2013

BRASIL. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Vigilância em Saúde. Parte 2 Coleção Para entender a gestão do SUS. 1. ed. Brasília: CONASS, v. 06, 2011.

BRASIL. **Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS)**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Painel Coronavírus [Internet]. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>, Acesso em: 14 out. 2020.

CONASS, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Vigilância em Saúde Parte 1**. Volume 5. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2015a. (Coleção Para Entender a gestão do SUS).

CONASS, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Vigilância em Saúde Parte 2**. Volume 6. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2015b. 25 páginas – (Coleção Para Entender a gestão do SUS).

COSTA, E. A. Regulação e Vigilância Sanitária. In: ROUQUAYROL, M. Z; SILVA, M.G.C. (org.). **Epidemiologia & Saúde**. 7. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2013.

CZERESNIA D, FREITAS C. M. (org.). O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003. p. 39-53.

EIKENBERRY, S. E. *et al.*, Tomaskornottomask: Modeling the potential for face mask use by the general public to curtail the COVID-19 pandemic. **InfectDisModel**. v. 5, p. 293-308, 2020.

FORATTINI, O. P. **Ecologia, epidemiologia e sociedade**. 2. ed. São Paulo: Artes Médicas; 2004. p. 405-408.

FRANCO, N.G.; VILLARDI JR; MACHADO J.M.H. *et al.* Vigilância em saúde brasileira: Reflexões e contribuição ao debate da 1ª conferência nacional de vigilância em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 22(10): 3137-48, 2017.

GONDIM, G. M. M. Espaço e Saúde: uma (inter)ação provável nos processos de adoecimento e morte em populações. In: MIRANDA, A. C. (org.). **Território, Ambiente e Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 57-75, 2008.

HALLAL P. *et al.*, Remarkable variability in SARS-CoV-2 antibody seroprevalence across Brazilian regions: nationwide serological household survey in 27 states. **medRxiv** 2020 [preprint]. Disponível em: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.05.30.20117531v1>. Acesso em: 14 out. 2020.

KRAEMER M. U.; TAG C. H.; GUTIERREZ B.; WU C. H.; KLEIN B.; PIGOTT D. M.; *et al.* The effect of human mobility and control measures on the COVID-19 epidemic in China. **Science**. Pii:eabb4218, 2020.

KEER, L.; KENDALL, C.; SILVA, A. A. M.; AQUINO, E. M. L.; PESCARINI, J. M.; ALMEIDA, R. L. F. *et al.*, COVID-19 no Nordeste brasileiro: sucessos e limitações nas respostas dos governos dos estados. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, supl 2, p: 4099-4120, 2020.

LEAVELL, H; CLARK, E.G. **Medicina Preventiva**. São Paulo: McGraw-Hill, 1976.

LEWY, J. A.; LO, N. C. Scientific and ethical basis for social-distancing interventions against COVID-19. **Lancet InfectDis.**, v. 20, n. 6, p. 631, 2020,

LIEBER, R. R.; ROMANO, N. S. **Saúde, ambiente, produção e o enfoque de risco**. Trabalho apresentado no Encontro da Associação Brasileira de Estudos do Trabalho, 5, 1997, Rio de Janeiro. Mimeografado.

LUCHESE, G. **Globalização e regulação sanitária: os rumos da vigilância sanitária no Brasil**. Orientadora: Cristina Possas 326 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.

LUIZ, O. C.; COHN, A. Sociedade de risco e risco epidemiológico. **Cadernos de Saúde Pública**, São Paulo, v. 22, n. 11, p. 2339-47, 2006.

MENEZES, R. O. A. Vigilância em saúde na pandemia viola direitos de personalidade do paciente? **Boletim de notícias ConJur**. 24 ago. 2020. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2020-ago-24/direito-civil-atual-vigilancia-saude-pandemia-viola-direitos-personalidade>. Acesso 19 out. 2020.

OLIVEIRA, C. M.; CRUZ, M. M. Sistema de Vigilância em Saúde no Brasil: avanços e desafios. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p: 255-67, 2015.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. de. **A Crise da Saúde Pública e a utopia da Saúde Coletiva**. Salvador: Casa da Qualidade, 2000.

SILVA JÚNIOR, A. G.; ALVEZ C. A. **Modelos assistenciais em saúde: desafios e perspectivas**. In: MOROSINI M. V.G.C.; CORBO A. (org.). Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2007, p. 27-41. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=Material&MNU=&Tipo0=1&Num=26>, Acesso em: 14 out. 2020.

SILVA, L. A. A vigilância permanente da saúde e o método epidemiológico. **Revista de Saúde Pública de Santa Catarina**, Florianópolis, v. 1, n. 1, p. 36-45, 2008.

TEIXEIRA, C. F. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. **Cadernos de Saúde Pública**, São Paulo, v. 18, supl., p. 153-162, 2002.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBÔAS, A. L. **SUS: modelos assistenciais e vigilância da saúde**. Informe Epidemiológico do SUS, VII(2): 7-28, 1998.

VAN DOREMALEN N.; BUSHMALER T.; MORRIS D. H.; HOBROOK M. G.; GAMBLE A.; WILIAMSON B. N. *et al.* Aerosol and Surface Stability of SARS-CoV-2 as Compared with SARS-CoV-1. **New England Journal of Medicine**. V. 382, n. 16, p. 1564-67, 2020.

VECINA NETO, G.; MARQUES, M. C. da C.; FIGUEIREDO, A. M. Vigilância sanitária no Brasil. In: CAMPOS, G. W. de S. *et al.* (org.) **Tratado de saúde coletiva**; S.l: [s.n.], 2006.

WORD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Water, sanitation, hygiene and waste management for COVID-19: technical brief**, 03 de march 2020. Geneva: WHO; 2020.

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CENTRO-OESTE DO PARANÁ
UNICENTRO**

**NÚCLEO DE EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA - NEAD
UNIVERSIDADE ABERTA DO BRASIL - UAB**

Prof.^a Dr.^a Eliane Horbus
Coordenador Geral Curso

Prof.^a Dr.^a Maria Aparecida Crissi Knuppel
Coordenadora Geral NEAD / Coordenadora Administrativa do Curso

Prof.^a Ms.^a Marta Clediane Rodrigues Anciutti
Coordenadora de Programas e Projetos / Coordenadora Pedagógica

Maicon Ferreira de Souza
Apoio Pedagógico

Ruth Rieth Leonhardt
Revisora

Murilo Holubovski
Designer Gráfico

Fev/2021