

Vigilância em Saúde no SUS - construção, efeitos e perspectivas

Health surveillance at the SUS:
development, effects and perspectives

Maria Glória Teixeira ¹

Maria da Conceição Nascimento Costa ¹

Eduardo Hage Carmo ²

Wanderson Kleber de Oliveira ³

Gerson Oliveira Penna ⁴

Abstract *This article analyses the process of construction of Health Surveillance in Brazil concerning the political, historical and organizational context of this component of the Unified Health System (UHS), by means of its historical view and presentation of the advances, limits, setbacks and perspectives. Throughout trajectory of Health Surveillance, its objects of study and intervention have been expanded, strengthening the integration among the different areas of surveillance, increasing its capacity for prediction and intervention. It evolved from surveillance of people, to surveillance of diseases and now to surveillance of health risks, promoting greater articulation of HS professionals with agents of endemics and Family Health Teams. The first National Health Surveillance Conference, in February 2018, provided opportunities for discussion and formulation of proposals aimed at strengthening HS, expanding its scope of actions with a view to achieving a comprehensive care model. Adequate and audacious alternatives are necessary so that there are no setbacks in the financing modalities in order to maintain and expand the advances achieved in the field of Health Surveillance in Brazil.*

Key words *Health surveillance, Public health surveillance, Unified Health System, Brazil*

Resumo *Este artigo analisa o processo de construção da Vigilância em Saúde/VS no Brasil abordando o contexto político, histórico e organizacional deste componente do Sistema Único de Saúde, por meio do resgate histórico e apresentação dos avanços, limites, retrocessos e perspectivas. Ao longo da trajetória da VS, seus objetos de estudo e intervenção vêm se ampliando, fortalecendo a integração entre as diversas áreas da vigilância, aumentando sua capacidade de predição e intervenção. Evoluiu-se da vigilância das pessoas, para a das doenças e agora para a de riscos à saúde. A convocação da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde, a ser realizada em 2018, oportuniza revisão e formulação de proposições voltadas para o fortalecimento da VS, expansão do seu escopo de ações e busca de alternativas adequadas e arrojadas, que garantam que a nova modalidade de financiamento do SUS aprovada em 2017, de fato, venha reforçar os avanços conquistados por este no campo da Saúde Coletiva.*

Palavras-chave *Vigilância em saúde, Vigilância em saúde pública, Sistema Único de Saúde, Brasil*

¹ Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. R. Basílio da Gama s/n, Canela. 40110-040 Salvador BA Brasil. magloria@ufba.br

² Instituto Sul Americano de Governo em Saúde. Rio de Janeiro RJ Brasil.

³ Centro de Integração de Dados e Conhecimentos para Saúde, Instituto Gonçalo Moniz, Fiocruz. Salvador BA Brasil.

⁴ Núcleo de Medicina Tropical, Universidade de Brasília. Brasília DF Brasil.

Introdução

Na legislação brasileira vigente, vigilância em saúde (VS) é definida como um 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 políticas públicas para a proteção da saúde da população, a prevenção e controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde¹. Este conceito reflete as proposições do movimento da Reforma Sanitária Brasileira/RSB voltado para a transformação do modelo de atenção à saúde nas décadas de 1970 e 1980, quando foram elaborados princípios e diretrizes que nortearam a mudança desejada no campo da vigilância, com suas diferentes qualificações (médica, sanitária, epidemiológica, do trabalhador, ambiental, em Saúde Pública etc.) que foram sendo ressignificados em um rico e acalorado debate, nem sempre consensual.

Ao lado da luta pela criação de um sistema de atenção à saúde que se desejava público, universal e de qualidade² propunha-se ainda o estabelecimento de um modelo descentralizado com protagonismo do nível local, especialmente no que se referia à vigilância e controle de doenças e riscos epidemiológicos. Este artigo analisa o processo de construção da VS no Brasil abordando o contexto político e organizacional deste componente do SUS, por meio do resgate histórico e apresentação dos avanços, limites, retrocessos e perspectivas.

Evolução histórica da vigilância

As doenças e as epidemias formataram a sociedade, desde que a humanidade conseguiu domesticar as plantas e animais, acumulando energia e criando as condições para a formação das cidades. Por séculos, as doenças transmissíveis e a desnutrição mantiveram a expectativa de vida, em média, em 30 anos³. Do século XIV até meados do século XIX, considerando a desestabilização e o impacto que a peste e outras doenças epidêmicas causavam, e diante das limitações de tecnologia e conhecimento, o isolamento e a quarentena foram as principais medidas adotadas na saúde pública. Essas medidas tiveram início planejado nos portos em Veneza e desempenharam importante papel para a expansão comercial e o fluxo de pessoas, bens e mercadorias. Entre os séculos XIX e XX, o homem passou a compreender a etiologia das doenças, com o desenvolvimento científico e tecnológico, especialmente, detecção dos agentes, conhecimento dos ciclos epidemiológicos, prevenção e controle de doen-

ças por meio de vacinas e combate vetorial³. Estas tecnologias influenciaram diretamente as ações e as práticas de Saúde Pública que se ampliaram e passaram a ser organizadas por meio das Campanhas Sanitárias. Este modelo, foi sendo modificado, particularmente, com as definições de vigilância propostas na década de 1960, por Alexander Langmuir⁴ e Karel Raska⁵, as quais influenciaram e modelaram os princípios organizativos da Unidade de Vigilância Epidemiológica (UVE), criada em 1968 no bojo da 21ª Conferência Mundial de Saúde, convocada pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Pautados pela UVE/OMS os países foram reorganizando as ações de vigilância e controle de doenças transmissíveis atendendo as proposições emanadas da OMS.

Construção da Vigilância no Brasil

No Brasil, desde a colonização até a década de 1930, a vigilância não apresentava significativa organização institucional e estava centralizada nos grandes centros urbanos, apesar dos esforços de profissionais como Oswaldo Cruz, Carlos Chagas, Vital Brazil, Emilio Ribas, entre outros. A partir de 1937, foi instituída a Conferência Nacional de Saúde (CNS) como parte da reorganização sanitária nacional, no bojo das competências dos primórdios do Ministério da Saúde, mas só em 1941 foi realizada a I CNS com objetivo de levantar a situação de saúde no Brasil, buscando organizar os serviços estaduais de saúde⁶.

O Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE) do Brasil foi criado em 1975, limitando-se a uma pequena lista de doenças de notificação compulsória⁷. Até então, as intervenções de Saúde Pública voltadas para o controle de doenças transmissíveis eram da responsabilidade de órgãos subordinados ao Governo Federal (Departamento Nacional de Endemias Rurais/DNERU, Campanha Contra Varíola, Campanha Contra Tuberculose, Campanha contra Leprosia, dentre outras) que desenvolviam suas atividades sob a forma de campanhas sanitárias. Com a implementação do SNVE, parte das atribuições e responsabilidades da vigilância e controle destas doenças foram sendo repassadas para as Secretarias Estaduais de Saúde (SES), estruturadas sob a forma de Programas Especiais ao exemplo do Programa Nacional de Imunizações (PNI), que estabeleceu um modelo piramidal que mantinha o nível local sem recursos e sem protagonismo no processo de resolução de seus problemas de saúde. Entretanto, as denominadas endemias (esquistossomose, doença de Chagas, malária, tracoma, etc.) ficaram sob a responsabilidade

da Superintendência de Campanhas (SUCAM), órgão da administração direta do Ministério da Saúde. Deste modo, a formulação, a coordenação e a execução das atividades de prevenção e controle de doenças transmissíveis eram realizadas segundo a lógica de programas verticais^{7,8}.

Antecedendo a criação do SUS foi implementada a estratégia de Ações Integradas de Saúde (AIS) e a seguir foi criado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS)⁸ que permitiram o desenvolvimento de experiências, como a ocorrida na Secretaria Estadual de Saúde da Bahia⁸, que buscavam iniciar a transformação do modelo vertical de vigilância pelo descentralizado proposto no documento da RSB, que em parte havia sido inscrito no Capítulo 200 da Constituição Federal de 1988 e incorporado na Lei 8.080 de 1990⁹.

Construção do novo modelo de vigilância para o SUS

Após a promulgação da Lei 8.080, foi criada a Fundação Nacional de Saúde (Funasa), em 1991¹⁰, contendo em sua estrutura dois órgãos singulares, sendo um deles o Centro Nacional de Epidemiologia/CENEPI com atribuições voltadas para atender à concepção plasmada na década de 1980, de que o sistema de saúde deveria ter uma área de inteligência epidemiológica, separada das ações de controle e prevenção de doenças, com competência para promover e disseminar o uso da epidemiologia em todas as esferas do SUS, para apoiar a formulação e a implementação de políticas, bem como estabelecer diretrizes para orientar a organização da rede do SUS. Ao Departamento de Operações/DEOPE caberia a responsabilidade de coordenar as ações de prevenção e controle de doenças, em articulação com as SES, SMS e as Diretorias Regionais da Funasa^{11,12}.

Contudo, desde o início foi-se constatando que para conduzir a reorganização do SNVE na perspectiva do SUS, ou seja um sistema de vigilância universal cuja base de atuação deveria ser o nível local, dever-se-ia superar a referida dicotomia desde o nível central até o local deste sistema. Assim, ao longo da década de 1990, foram sendo adotadas estratégias que possibilitassem articulações entre os diferentes gestores e atores, ainda fortemente influenciados pelas práticas estabelecidas e que defendiam a manutenção do modelo piramidal vigente^{11,12}. Muitas iniciativas foram implementadas, tanto ao interior da Funasa, como por estados e municípios, em particular aqueles cujos gestores e ou/governantes apoiavam a implantação do SUS. Dentre elas, desta-

ca-se o incentivo para a formação dos Núcleos Estaduais de Epidemiologia com representações da área de vigilância epidemiológica das SES, SMS e das Diretorias Regionais da Funasa que continuavam desenvolvendo as ações de controle de endemias, antes sob a responsabilidade da SUCAM. Estes núcleos deveriam buscar estabelecer pactos e elaborar diretrizes e Planos Diretores que privilegiassem o processo de transferência das atividades de vigilância e controle de doenças para os municípios; aproximar-se da comunidade científica brasileira com vistas à estabelecer parcerias que possibilitassem a capacitação dos profissionais da rede de serviços de saúde, principalmente no uso da metodologia epidemiológica; aprimoramento e desenvolvimento dos sistemas de informações de base epidemiológica, tendo como unidade de informação os municípios de residência¹³.

Este movimento inicial, fundamental para estabelecer as bases para a construção da atual Vigilância em Saúde no SUS, culminou em uma grande reunião nacional que envolveu dirigentes de epidemiologia das três esferas de governo, profissionais da rede de serviços de saúde com reconhecido saber na área, epidemiologistas de instituições acadêmicas, dentre outros. Balizados nos documentos base, o relatório final deste Seminário¹³ estabeleceu as principais linhas mestras para a construção do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica no SUS, que se queria descentralizado e abrangente, ou seja, que não se limitasse às doenças transmissíveis, ainda que sem desvalorizar este componente da tradicional Saúde Pública. A estratégia sugerida foi estabelecer articulação com o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) para construir um pacto intergovernamental envolvendo as três esferas de gestão do SUS, no propósito de viabilizar a descentralização das ações de prevenção e controle de doenças que já vinham sendo desenvolvidas no país, com a desejada rapidez, mas com responsabilidade para que não houvesse interrupção de ações e possíveis prejuízos à saúde da população, além de ampliação do escopo de atividades de vigilância. A ideia foi reduzir a fragmentação das rotinas de vigilância, que em grande parte estavam organizadas sob a forma de Programas Especiais nas SES e nas Diretorias Regionais da Funasa e construir uma nova vigilância. Propunha-se também a integração das atividades à rede de atenção à saúde, particularmente à atenção primária, visando conferir maior capilaridade e melhor qualidade ao sistema.

Ainda neste Seminário, foi aprovada a redefinição das atribuições e estrutura do Cenepi que tinha como objetivo alargar o escopo de atuação deste Centro. Para tal, foram criadas três Unidades (Vigilância Epidemiológica, Unidade de Informação e Vigilância da Situação de Saúde, Unidade de Apoio ao Desenvolvimento da Epidemiologia no SUS), com a missão de contribuir para o processo de descentralização e expandir os objetos de interesse para além da vigilância de doenças transmissíveis, incluindo a elaboração de políticas e planos de ação visando reduzir riscos sobre outros problemas de saúde, a exemplo das doenças crônicas não transmissíveis, violências, saúde do trabalhador, etc.¹³. Em 1994, foi instituída a 1ª Comissão interinstitucional de epidemiologia¹⁴, que originou o atual Grupo de Trabalho de Vigilância em Saúde (GTVS), que assessorava a Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

Valendo-se das ferramentas computacionais, o Cenepi engendrou esforços para a construção de novos sistemas de informações epidemiológicas, tendo como base o município. E assim nasceram os sistemas de base epidemiológica, *Sistema de Informação de Nascidos Vivos* (SINASC) e o *Sistema de Informação de Agravos de Notificação* (SINAN), e foi aperfeiçoado o *Sistema de Informação de Mortalidade* (SIM). Por meio de convênios com as Universidades e outras Instituições Públicas, foram sendo realizadas capacitações para profissionais de saúde de todo o país. Os conteúdos dos cursos eram afetos ao campo da vigilância, tais como epidemiologia voltada aos serviços de saúde, uso de software para análises epidemiológicas, implantação e manuseio dos novos sistemas de informação de base epidemiológica nas SES e SMS, vigilância epidemiológica, análises de situação de saúde, dentre outros.

Durante toda a década de 1990, muitas dificuldades foram enfrentadas, especialmente aquelas devidas à: a) modalidade de transferência de recursos para as ações de epidemiologia na rede de serviços que eram financiadas por meio de convênios burocráticos firmados entre a Funasa e as SES e SMS, com prazos pré-estabelecidos, o que muitas vezes resultavam em interrupção de ações e atividades que deveriam ser contínuas; b) ao grande atraso na transferência de responsabilidades e de servidores da Funasa para as SES e SMS^{11,12}, como preconiza a Lei⁹ e a Constituição. No que pese estes obstáculos, muitos avanços foram imprimidos na conformação e atuação do SNVE, na disseminação do uso da epidemiologia nos serviços de saúde e, especialmente, na melhoria de alguns indicadores de saúde da população brasileira.

Assim, o componente de vigilância no SUS foi paulatinamente aprimorando seu desempenho e passando a ser reconhecido por organismos internacionais, como uma experiência exitosa a ser considerada por outros países. Este avanço tornou-se possível porque, desde os primeiros anos de sua fundação, o Cenepi como órgão central de coordenação do SNVE, foi estabelecendo a cultura de trabalho conjunto, na perspectiva de construção de um sistema em rede interligado e transversal, tendo sido importante a participação da comunidade acadêmica de epidemiologistas, em particular da Comissão de Epidemiologia da Associação Brasileira de Saúde Coletiva/Abrasco¹⁵. Os resultados deste movimento podem ser evidenciados pela construção, informatização e disponibilidade de grandes bases de dados nacionais de base epidemiológica (SIM, SINASC, SINAN, entre outros) que alavancou a produção de análises epidemiológicas sobre a situação de saúde da população mais desagregadas e mais próximas da realidade; a constituição da Rede Nacional de Informação para a Saúde-RNIS e Rede Interagencial de Informações para a Saúde-RIPSA; a ampla capacitação de recursos humanos em várias modalidades (atualização, especialização e mestrado profissional); e, o apoio à pesquisa estratégica para o SUS, cujos resultados passaram a ser considerados na definição de algumas políticas e intervenções públicas¹⁵.

Sistema Nacional de Vigilância em Saúde

O protagonismo do Cenepi, Conass e Conasems foi essencial no sentido de se proceder à descentralização das ações de epidemiologia, que culminou em um exaustivo processo de negociação na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e que gerou a Portaria 1399/99 -Ministério da Saúde, estabelecendo as atribuições de cada esfera de governo na área de epidemiologia e definindo a sistemática de financiamento fundo-a-fundo para Estados e Municípios, em acordo com o Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças (TFECD); o elenco mínimo de ações de vigilância e controle de doenças a ser desenvolvidas por estas esferas de gestão do SUS, que deveriam ser expressas na Programação Pactuada Integrada de Epidemiologias e Controle de Doenças (PPI-ECD)¹⁶. Esta modalidade transferiu para estados e municípios do país as responsabilidades e competências relativas ao desenvolvimento das ações de epidemiologia, após comprovação das exigências mínimas (técnicas e operacionais) para obtenção da certificação para gestão das ações de epidemiologia e controle de

doenças. Assim, foi se consolidando o processo de descentralização desta área de Saúde Pública, garantindo a continuidade das ações que já vinham sendo desenvolvidas, muito embora o montante de recursos destinados a este componente do SUS fossem e continuem sendo bastante insuficientes para o volume de atribuições a serem assumidas pelas três esferas do SUS.

Em 2003, foi criada, no órgão setorial da administração direta (MS), a atual Secretaria de Vigilância da Saúde/SVS¹⁷, a qual incorporou as atividades que vinham sendo desenvolvidas pelo Cenepi e pelo Deope, no órgão seccional da administração indireta (Funasa). Sem dúvida, esta reestruturação do MS representou o reconhecimento da importância da área de vigilância e controle de doenças demarcando o início de um novo período da trajetória deste campo da saúde. Esta Secretaria agregou a experiência acumulada nos avanços imprimidos pelo Cenepi, dando continuidade, consolidando e concretizando várias propostas que ainda não haviam sido implantadas. Assim, foi estabelecida maior autonomia administrativa e financeira na esfera federal que possibilitou o aperfeiçoamento dos mecanismos e critérios de transferências de recursos para estados e municípios, e fortaleceu a integração da vigilância em saúde com instituições de ensino e pesquisa, entre outros progressos.

Como forma de incrementar a detecção das doenças, em 2004 foi instituída a “Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar” com a criação dos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia cujo objetivo é detectar, notificar e investigar de maneira precoce e oportuna, para adoção adequada de medidas de prevenção e controle das mesmas doenças de interesse para saúde pública, cuja porta de entrada no sistema, muitas vezes, são os hospitais, mesmo que estes não sejam de referência em doenças infecciosas¹⁸.

No documento do Pacto pela Saúde, de 2006, o SNVE passou a ser denominado de Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (SNVS) por se considerar ser mais adequada, na medida em que o escopo de atuação deste sistema ultrapassava a vigilância epidemiológica tradicional. Atualmente, o SNVS atua em todo o território brasileiro de modo articulado e hierarquizado, por meio das SES e SMS e, quando necessário, com o apoio técnico-operacional da SVS.

Entre 2007 a 2010, a SVS por intermédio do GTVS, desenvolveu uma série de ações de fortalecimento ao SUS, por ocasião da implementação do Programa “Mais Saúde”, que era a denominação de então do Plano de Governo apresentado à sociedade. Dentre estas ações destacaram-se:

(1) a criação de uma rede nacional de Centros de Informações Estratégicas e Respostas em Vigilância em Saúde (CIEVS) em todos os estados brasileiros e municípios de capitais; (2) publicação, após pactuação da Bipartite e Tripartite da Portaria GM/MS nº 3.252, de 22 de dezembro de 2009, que estabeleceu pela primeira vez, em uma norma ministerial, o conceito de VS em nosso país e substituiu a Certificação de Estados e Municípios pela adesão ao Pacto, e o TFECF pelo Teto Financeiro de Vigilância em Saúde (TFVS), com apenas dois componentes: I - Vigilância e Promoção da Saúde; e II - Vigilância Sanitária. Ademais, substituiu a lógica convencional por contrato de gestão com o principal fornecedor público que garantiu estoque e distribuição regular dos imunobiológicos e outros insumos estratégicos para o PNI e também incluiu incentivos financeiros para que os agentes de endemias passassem a atuar junto às Equipes de Saúde da Família, visando fortalecer as ações integradas de vigilância em saúde nos territórios¹⁹, por meio da integração com a atenção básica.

O elenco básico de programas, ações e metas é pactuado na CIT. Cada programa dispõe de normas padronizadas relativas às ações de prevenção, controle e atenção à saúde; aos fluxos de informações pré-definidos, em acordo com a cadeia de transmissão do agente etiológico; e aos respectivos objetivos (controle, eliminação, erradicação), indicadores e metas, o que confere certa uniformidade a este sistema. Evidentemente, que cada esfera de gestão do SUS tem autonomia nas suas respectivas áreas de abrangência, para incluir outras ações ou doenças no seu rol de atividades considerando as necessidades de saúde das populações⁷.

Dentre os programas que o SUS conduz, destaca-se o Programa Nacional de Imunizações (PNI), instituído desde 1973²⁰, que tem como missão definir a política nacional de vacinação, visando controlar, eliminar e/ou erradicar doenças vulneráveis a imunógeno seguro e eficaz para uso em populações. Inicialmente, o calendário incluía vacinas apenas para a população infantil. Atualmente, o calendário vacinal inclui vários produtos visando proteger contra mais de 15 agentes infecciosos. Além das salas de vacinação de rotina que atendem à população geral, desde 2004 foram implantados os Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIES) voltados para os portadores de condições, ao exemplo dos imunodeprimidos, associadas a riscos que necessitam de imunobiológicos especiais²¹. Este amplo programa, coordenado pelo Ministério da Saúde de modo compartilhado com as SES e SMS, dispõe de cerca de 60 mil salas de vacinação

de rotina na rede de serviços de saúde e, durante as campanhas vacinais, mais de 100 mil pontos de aplicação de imunógenos ficam à disposição da população, atingindo todos os recantos do país, inclusive áreas remotas. O PNI é internacionalmente citado como um dos maiores e mais avançados do mundo, e conta na sua trajetória com importantes vitórias, tais como a erradicação da circulação do poliovírus selvagem, a eliminação endêmica do sarampo, da rubéola e da síndrome da rubéola congênita. Está em vias de eliminar o tétano neonatal, além de manter sob controle várias outras doenças imunopreveníveis como a difteria, o tétano acidental, e ter reduzido as meningites pelo *Haemophilus influenzae*, por bacilo de Koch; infecções pelo *Pneumococcus meningococo* C em crianças, dentre outros resultados exitosos desta política pública²²⁻²⁴.

A vigilância em Saúde no cenário de Emergências em Saúde Pública

Além de programas que demandam a condução de atividades de rotina, a vigilância em saúde é acionada quando da ocorrência de situações inusitadas, principalmente nos surtos e epidemias que se constituem Emergências em Saúde Pública (ESP). Nestas ocasiões, a rede de serviços se organiza de modo especial para dar respostas rápidas e adequadas, visando à proteção da população e redução de danos à saúde.

Emergências em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) são compreendidas como aquelas situações em que o emprego urgente de medidas de prevenção, controle e contenção de riscos, danos e agravos à saúde pública é demandado em virtude da ocorrência de determinadas situações epidemiológicas, desastres e/ou assistência à população. As situações epidemiológicas neste contexto incluem surtos ou epidemias que apresentem risco de disseminação nacional, sejam produzidos por agentes infecciosos inesperados, representem a reintrodução de doença eliminada, apresentem gravidade elevada ou extrapolem a capacidade de resposta da direção estadual do SUS²⁵.

As respostas a estas emergências, até final dos anos 1990, eram conduzidas com os recursos humanos que atuavam nos programas de vigilância e controle de doenças de cada nível do sistema onde estava ocorrendo o problema. Quando necessário, buscava-se apoio nas outras esferas de gestão. Por exemplo, quando a epidemia de cólera emergiu em 1991 no município de Tabatinga no alto Solimões, fronteira do Peru e Colômbia, o MS necessitou mobilizar profissionais da área de

epidemiologia de vários estados e municípios do país para dar resposta àquela ESPIN, despendendo precioso tempo para formação daquela força tarefa. Ou seja, o país não dispunha de estrutura nem organização para rapidamente enfrentar situações inusitadas mais complexas e de risco e/ou maior abrangência territorial que exigem disponibilidade de recursos humanos, físicos, técnicos e tecnológicos diversificados, nem sempre sob a responsabilidade direta de um setor. Muitas vezes, as bases de dados alimentadas pela demanda espontânea aos serviços de saúde, não possibilitam adequado monitoramento de situações epidemiológicas especiais.

Só no ano 2000 foi instituído o Núcleo de Respostas Rápidas em Emergências Epidemiológicas (NUREP), unidade ligada à Presidência da Funasa que, ao lado dos alunos do Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do SUS (EPISUS) e do Programa de Treinamentos de Dados para Tomada de Decisões (DDM), passou a ter a responsabilidade de atuar em ESP, com competência para conduzir o planejamento, a mobilização de recursos e a coordenação das ações necessárias²⁶.

Após aprovação do novo RSI em 2005²⁷, foi criado na SVS o Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde (CIEVS). Este Centro tem como função a captação oportuna de rumores e informações estratégicas de possíveis eventos de saúde pública, bem como manejo e análise de dados relevantes à prática da vigilância em saúde em situações emergenciais²⁸, visando ao aprimoramento deste componente do SUS, no propósito de prevenir e controlar estes problemas, proteger a saúde das populações sob risco, ao tempo em que atendia aos preceitos do referido Regulamento²⁷. Representa a SVS como ponto focal do RSI, perante a OMS, desenvolvendo atividades relativas à comunicação sobre potenciais emergências de Saúde Pública, a resposta desenvolvida, entre outras. Em 2009, foi instituída a rede nacional de CIEVS que incluiu Centros em todas as SES e SMS das capitais e em mais quatro municípios estratégicos²⁸. Ademais, algumas SES possuem profissionais de saúde em suas regionais ou outros municípios prioritários que operam como Pontos Focais para identificação de ocorrências de interesse para a saúde pública. Decreto Presidencial foi emitido criando um Grupo Executivo Interministerial (GEI), coordenado pelo MS, que procede o planejamento e a execução de todas as atividades de governo relativas às ESP.

Em 2011²⁵, foram regulamentados critérios para o Brasil declarar que uma ESP se constitui

em uma ESPIN, à semelhança das Emergências em Saúde Pública de Interesse Internacional (ES-PII)²⁷. Regulamentou também a Força Nacional do SUS (FN-SUS), estabelecendo procedimentos na condução das respostas coordenadas às ESPIN e ESPII, nas três esferas do SUS, assim como a estrutura federal para apoiar os Estados atingidos e em que circunstâncias o país deve buscar auxílio internacional²⁵.

A estruturação da cadeia de resposta às Emergências em Saúde Pública e o emprego de toda a capacidade técnico-científica do SUS vem permitindo a identificação de pontos críticos, reflexão sobre logística e recursos empregados, aperfeiçoando o desempenho do sistema e tornando oportuno o processo de decisão e resposta, como observado nas epidemias de H1N1²⁸ e de microcefalia/Síndrome Congênita do Zika²⁹.

De 2007 a 2016, o Brasil sediou os principais eventos de massa internacionais, como os Jogos Pan-Americanos, Copa do Mundo, Jornada Mundial da Juventude, Jogos Olímpicos e Paralímpicos, entre outros. A SVS/MS estabeleceu estratégias e ações de preparação e resposta junto às SES e SMS sedes e estreita comunicação com países vizinhos e de origem dos participantes, com apoio da Organização Pan-Americana da Saúde/OMS. Essas ações foram determinantes para a VS dos brasileiros e dos milhares de estrangeiros que visitaram o país. Com base nessa experiência, foi estabelecida normatização específica para a gestão de eventos de massa no país³⁰.

Considerações finais

No percurso da implementação da VS no SUS, vitórias e obstáculos vêm sendo observados. Muitas das vezes, tais obstáculos dificultam as mudanças desejadas no sentido de atender a um dos preceitos da RSB, qual seja a de buscar a in-

tegralidade da atenção à saúde, iniciando pela integração da VS à atenção básica visando reduzir a demanda por média e alta complexidade. As tecnologias (medicamentos, equipamentos, técnicas e procedimentos) tiveram sua incorporação e descentralização de modo desigual entre a assistência e a VS, gerando defasagem na ampliação das capacidades do SUS no campo da promoção da saúde, vigilância, controle de doenças e respostas às ESP. Mesmo com os progressos resultantes dos repasses fundo-a-fundo¹⁹, a pressão da mídia e da população para a ampliação do acesso aos serviços de alta e média complexidade, os gastos com as ações de VS ficam sempre muito aquém das reais necessidades. No final de 2017, nova modalidade de repasse de recursos³¹ estabeleceu que só haverá duas rubricas, custeio e capital, sem especificar nem exigir um teto mínimo para as ações de VS, ficando a cargo do gestor a responsabilidade de planejamento e execução financeira das atividades. Esta radical modificação coloca sob risco da VS se tornar invisível frente à atenção hospitalar que irá consumir maiores parcelas dos recursos do SUS.

Ao longo da trajetória da VS, seus objetos de estudo e intervenção vêm se ampliando, fortalecendo a integração entre as diversas áreas da vigilância, aumentando sua capacidade de predição e intervenção. Evoluiu-se da vigilância das pessoas para a das doenças e agora para a de riscos à saúde, embora não se tenha alcançado o patamar desejado, ou seja a VS emancipatória³². A convocação da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde, a ser realizada em 2018³³, oportuniza a revisão e a formulação de proposições voltadas para o fortalecimento da VS, a expansão do seu escopo de ações e a busca de alternativas adequadas e arrojadas, que garantam que a nova modalidade de financiamento do SUS, de fato, venha reforçar os avanços conquistados pelo SUS no campo da Saúde Coletiva.

Colaboradores

MG Teixeira e MCN Costa fizeram a primeira versão do manuscrito; GO Penna fez a revisão e incluiu contribuições; EH Carmo e WK Oliveira contribuíram com novas sugestões e inclusões. Todos os autores leram e revisaram a versão final.

Referências

1. Brasil. Portaria GM Nº 1.378, de 9 de julho de 2013. Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. *Diário Oficial da União* 2013; 9 jul.
2. Paim JS. Bases Conceituais da Reforma Sanitária Brasileira. In: Fleury S, organizadora. *Saúde e Democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos Editorial; 1997. p. 11-23.

3. Gaziano JM. Fifth phase of the epidemiologic transition: The age of obesity and inactivity. *JAMA* 2010; 303(3):275-276.
4. Langmuir AD. The surveillance of communicable diseases of national importance. *NEJM* 1963; 268:182-192.
5. Raska K. The epidemiological surveillance programme. *Journal of Hygiene and Epidemiology* 1964; 8: 137-168.
6. Brasil. Ministério da Educação e Saúde. *Relatório final da 1ª Conferência Nacional de Saúde*. Rio de Janeiro: Ministério da Educação e Saúde; 1941.
7. Teixeira MG, Penna GO, Risi JB, Penna ML, Alvim MF, Moraes JC, Luna E. Seleção das doenças de notificação compulsória: critérios e recomendações para as três esferas de governo. *Inf. Epidemiol. Sus* 1998; 7(1):7-28.
8. Teixeira MG, Paim JS. Os Programas Especiais e o Novo Modelo Assistencial. *Cad Saúde Pública* 1990; 6(3):264-277.
9. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. *Diário Oficial da União* 1990; 20 set.
10. Brasil. Decreto nº 100, de 16 de abril de 1991. Institui a Fundação Nacional de Saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1991; 17 abr.
11. Silva Junior JB. *Epidemiologia em serviço: uma avaliação de desempenho do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde* [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2004.
12. Silva GAF. *Vigilância e a reorganização das práticas de saúde* [tese]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2006.
13. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Centro Nacional de Epidemiologia. *Anais do Seminário Nacional de Vigilância Epidemiológica. Objetivos, estrutura e atribuições do Centro Nacional de Epidemiologia – CENEPI*. Brasília; FNS, CENEPI: 1993.
14. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Comissão Intergestora Tripartite. Resolução nº 17, de 13 de dezembro de 1994. *Diário Oficial da União* 1994; 14 dez.
15. Abrasco. *Relatório do seminário: Propostas para o Centro Nacional de Epidemiologia, 2006*. CENEPI. Rio de Janeiro: Abrasco; 2006.
16. Brasil. Portaria nº 1.399, de 15 de dezembro de 1999. Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, estados, municípios e Distrito Federal, na área de epidemiologia e controle de doenças, define a sistemática de financiamento e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1999; 15 dez.
17. Brasil. Decreto Nº 4.726, de 09 de junho de 2003. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2003; 9 jun.
18. Brasil. Portaria nº 2.529/GM, de 23 de novembro de 2004. Institui o Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar, define competências para os estabelecimentos hospitalares, a União, os estados, o Distrito Federal e os municípios, cria a Rede Nacional de Hospitais de Referência para o referido Subsistema e define critérios para qualificação de estabelecimentos. *Diário Oficial da União* 2004; 23 nov.
19. Brasil. Portaria nº 3252/GM, de 22 de dezembro de 2009. Aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2009; 22 dez.
20. Brasil. Lei Federal nº 6.259, de 30 de outubro de 1975. *Diário Oficial da União* 1975; 30 out.
21. Brasil. Fundação Nacional de Saúde (FNS). Instrução Normativa nº 2, de 24 de setembro de 2002. Regulamenta o funcionamento dos Centros de Referência para imunobiológicos Especiais - CRIE. *Diário Oficial da União* 2002; 24 set.
22. Barreto ML, Teixeira MG, Bastos FI, Ximenes RAA, Barata RB, Rodrigues LC. Saúde no Brasil: Sucessos e fracassos no controle de doenças infecciosas no Brasil: o contexto social e ambiental, políticas, intervenções e necessidades de pesquisa. *Lancet* 2015; 47-60.
23. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Programa Nacional de Imunizações (PNI): 40 anos*. Brasília: MS; 2013.
24. Waldman EA, Sato AP. Path of infectious diseases in Brazil in the last 50 years: an ongoing challenge. *Rev Saude Publica* 2016; 50:68.
25. Brasil. Presidência da República. Decreto Nº 7.616, de 17 de novembro de 2011. Dispõe sobre a declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional - ESPIN e institui a Força Nacional do Sistema Único de Saúde - FN-SUS. *Diário Oficial da União* 2011; 18 nov.
26. Brasil. Fundação Nacional de Saúde. Portaria Nº 473, de 31 de agosto de 2000. *Diário Oficial da União* 2000; 31 ago.
27. World Health Assembly. *Revision of the International Health Regulations, WHA58.3*. 2005. [cited 20 Dic 2017]. Available from: http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58-REC1/english/Resolutions.pdf
28. Temporão JG. O enfrentamento do Brasil diante do risco de uma pandemia de influenza pelo vírus A (H1N1). *Epidemiol. Serv. Saúde* 2009; 18(3):201-204.
29. Teixeira MG, Costa MCN, Paixão ES, Rodrigues LC. Response to Zika-related microcephaly epidemic in Brazil: An unexpected public health challenge. *American Journal Public Health*. No prelo 2018.
30. Brasil. Portaria Nº 1139, de 10 de junho de 2013. Define, no âmbito do Sistema único de Saúde (SUS), as responsabilidades das esferas de gestão e estabelece as Diretrizes Nacionais para Planejamento, Execução e Avaliação das Ações de Vigilância e Assistência à Saúde em Eventos de Massa. *Diário Oficial da União* 2013; 10 jun.
31. Brasil. Portaria nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União* 2017; 28 dez.
32. Porto FSM. Pode a Vigilância em Saúde ser emancipatória? Um pensamento alternativo de alternativas em tempos de crise. *Cien Saude Colet* 2017; 22(10):3149-3159.
33. Brasil. Conselho Nacional de Saúde (CNS). *1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde: Direito, Conquistas e Defesa de um SUS Público de Qualidade*. Brasília: CNS; 2017. [Documento orientador: Diretrizes metodológicas].

Artigo apresentado em 05/01/2018

Aprovado em 30/01/2018

Versão final apresentada em 03/04/2018