

## Vigilância epidemiológica: conceitos e institucionalização

### *Epidemiological surveillance: concepts and institutionalization*

Maria Ilk Nunes de Albuquerque <sup>1</sup>  
Eduardo M. Freese de Carvalho <sup>2</sup>  
Luci Praciano Lima <sup>3</sup>

<sup>1</sup> Departamento de Enfermagem. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal de Pernambuco. Rua Prof. Moraes Rego, s/n. Hospital das Clínicas. Campus Universitário. Cidade Universitária. Recife, Pernambuco, Brasil. CEP: 50.670-901. Tel: (81) 327.18543

<sup>2</sup> Pós-Graduação do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães. Escola Nacional de Saúde Coletiva da Fundação Oswaldo Cruz. Departamento de Medicina Social. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal de Pernambuco.

<sup>3</sup> Departamento de Medicina Social. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal de Pernambuco.

**Abstract** *This article, based on literature review, addresses relevant conceptual and institutional aspects of Epidemiological Surveillance (ES) in public health policies as well as the use of the term "surveillance" and the incorporation of the term "epidemiological". Epidemiological surveillance in the context of sanitary legislation focuses on diseases of mandatory notification to health authorities which in time has become one of the priorities of the National System for Epidemiological Surveillance. There is an effort to describe factors impacting ES institutionalization where the difficulty of adoption and/or object redefinition, methods and proposals are focused. Due to its scope in the process of health decentralization, principally at the municipal level, this represents an effective opportunity not only for the evaluation of ES policies, but for the understanding of mechanisms remitting to the use of the new terminology concerning "Public Health Surveillance", internationally adopted since the 90's.*

**Key words** *Epidemiological surveillance, Diseases notification, Institutionalization*

**Resumo** *O artigo expõe, com base em uma revisão da literatura, aspectos relevantes da conceitualização e institucionalização da Vigilância Epidemiológica (VE) enquanto prática de saúde pública e aborda também, a utilização do termo "vigilância" e a incorporação do qualificativo "epidemiológica". Apresenta-se a VE no contexto da legislação sanitária, com ênfase nas doenças de notificação compulsória, que têm representado ao longo do tempo uma das prioridades do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica. Procuram-se descrever fatores que repercutem na institucionalização da VE, onde se inclui a dificuldade de adoção e/ou redefinição do objeto, métodos e propósitos. Devido à abrangência das suas atribuições no processo de descentralização da saúde, principalmente na instância municipal, esta representa um espaço efetivo tanto para a avaliação da prática da VE, quanto para a compreensão dos mecanismos de abordagem que remetem à utilização de novas terminologias à luz da "Vigilância em Saúde Pública" adotada internacionalmente desde a década de 90.*

**Palavras-chave** *Vigilância epidemiológica, Notificação de doenças, Institucionalização*

O estudo tem como objetivo apresentar uma evolução cronológica da “vigilância” e seus múltiplos conceitos, bem como, concepções, configurações e possibilidades de atuação, enquanto prática de saúde pública institucionalizada, em um processo dinâmico. O termo “vigilância” tem sido objeto de redefinições com significados internacionalmente reconhecidos, em que pese a relevante importância da aplicabilidade das suas ações. Desde a Idade Média e até os séculos XVII e XVIII, o vocábulo “vigilância” era vinculado aos conceitos de isolamento e quarentena. No entanto, a vigilância enquanto “instrumento de saúde pública” surgiu no final do século XIX, com o desenvolvimento da microbiologia. A sua prática, em todo o mundo, pautava-se nas chamadas doenças pestilenciais, como a varíola e a febre amarela, e à execução de medidas “poli-cialescas”.<sup>1</sup>

Uma designação ao termo vigilância, adotada na Inglaterra no século XIX, por Farr, e citada por Waldman (1998: 10)<sup>2</sup> foi a de “*inteligência epidemiológica*”, compreendida como sendo a “... *faculdade ou habilidade de aprender, apreender ou compreender*”, bem como, num sentido mais restrito, de “...*obter e dispor de informações particularmente secretas*.” O termo “inteligência”, pelo seu significado de caráter predominantemente militar foi substituído por “vigilância”, em 1955, e aplicado pela primeira vez em saúde pública.

No Brasil, no início do século XX, (1902) quando eclodiu a epidemia de peste no Rio de Janeiro, uma lei do Congresso Nacional estabeleceu as bases para os serviços de defesa sanitária da então Capital Federal, e visando superar tal situação, impôs a notificação obrigatória dos casos de tifo, cólera, febre amarela, peste, varíola, difteria, febre tifóide, tuberculose aberta e lepra ulcerada. As pessoas que omitissem a notificação de quaisquer dessas doenças estariam sujeitas aos rigores do Código Penal, e poderiam sofrer penalidades que iam desde o pagamento de multas até a prisão, segundo Costa.<sup>3</sup> Este autor ressalta que em 1914, a legislação sanitária brasileira se expandiu para 19 inspetorias de saúde distribuídas pelo litoral brasileiro, extrapolando o eixo Rio - São Paulo. Essas inspetorias teriam como prioridade vigilância do cólera, da febre amarela e da peste, pautando-se em medidas sanitárias permanentes. Excepcionalmente outras doenças infecciosas teriam as medidas de prevenção definidas de acordo com a “particularidade” de cada ocorrência.

Nesse mesmo ano, foi definida outra relação de doenças de notificação compulsória, contendo as seguintes doenças: febre amarela, peste, cólera, varíola, impaludismo, lepra, tifo e tuberculose. Em

relação a esses fatos, Costa,<sup>3</sup> acrescenta que a conjuntura sanitária do início do século XX, foi a etapa mais importante das políticas de saúde pública no país, merecendo destaque na “historiografia brasileira”. Os estudos se concentravam na compreensão da amplitude da resistência política e cultural da época que suscitaram ações de controle em saúde.

Outra consideração de Costa,<sup>3</sup> expressa que: as três primeiras décadas do século XX, podem ser referidas como um período de “hegemonia das políticas de saúde pública”, cujo modelo de atenção em saúde era orientado, principalmente, para o controle de epidemias e para a adoção generalizada de ações de imunização. Ancorado-se nesse referencial, sem absorver eventuais possibilidades de distorções que pudessem existir, a vigilância configurava a sua atuação no país, pautada exclusivamente nas doenças transmissíveis, como resultado da concepção da qual emergiu.

Retornando ao pólo de discussão das redefinições do termo “vigilância”, verifica-se que, na primeira metade da década de 60, consolidou-se, internacionalmente, uma maior abrangência de sua conceituação. Waldman,<sup>4</sup> destaca que o conceito de vigilância passou a ter um sentido mais amplo e foi desenvolvido, inicialmente, por Langmuir e por Raska. O primeiro atuava, no Centers for Diseases Control (CDC) em Atlanta nos Estados Unidos da América (EUA) e o segundo, no Instituto de Microbiologia e de Epidemiologia de Praga, na Tchecoslováquia. Assim, em 1963 Langmuir, citado por Waldman (1993: 46),<sup>4</sup> define vigilância como sendo: “*A observação contínua da distribuição e tendências da incidência de doenças mediante coleta sistemática, consolidação e avaliação de informes de morbidade e mortalidade, assim como de outros dados relevantes e a regular disseminação dessas informações a todos que necessitam conhecê-las.*”

A partir de 1964, Raska, conforme Waldman,<sup>4</sup> se preocupou em diferenciar a “vigilância” da pesquisa epidemiológica, agregando ao termo “vigilância” o qualificativo “epidemiológica”, propondo inclusive, a ampliação das suas ações para outras doenças, além das doenças transmissíveis. No ano seguinte, a designação foi consagrada internacionalmente, com a criação da Unidade de Vigilância Epidemiológica da Divisão de Doenças Transmissíveis da Organização Mundial da Saúde (OMS). Desse modo, a vigilância epidemiológica (VE) passou a ser interpretada como o acompanhamento sistemático de doenças na comunidade, com o propósito de aprimorar as medidas de controle.

Nesse sentido, a Campanha de Erradicação da

Varíola (CEV) (1966-1973), tomando como referência as experiências do programa de erradicação da malária, na década de 50, auxiliou no aprimoramento e incorporação das atividades da vigilância epidemiológica aos programas de controle de doenças transmissíveis no mundo. No Brasil, notadamente, a CEV motivou a ampliação da vigilância epidemiológica às doenças imunopreveníveis, e subsidiou a elaboração, em 1969, do sistema nacional de notificação semanal de doenças.<sup>5</sup> Vale registrar, que a concepção de vigilância epidemiológica enquanto "informação para a ação", aplicável à rede de serviços de saúde, no país, foi introduzida oficialmente no início da década de 70, ainda durante a CEV.<sup>1</sup>

Em 1968, realizou-se a XXI Assembléia Mundial de Saúde, na qual ocorreram discussões técnicas sobre a vigilância epidemiológica. Na ocasião, foi aceita a incorporação, como objeto do seu interesse, de outras doenças e agravos, além das doenças transmissíveis. A vigilância foi adquirindo, assim, um sentido amplo e mais estratégico.<sup>1</sup> Contudo, a ampliação da abrangência do objeto da VE para outras doenças, além das doenças transmissíveis sugeria uma construção extremamente complexa na produção de conhecimentos, exigindo uma dinâmica institucional de produção contínua e sistemática de informações individuais e/ou coletivas, que pudessem configurar a "nova demanda", focalizada na reorganização da sua prática.

A percepção crescente da importância da prática da VE, levou a Organização Mundial da Saúde e a Organização Panamericana da Saúde (OPAS), na década de 70, a incentivarem a criação de sistemas de vigilância epidemiológica nos países em desenvolvimento, ampliando as ações para um conjunto maior de doenças transmissíveis. Esses sistemas visavam, principalmente, a redução da morbimortalidade entre crianças e jovens. Nesse enfoque, a vigilância epidemiológica surge conjugada às diversas ações de controle de doenças e de agravos.<sup>6</sup>

Em 1973, no I Seminário Regional dos Sistemas de Vigilância Epidemiológica de Enfermidades Transmissíveis e Zoonoses das Américas, realizado no Rio de Janeiro, que ocorreu em plena epidemia de meningite meningocócica no Brasil, a discussão sobre a vigilância epidemiológica sofreu um grande impulso.<sup>7</sup> Baseados nesse evento, Fossaert *et al.*<sup>8</sup> publicaram em 1974, um artigo fazendo uma revisão conceitual da "vigilância epidemiológica", estabelecendo uma definição abrangente, contemplando o propósito, as funções, as atividades e as modalidades operacionais. Assim, definiram a "vigilância epidemiológica" como sendo: "... o conjunto de atividades que permite reunir informações indispen-

sáveis para conhecer em todo momento o comportamento ou história natural das doenças, detectar ou prever qualquer mudança que possa ocorrer por alterações dos fatores condicionantes, com o fim de recomendar oportunamente, sobre bases firmes, as medidas indicadas à prevenção e controle da doença" (Fossaert *et al.*; 1974: 522).<sup>8</sup> Partindo desse enfoque, Paim,<sup>9</sup> aponta para o fato de que, em meio a uma grave crise sanitária no país, na década de 70, as discussões sobre vigilância epidemiológica ganhavam continuidade e consistência.

Em 1975, por recomendação da V Conferência Nacional de Saúde, a "vigilância epidemiológica" passou a ser, institucionalmente, definida no país em bases legais, através da Lei Federal 6.259 de 1975, assim: "A vigilância epidemiológica compreende as informações, investigações e levantamentos necessários à programação e à avaliação das medidas de controle de doenças e de situações de agravos à saúde" (Brasil. Lei ...; 1975: 4433),<sup>10</sup> a ênfase é na atuação sobre as doenças transmissíveis, tendo sido incluídas na relação das doenças de notificação compulsória, algumas doenças imunopreveníveis. A lei foi regulamentada pelo Decreto 78.321 de 1976,<sup>11</sup> que instituiu o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE) e o conceitua como o conjunto de informações e investigações necessárias à programação e a avaliação das ações de controle de doenças e de agravos à saúde. No artigo 13 (I) do referido decreto, ficou definido que fossem consideradas como informações básicas para o funcionamento do SNVE a notificação compulsória de doenças, as declarações e/ou atestados de óbito os estudos epidemiológicos realizados por autoridades sanitárias e a notificação de agravos inusitados e outras doenças, cuja ocorrência de casos julgada anormal, fossem plausíveis para a adoção de medidas de controle de âmbito coletivo.

O conjunto de doenças, então consideradas de maior relevância para o país, regulamentado pelo Decreto 78.321 de 1976,<sup>11</sup> foi o apresentado a seguir:

Doenças sujeitas ao Regulamento Sanitário Internacional: varíola, febre amarela, peste e cólera;

Doenças vinculadas ao Programa Nacional de Imunização: poliomielite, sarampo, tétano, difteria, coqueluche, raiva, febre tifóide e doença meningocócica;

Doenças controláveis através de ações coordenadas por órgãos específicos do Ministério da Saúde: malária, hanseníase, tuberculose e meningites em geral.

Isso posto, passou a predominar a idéia de que, partindo de programas específicos e de resultados

concretos em relação ao controle de doenças, se organizassem estruturas nos níveis nacional, estadual e regional que pudessem apoiar tecnicamente, os serviços de saúde na utilização do método epidemiológico. Vale salientar que, o decreto antes referido, não inclui o município como uma das instâncias responsáveis pelo SNVE.<sup>12</sup>

O SNVE, não se resume, pelo menos ao considerar os dispositivos legais existentes, às doenças transmissíveis, cabendo inclusive distintas interpretações à leitura de sua definição. Embora a prática e as experiências disponíveis de sua aplicação demonstrem a heterogeneidade com que veio a ser implantado, continua-se privilegiando o grupo das doenças transmissíveis. E essa não é uma característica apenas do sistema de vigilância epidemiológica do Brasil. Goodman *et al.*<sup>13</sup> destacam que, durante a década de 70, a vigilância de saúde pública dos EUA, se concentrava, quase que exclusivamente, na detecção e no seguimento de casos de determinadas doenças transmissíveis.

A retomada da discussão sobre o emprego do método epidemiológico para outras doenças e agravos, que não as doenças transmissíveis, foi tema do "Seminário sobre Usos y Perspectivas de la Epidemiologia", realizado em Buenos Aires, na Argentina em 1983,<sup>14</sup> sob a coordenação da OPAS. Desse evento, surgiu a indicação de que as atividades da VE fossem ampliadas, passando a incluir as doenças crônicas, as "causas externas", as doenças relacionadas ao processo de trabalho, e outros agravos à saúde.

Entretanto, algumas observações são feitas em relação à ampliação do objeto e das atividades da vigilância epidemiológica, com a inclusão de outros agravos no seu campo de abrangência. Goldbaum (1992: 61),<sup>15</sup> destaca que: "*O modelo criado para um conjunto de doenças passíveis de controle ou prevenção coletivas passa "acriticamente" a ser aplicado para outras tantas situações, nas quais sua eficácia ou pertinência é duvidosa.*" O autor citado, deixa evidente a necessidade de se aprofundarem as discussões, com vistas à construção de um modelo capaz de situar a "nova proposta".

No Brasil, a década de 80 foi marcada por uma conjuntura política de transição democrática, alargando os espaços para inúmeras discussões acerca de toda a estrutura do sistema de saúde, com ênfase nas formas de organização das ações e serviços, bem como, na melhoria das condições de vida e de saúde da população.

Assim, em 1986, a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) e a Universidade Federal da Bahia (UFBA), promoveram

um seminário sobre: "As Perspectivas da Epidemiologia frente à Reorganização dos Serviços de Saúde".<sup>16</sup> Nesse evento, evidenciou-se que as limitações da vigilância epidemiológica poderiam ser enfrentadas em duas dimensões. A primeira partiria da necessidade de constituir-se em parte do sistema de informação em saúde interinstitucional que não discrimine a informação epidemiológica da operacional - o que prejudica a análise, tanto das condições de saúde como dos serviços; a segunda dimensão referia-se à ampliação do seu objeto de trabalho com a introdução de métodos inovadores de vigilância de grupos populacionais de alto risco e monitoramento de exposição a fatores de risco.

No contexto da redemocratização do país, e no âmbito dos paradoxos existentes no próprio processo, ocorreu em 1986, o evento mais importante das últimas décadas do século passado, do ponto de vista político-sanitário, a VIII Conferência Nacional de Saúde.<sup>17</sup> O destaque é dado, principalmente, por seu caráter democrático, imprimindo uma dinâmica de intercâmbio entre diferentes atores sociais envolvidos no setor saúde, na construção da proposta de reforma sanitária brasileira. O seu relatório final influenciou de forma significativa a elaboração e concretização das propostas relativas à saúde, na Constituição Federal de 1988,<sup>18</sup> que instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS).

Mais adiante, após vários debates para regulamentar a implantação do SUS, foi elaborada a Lei Orgânica da Saúde (LOS), Lei Federal 8.080 de 1990,<sup>19</sup> que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, implementando-se em seguida, as constituições estaduais e as leis orgânicas municipais. Em relação ao objeto específico deste estudo observa-se, como parte das transformações ocorridas, que a Lei 8.080 de 1990 considera o município como instância privilegiada para o desenvolvimento das ações de saúde, e reconhece a importância da descentralização da vigilância epidemiológica ampliando a sua definição para: "*O conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças e agravos.*" (Brasil. Lei ...; 1990: 18055).<sup>19</sup>

Todavia, mantém-se o SNVE, conforme estabelecido na Lei n.º 6.259 de 1975,<sup>10</sup> o que passou a ser considerado como um "convívio contraditório" para a legislação do SUS, conforme enfatiza Paim.<sup>9</sup> Entretanto, o Ministério da Saúde expôs através do Guia de Vigilância Epidemiológica,<sup>5</sup> que a definição

de Vigilância Epidemiológica da Lei 8.080 de 1990,<sup>19</sup> não altera o que há de substancial na concepção atribuída pelo SNVE, em 1976.

Nessa perspectiva, realizou-se em Brasília, em 1992, o "I Seminário Nacional de Vigilância Epidemiológica", que propôs a reorganização do SNVE a partir de um "pacto governamental", entendido como a estratégia para viabilização de uma prática de descentralização, que incluísse a mudança imediata de procedimentos que caracterizam a excessiva centralização dos programas e a fragmentação de rotinas da vigilância epidemiológica. O evento ressaltou, também, que um dos maiores entraves no desenvolvimento do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, é a desorganização dos serviços de saúde.<sup>20</sup>

Mais precisamente, a necessidade da reorganização dos serviços de saúde é absolutamente indissociável do processo de descentralização da VE, considerando que as aplicações de suas ações não são fatos isolados em si mesmos, mas, um conjunto de fatos que decorrem da dinâmica institucional do setor saúde.

Cabe destacar ainda, que dentro dos preceitos legais, em maio de 1996, o Ministério da Saúde (MS)<sup>21</sup> publicou a Portaria 1.100, que pela primeira vez, após a implantação do SUS e a reforma administrativa do MS, explicitou uma relação contendo todas as doenças de notificação compulsória, antes dispersas em várias portarias, publicadas ao longo do tempo. Nessa nova listagem ocorreu a inclusão das hepatites virais.

Ainda dentro das prerrogativas legais vigentes, a sustentabilidade financeira da proposta de descentralização da vigilância epidemiológica foi assegurada pela Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde, n.º 1 de 1996 (NOB-SUS, 1996), do Ministério da Saúde,<sup>22</sup> que faz alusão à transferência de recursos financeiros fundo a fundo, para que estados e municípios possam assumir atribuições e responsabilidades, antes exclusivas da instância federal, cabendo a cada um custear as ações de epidemiologia e de controle das doenças e dos agravos, formalizando a criação e operacionalização de sistemas locais de vigilância epidemiológica.

A importância do processo de descentralização da vigilância pode revelar-se na melhoria da capacidade de resposta aos problemas de saúde, na instância municipal do SUS, onde a vigilância epidemiológica se constitui e atua diretamente, pois se trata do contexto a partir do qual emerge e se define uma situação epidêmica, e conseqüentemente, há uma maior oportunidade para que as ações de controle sejam desencadeadas com rapidez e agilidade. Em

diferentes municípios e, principalmente em algumas capitais brasileiras, as ações da vigilância epidemiológica vêm sendo ampliadas para outras doenças e agravos a saúde, além da listagem oficial de doenças de notificação compulsória nacional.

Contudo, a relação de doenças de notificação compulsória nacional tem sofrido revisões periódicas. Em 1998, o Ministério da Saúde<sup>23</sup> publicou a Portaria 4.052, atualizando a listagem de doenças de notificação compulsória, contemplando as doenças anteriores, exceto as hepatites virais, *lato sensu*, passando à notificação apenas da hepatite do tipo B. Acrescenta-se à lista, a meningite por *Haemophilus influenzae* e as paralisias flácidas agudas. No artigo 2º da referida portaria se recomenda que "...*todo e qualquer surto ou epidemia, assim como a ocorrência de agravo inusitado, independentemente de constar na lista de doenças de notificação compulsória, deve ser notificado imediatamente*" (Ministério da Saúde; 1998: 19).<sup>23</sup>

Um certo entendimento da "vigilância", atualmente, implica em lançar-se um duplo olhar, a saber: de um lado, o modelo tradicional vigente da vigilância epidemiológica, referindo-se ao seu eixo central que já se tornou clássico, à ênfase no processo informação-decisão-ação, preservando características específicas e considerando como objeto de sua prática os problemas de saúde, que por sua magnitude, transcendência, susceptibilidade, gravidade e vulnerabilidade,<sup>6</sup> e disponibilidade de tecnologias, mostrem-se adequados à sua intervenção no âmbito coletivo; de outro lado, as propostas de discussão da "vigilância à saúde", na busca de uma concepção mais abrangente, enquanto instrumento de saúde pública.<sup>4</sup>

Thacker e Berkelman,<sup>24</sup> em 1988, discutem entre outros pontos, se o termo "epidemiológica" é apropriado para qualificar a "vigilância", justificando, que as atividades da vigilância, enquanto prática de saúde pública, situam-se em um momento anterior à implementação de pesquisas e à elaboração de programas de controle de eventos adversos à saúde. A propósito dessa discussão os autores propuseram a substituição sob a denominação de "vigilância em saúde pública". E, no ano de 1989, o terminologia vigilância epidemiológica foi substituída internacionalmente, pela denominação de vigilância em saúde pública, enfatizando que a alteração na denominação não implicava na adoção de novos aspectos conceituais ou operacionais da vigilância epidemiológica.

Assim, Waldman (1998: 11)<sup>2</sup> enfatiza que: "... o uso do termo 'epidemiológica' para qualificar vigilância é equivocado, uma vez que epidemiologia é uma disciplina abrangente, que incorpora a pesquisa e

cuja aplicação nos serviços de saúde vai além do instrumento de saúde pública que denominamos vigilância." O autor citado, expõe uma série de questões discutidas em relação à incorporação da vigilância epidemiológica ao sistema de saúde do país, que se caracteriza, notadamente, mais como um sistema de informação que apoia os programas e/ou medidas de controle de doenças transmissíveis, do que enquanto recursos de apoio técnico-gerencial aos serviços de saúde. Esse fato é apontado, pelo autor, como críticas que de alguma forma, constituíram as origens de propostas que receberam a denominação de "vigilância à saúde". Essa terminologia, vem atraindo polêmicas na construção da sua funcionalidade institucional, no que se refere à definição concreta do seu objeto.

Segundo Barradas,<sup>6</sup> as discussões sobre vigilância à saúde, desdobram-se em pelo menos duas tendências: uma, que defende a necessidade de superar a dicotomia entre a prática da vigilância epidemiológica e da vigilância sanitária, diluindo-as em um único bloco - as chamadas ações coletivas de saúde; e outra, que defende uma certa especificidade dos objetos e métodos de intervenção, suficientes para caracterizar dois conjuntos de atividades separadas, porém, integradas. A autora mencionada considera que essas trajetórias compõem-se de duas concepções, "generalidade versus especificidade" as quais se desdobram em três possibilidades organizacionais: a primeira reúne um conjunto indiferenciado de práticas de saúde, a segunda um conjunto particular de práticas de vigilância e a terceira um conjunto singular de práticas de vigilância epidemiológica.<sup>6</sup>

Teixeira *et al.*<sup>25</sup> propõem que a concepção de "vigilância da saúde" incorpore novos sujeitos, e não só o conjunto de trabalhadores de saúde. Portanto, deverá buscar formas efetivas de envolvimento da população organizada, compondo, assim, um modelo assistencial que supere os modelos vigentes, e provoque a redefinição do objeto, do processo de trabalho, das relações técnicas e sociais e da "cultura sanitária".

Atualmente, encontra-se em discussão/implementação, o projeto Vigilância em Saúde no Sistema Único de Saúde (VIGISUS)<sup>26</sup> do Ministério da Saúde, que propõe através de financiamento específico, com recursos extra-orçamentários, a estruturação de sistemas de vigilância em saúde adequados ao princípio da descentralização do SUS. O objetivo do projeto é a construção de um Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (SNVS), hierarquizado, no qual os sistemas municipais e estaduais e federal de vigilância em saúde estarão estruturados para o exercício

das ações e aptos a realizar permanentemente, tarefas capazes de garantir as atividades de prevenção e controle das doenças e agravos mais importantes, de acordo com a estrutura epidemiológica de cada instância.

A proposta do VIGISUS se orienta no sentido de uma nova disposição, na qual cada instância do SUS passa a ser responsável pelo monitoramento global da saúde de sua comunidade e pela vigilância de fatores condicionantes e determinantes dos agravos, além de propostas de intervenção que se mostrem necessárias. Após importantes e intensivos debates entre técnicos das três esferas de governo, decidiu-se por uma divisão de atribuições da vigilância, que deixa de ter como eixo doenças, privilegiando pessoas e territórios. A vigilância, nessa perspectiva, denominada de vigilância em saúde, apontaria na direção da superação da discrepância entre as "práticas coletivas" de vigilância epidemiológica e sanitária e as "práticas individuais" da assistência.

O projeto VIGISUS prioriza quatro áreas programáticas: a da estruturação "sistêmica" da Vigilância Ambiental, a da Vigilância Epidemiológica, a da estruturação das ações de prevenção e controle de doenças na Amazônia legal e a das ações voltadas para atenção à saúde das populações indígenas. Há registros no VIGISUS de que a proteção à saúde é compreendida como vigilância em saúde, incluindo a Vigilância Sanitária, a Vigilância Epidemiológica e a Vigilância Ambiental.

Pelo exposto até aqui, percebe-se que a vigilância epidemiológica, institucionalizada ao longo do tempo, tem assumido contornos mais definidos, principalmente, através dos preceitos legais. A operacionalização da VE compreende um ciclo completo de funções específicas e complementares, desenvolvidas continuamente, permitindo conhecer o comportamento e as características epidemiológicas das doenças e dos agravos, a qualquer momento.<sup>5</sup>

O "Guia de vigilância epidemiológica" do Ministério da Saúde<sup>5</sup> destaca que o Sistema de Vigilância Epidemiológica tem as suas atividades e atribuições definidas para os três níveis de atuação do SUS tendo por finalidade apresentar orientações técnicas, para as instâncias que têm a responsabilidade de decidir e executar ações de controle de doenças e de agravos, com a disponibilização de informações atualizadas sobre a ocorrência de doenças ou de agravos à saúde.

A partir da NOB-SUS, de 1996,<sup>22</sup> quando se definiram requisitos e atividades mínimas a serem desenvolvidas pelos municípios, de acordo com o nível de gestão no qual estivessem habilitados, foram sugeridas através do "Guia de vigilância epi-

demioológica",<sup>5</sup> as atividades a serem desenvolvidas pelas três instâncias do sistema de saúde. A seguir, serão destacadas algumas das atribuições do nível municipal:

- análise e acompanhamento do comportamento epidemiológico de doenças e agravos de interesse municipal e dos âmbitos federal e estadual, respeitada a hierarquia entre as instâncias;
- participação na formulação de políticas, planos, programas de saúde e na organização dos serviços;
- implantação, gerenciamento e operacionalização dos sistemas de informações de base epidemiológica para a análise da situação de saúde e a realização das investigações epidemiológicas com a solicitação de apoio a outras instâncias do SUS, nos casos de necessidades técnicas e/ou administrativas;
- participação, junto às instâncias responsáveis pela gestão da rede assistencial, na definição de padrões de qualidade de assistência;
- promoção de educação continuada dos recursos humanos e o intercâmbio técnico-científico com instituições de ensino, pesquisa e outras.

Um ponto de localização, no plano da vigilância, em meio às questões acima abordadas, destaca que a alteração na sua terminologia está fortemente assentada nas discussões teóricas. Porém, a sua operacionalização está sob a ação pública, institucionalizada até o momento no Brasil, sob as denominações de Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica e de Vigilância Ambiental. Portanto, ocorre que as terminologias "vigilância a saúde", "vigilância em saúde" e "vigilância da saúde" vêm sendo amplamente citadas na literatura, no país, sem contudo haver uma definição "instituída" dos seus objetos ou de uma conceitualização que seja remetida à prática.<sup>12</sup> Constatase, que as três práticas de vigilância, citadas anteriormente, ainda remetem as suas atividades a formas de atuação pouco integradas, valendo-se de cada terminologia para a regulamentação/institucionalização de objetivos específicos.

É importante assinalar, que continuando o processo periódico de revisão da listagem das doenças de notificação compulsória, através de critérios técnico-científico e/ou operacionais, em 1999, o Ministério da Saúde publicou a Portaria 1.461,<sup>27</sup> modificando a lista nacional, acrescentando os seguintes agravos: hepatite do tipo C, hantavirose e leptospirose. Destaca-se no ano 2000, a Portaria 993, do Ministério da Saúde<sup>28</sup> que altera mais uma vez a lista nacional das doenças de notificação, acrescentando a infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) em gestantes e crianças expostas ao risco de transmissão vertical e, revoga a

Portaria 1.461 de 1999.<sup>27</sup>

A despeito da relevância do que foi descrito, é importante enfatizar, no que concerne ao processo de descentralização, que uma concepção mais ampliada da vigilância deverá fundamentar-se, à luz da realidade local, pois: "*Os sistemas de vigilância variam consideravelmente em metodologia, abrangência e objetivos, características que são importantes num sistema podem ser menos importantes num outro (...), o êxito de um dado sistema de vigilância dependerá do equilíbrio adequado de suas características que são: simplicidade, aceitabilidade, sensibilidade, valor preditivo positivo, representatividade e oportunidade*" (CDC; 1988: 1-2).<sup>29</sup>

Portanto, a Vigilância Epidemiológica e/ou "Vigilância em Saúde Pública", esta última terminologia já utilizada pela OMS e pela OPAS em suas publicações, requerem uma institucionalização criteriosa, no país, com atualizações continuadas que possibilitem a compreensão do seu objeto e das suas atividades à realidade do processo de descentralização e da reorganização dos serviços de saúde, nas diferentes instâncias do SUS. Uma grande contribuição relacionada a esse aspecto está descrita no III Plano Diretor para o Desenvolvimento da Epidemiologia no Brasil,<sup>30</sup> que utiliza a terminologia "Vigilância em Saúde" enquanto prática epidemiológica nos programas e serviços de saúde, trazendo à tona problemas e proposições na sua institucionalização. Porém, o mais importante é a referência à inserção na agenda das várias instâncias da saúde, de discussões do III Plano Diretor da Epidemiologia, ratificando a ideia de se definir, conjuntamente, prioridades e intervenções.

O fato é que não se pode perder de vista que não basta apenas discussão e articulação para alterações de terminologias. É necessário também, um esforço sistemático e articulado capaz de promover um certo equilíbrio entre a configuração de uma terminologia e as potencialidades em provocar mudanças institucionais e/ou a construção de uma viabilidade técnico-científica que se traduza numa prática de saúde pública, sobretudo na VE, em face de suas peculiaridades.

## Referências

1. Waldman EA. Vigilância epidemiológica como prática de saúde pública [tese doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 1991.
2. Waldman EA. Usos da vigilância e da monitorização em saúde pública. *Inf Epidemiol SUS* 1998; 3: 7-26.
3. Costa NR. Lutas urbanas e controle sanitário: origens das políticas de saúde no Brasil. 2. ed. Petrópolis: Vozes; 1986.
4. Waldman EA. As concepções de vigilância como instrumento de saúde pública e a implantação do SUS. In: Anais do I Seminário Nacional de Vigilância Epidemiológica; 1992 dez 1-4; Brasília, DF, Brasil. Brasília, DF: Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), Centro Nacional de Epidemiologia (CENEPI); 1993. p.45-51.
5. Ministério da Saúde. FUNASA (Fundação Nacional de Saúde), CENEPI (Centro Nacional de Epidemiologia). Guia de vigilância epidemiológica (GVE). 4. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 1998.
6. Barradas RCB. Reorientação das práticas de vigilância epidemiológica. In: Anais do I Seminário Nacional de Vigilância Epidemiológica; 1992 dez 1-4; Brasília, DF, Brasil. Brasília, DF: Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), Centro Nacional de Epidemiologia (CENEPI); 1993. p.463-8.
7. Paim JS, Teixeira MGLC. Reorganização do sistema de vigilância epidemiológica na perspectiva do Sistema Único de Saúde (SUS). *Inf Epidemiol SUS* 1992; 5: 27-54.
8. Fossaert DH, Llopis A, Tigre CH. Sistemas de vigilância epidemiológica. *Bol Ofic Sanit Panam* 1974; 76: 512-25.
9. Paim JS. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: Rouquayrol MZ. *Epidemiologia & saúde*. 4. ed. Rio de Janeiro: Medsi; 1993. 455-66.
10. Brasil. Lei n.º 6.259, de 30 de outubro de 1975. Dispõe sobre a organização das ações de vigilância epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunização e estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças e dá outras providências. *DOU (Diário Oficial da União)* 31 out 1975; 209. Seção 1, (Pt 1): 4433-4.
11. Brasil. Decreto n.º 78.321, de 12 de agosto de 1976. Regulamenta a Lei 6.259, de 30 de outubro de 1975. *DOU (Diário Oficial da União)* 13 ago 1976; 155. Seção 1.(Pt 1): 10731-3.
12. Albuquerque MIN. A gestão da vigilância epidemiológica na identificação de situações epidêmicas em municípios de Pernambuco [dissertação mestrado]. Recife: Departamento de Medicina Social, Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco; 2000.
13. Goodman RA, Remington PL, Howard RJ. Cómo comunicar información para la acción en salud pública. *Bol Ofic Sanit Panam* 1995; 119: 43-9.
14. Informe final do Seminário: Usos y perspectivas de la epidemiologia; 1983; Buenos Aires, Argentina. Buenos Aires: Organización Pan-americana de la Salude (OPS); 1983.
15. Goldbaum M. Vigilância da saúde. In: Anais do I Seminário Nacional de Vigilância Epidemiológica; 1992 dez 1-4; Brasília, DF, Brasil. Brasília, DF: Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), Centro Nacional de Epidemiologia (CENEPI); 1993. p.57-62.
16. Relatório final do Seminário: As Perspectivas da Epidemiologia frente à Reorganização dos Serviços de Saúde; 1986 maio 13-16; Itaparica, Bahia, Brasil. Salvador; Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), Universidade Federal da Bahia (UFBA); 1986.
17. Relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde; 1986 mar 17-21; Brasília, DF, Brasil. Brasília, DF: Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1987.
18. Brasil. Constituição (1988). Título VIII. Da ordem social. Seção II - Da saúde, Art. 196 a 200. Brasília, DF: Senado Federal; 1988. p.133-4.
19. Brasil. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. *Diário Oficial da União (DOU)* 20 de set. 1990; Seção 1 (Pt 1): 18055-9.
20. Anais do I Seminário Nacional de Vigilância Epidemiológica; 1992 dez 1-4; Brasília, DF, Brasil. Brasília, DF: Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), Centro Nacional de Epidemiologia (CENEPI); 1993.
21. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1.100, de 24 de maio de 1996. Referente às doenças de notificação compulsória. *Diário Oficial da União (DOU)* 27 maio 1996; 101. Seção 1 (Pt 1.1): 9133.
22. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2.203, de 5 de nov de 1996. Estabelece a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde n.º 01 de 1996 (NOB-SUS, 1996). *Diário Oficial da União (DOU)* 5 nov 1996; 216. Seção 1 (Pt 1): 22938-9.
23. Ministério da Saúde. Portaria n.º 4.052, de 23 de dez de 1998. Referente às doenças de notificação compulsória. *Diário Oficial da União (DOU)* 24 dez 1998; 247-E. Seção 1 (Pt. 1): 19.
24. Thacker SB, Berkelman RL. Public health surveillance in the United States. *Epidemiol Rev* 1988; 10: 164-90.
25. Teixeira CF, Paim JS, Vilasbôas AL. SUS modelos assistenciais e vigilância da saúde. *Inf Epidemiol SUS* 1998; 2: 7-28.
26. Ministério da Saúde. Projeto de Vigilância em Saúde no SUS (VIGISUS), estruturação do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. Brasília, DF: Fundação Nacional de Saúde (FUNASA); 1999.
27. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1.461, de 22 de dezembro de 1999. Referente às doenças de notificação compulsória. *Diário Oficial da União (DOU)* 23 dez 1999; 245-E. Seção 1 (Pt 3): 34.
28. Ministério da Saúde. Portaria n.º 993, de 4 de setembro de 2000. Altera a lista de doenças de notificação compulsória e dá outras providências. *Diário Oficial da União (DOU)* 5 set 2000; 172-E. Seção 1, (Pt 1): 28.
29. CDC. Centers for Diseases Control and Prevention. Diretrizes para a avaliação de sistemas de vigilância. Brasília, DF: Divisão Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis; 1998.
30. ABRASCO (Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva), Comissão de Epidemiologia. III Plano Diretor para o Desenvolvimento da Epidemiologia no Brasil 2000-2004. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2000. p.46-49.