



**Secretaria  
de Vigilância  
em Saúde**

**Curso Básico  
de Vigilância  
Epidemiológica**

**Histórico do Combate às  
Doenças Transmissíveis no Brasil**

**Módulo I - Unidade I**

**Brasília, agosto de 2003**

2000. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde

1ª Edição - 2001

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

Editor:

Assessoria de Comunicação e Educação em Saúde-NED/ASCOM/FUNASA

Setor de Autarquias Sul, Quadra 4, Bl. N, Sala 515

70.058-902 – Brasília/DF

Distribuição e Informação:

Coordenação Geral de Vigilância Epidemiológica - Centro Nacional de Epidemiologia /  
Fundação Nacional de Saúde

SAS - Setor de Autarquias Sul, Quadra 4 - Bloco N, 6º andar

Telefone: (0XX - 61) 314-6554 / 226-7075 - FAX: 61 - 226-7075

70058-902 - Brasília/DF.

Tiragem: 1.000

Impresso no Brasil/ Printed in Brazil

Curso Básico de Vigilância Epidemiológica - CBVE - Nível Superior. 1 ed.  
Brasília: Fundação Nacional de Saúde. 2001.

## Sumário

Apresentação .....	5
Treinamento Básico de Vigilância Epidemiológica - TBVE - .....	9
Histórico do Combate às Doenças Transmissíveis no Brasil .....	15
Construção do Sistema Único de Saúde .....	23
Organização Atual do Sistema de Vigilância Epidemiológica .....	27
Bibliografia Consultada .....	29



## Apresentação

O Curso Básico em Vigilância Epidemiológica – CBVE foi apresentado em sua primeira versão no ano de 1983. Considerado o primeiro material didático com a finalidade específica de capacitar os profissionais de saúde que atuavam no Sistema de Vigilância Epidemiológica – SVE, teve ampla receptividade, foi avaliado e posteriormente utilizado em todo o território nacional, tendo contribuído para a implantação e implementação do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, instituído em 1975.

Hoje coloca-se um novo desafio: a implantação, implementação e descentralização das ações de vigilância e controle de doenças, integradas ao Sistema Único de Saúde, que traz em sua concepção um modelo articulado com outros setores sociais públicos e privados, bem como com a sociedade civil. O processo de capacitação dos profissionais de saúde necessariamente tem que dar conta da complexidade do modelo de saúde, da complexidade da dinâmica social, do avanço tecnológico. O CBVE cõnscio da dimensão desta tarefa bem como da diversidade de práticas existentes na saúde coletiva e da gama de profissionais envolvidos nesta tarefa, busca circunscrever seu objeto à Vigilância Epidemiológica e aos profissionais de nível universitário. Tem como:

### **Objetivo Geral**

Capacitar os profissionais universitários que trabalham nos níveis municipal, estadual e federal sobre os princípios básicos do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica – SNVE, visando a implementação qualitativa da Vigilância Epidemiológica nos municípios.

### **Objetivos Específicos**

- Inserir o treinando no contexto das políticas sociais, com ênfase na estrutura do Sistema Nacional de Vigilância, fluxo, funcionamento dos sistemas de informação, bem como o papel e a responsabilidade dos diferentes níveis.
- Atualizar, do ponto de vista conceitual e organizacional, as questões relativas à vigilância epidemiológica.
- Instrumentalizar o aluno para atuar no SNVE.

### **Operacionalização do Treinamento**

Para o desenvolvimento do treinamento são utilizados um conjunto de módulos básico fundamentais para a capacitação de técnicos da área de vigilância epidemiológica e que compreendem:

- Histórico do combate às doenças transmissíveis no Brasil.
- Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica
- Medidas de Saúde Coletiva e Epidemiologia Descritiva
- Elementos para a análise em Vigilância Epidemiológica

- Investigação de Surtos
- Operacionalização da Vigilância Epidemiológica

Em sua nova versão, o CBVE/2000 teve como material de referência técnica e pedagógica o material do TREINAMENTO BÁSICO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA – TBVE; da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, concebido em 1986 e reformulado em 1998 pela Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac” – CVE – SES-SP; inclusive incorporando na íntegra parte de seu material didático.

**Jarbas Barbosa da Silva Junior**  
**Diretor do Centro Nacional de Epidemiologia**

O Sistema único de Saúde (SUS) passa por um processo acelerado de descentralização.

Os municípios, cada vez em maior número, assumem a gestão plena do sistema municipal de saúde. Isso implica que a maior parte das atividades da vigilância epidemiológica são por eles executadas.

Aos níveis regional e central cabem as funções de normatização, supervisão, coordenação e capacitação, atuando de forma supletiva. Isto, aliado à alta rotatividade dos profissionais de saúde na esfera estadual e municipal, faz com que seja necessário desenvolver um processo de educação continuada.

O Treinamento Básico de Vigilância Epidemiológica (TBVE) por seu conteúdo e suas características metodológicas, constitui um instrumento adequado para capacitar técnica e operacionalmente os profissionais da vigilância epidemiológica, atendendo às necessidades dos diferentes níveis do Sistema de Vigilância Epidemiológica (SVE) e cria um espaço para que monitores e treinandos discutam a sua inserção nas políticas de saúde.

Esperamos que todos se beneficiem com esse trabalho.

**Dr. José Cássio de Moraes**  
**Diretor Técnico do**  
**Centro de Vigilância Epidemiológica "Prof. Alexandre Vranjac"**





# Treinamento Básico de Vigilância Epidemiológica - TBVE

## Apresentação

O Treinamento Básico em Vigilância Epidemiológica - TBVE - foi realizado pela primeira vez em setembro de 1986, fruto do trabalho de uma equipe interinstitucional e multi-profissional. De lá para cá a estimativa é de que mais de 4.000 treinandos foram capacitados, no Estado de São Paulo e demais estados do país, a partir de suas bases.

O TBVE configura-se como um conjunto de módulos organizados e sistematizados a partir de um referencial que privilegia a epidemiologia enquanto área de conhecimento e o método epidemiológico enquanto instrumental básico para a investigação em vigilância epidemiológica.

Entendendo a capacitação como uma estratégia pedagógica capaz de instrumentalizar para o trabalho e também gerar uma atuação crítica e emancipadora, quando apoiada em pressupostos e objetivos bem definidos o TBVE considera:

⇒ Em relação aos conceitos que norteiam o processo de ensino-aprendizagem:

- um processo cognitivo que envolve estruturas mentais complexas. Não sendo considerados somente como resposta a um estímulo;
- um processo onde o aluno deve ser visto como sujeito e não como objeto;
- um processo contínuo e crescente a partir de experiências vivenciadas;
- ocorre com mais facilidade se forem consideradas as condições internas dos alunos e criadas condições externas e ambientais favoráveis;
- quanto maior a interação entre educador e educando, maior seu aproveitamento;
- requer conteúdos significativos em suas diversas ordens, opondo-se à aprendizagem de conteúdos irrelevantes;
- requer a estruturação lógica de seus componentes, devendo estes estar relacionados entre si;
- deve focar não somente os produtos, mas também e principalmente os processos;
- deve ser um processo que permita a resolução de problemas pelos alunos, criando condições para uma maior autonomia intelectual e mudanças qualitativas na sua prática.

⇒ Em relação à metodologia

Partindo do pressuposto de que em sendo a capacitação um momento de instrumentalização e reflexão cuja efetivação só se dará através de um conjunto de atividades apoiados num tripé formado por: capacitação continuada, supervisão sistemática e (re)organização institucional, funcionando de forma articulada e contínua, e compreendendo a vigilância epidemiológica como uma prática informada pelo modelo epidemiológico, o conhecimento aprofundado da epidemiologia, bem como da aplicação de seu método, agregado ao instrumental de outras áreas de conhecimento é de fundamental importância.

Em sendo o TBVE um material de natureza didática, que tem por missão capacitar os técnicos de nível universitário a atuar no Sistema de Vigilância Epidemiológica (SVE), em diferentes esferas de governo, exercer funções e papéis de complexidade variada e executar atividades de caráter preventivo e de controle de doenças, a sua organização interna busca uma convergência entre:

- conteúdo - aqui compreendido como o elemento que intermedia a relação professor-aluno e é constituído por um conjunto organizado, ordenado e sistematizado de conceitos, metodologias, diretrizes e normas;
- habilidade intelectual - entendida como a capacidade de detectar problemas, fazer diagnósticos, investigar, analisar e propor formas de intervenção;
- postura - compreendida como a forma de apreensão e concepção de fenômenos, objetos ou processos e a conseqüente transformação da prática;
- adequação das situações do ensino-aprendizagem - entendida como as situações intencionalmente criadas através de estratégias pedagógicas no sentido de alcançar os objetivos propostos.

O conteúdo será trabalhado através de diversas estratégias pedagógicas como aula expositiva, problematização de imagens, discussão de vídeos, leitura e interpretação de textos e de situações problemas. O monitor capacitado a imprimir uma dinâmica problematizadora, que propicie a reflexão, a investigação e a análise das situações apresentadas, tem como eixo norteador o conteúdo técnico, o conhecimento acumulado do aluno e a sua própria experiência e vivência no Sistema de Vigilância Epidemiológica. Isso pressupõe necessariamente que o treinamento seja desenvolvido em pequenos grupos, sendo esta uma condição necessária para que os objetivos sejam alcançados.

⇒ Em relação aos objetivos

- Geral

Capacitar e instrumentalizar os profissionais universitários que trabalham no nível municipal e estadual do SVE visando uma implementação

qualitativa no processo de municipalização das ações de Vigilância Epidemiológica.

- Específicos
  - Inserir o treinando no contexto das políticas sociais e de saúde, com ênfase nos pressupostos do Sistema único de Saúde - SUS e Norma Operacional Básica - NOB/96.
  - Contribuir para a implementação da proposta de municipalização das ações de vigilância epidemiológica no Estado de São Paulo.
  - Atualizar do ponto de vista conceitual e organizacional as questões relativas à Vigilância Epidemiológica.
  - Situar o aluno na estrutura do SVE, no funcionamento dos sistemas de informação, bem como no papel e responsabilidade dos diferentes níveis.
  - Instrumentalizar para a atuação no Sistema de Vigilância Epidemiológica.
  - Sensibilizar o aluno para a importância do papel do SVE na compreensão do processo saúde-doença.
  - Instrumentalizar o treinando a utilizar na sua prática diária o referencial epidemiológico na análise da situação de saúde e no planejamento das ações.

⇒ Em relação à sua organização

○ TBVE, compreende:

- um conjunto de módulos básicos, que tem por objetivo introduzir temas considerados fundamentais para a capacitação na área de VE, são eles: a contextualização histórico-social da vigilância epidemiológica nas políticas pública e de saúde; referências conceituais de vigilância epidemiológica, vigilância à saúde e a organização da VE no Estado de São Paulo e no país; introdução à epidemiologia e aplicabilidade do método epidemiológico nas ações de vigilância epidemiológica;
- um conjunto de módulos específicos, referentes à vigilância epidemiológica das doenças sob notificação compulsória e sob acompanhamento, monitoramento e controle no Estado de São Paulo.

### **TBVE - Recorte de sua história**

Durante estes anos o TBVE, além de prestar-se à sua vocação precípua, que é capacitar para o trabalho na vigilância epidemiológica nas diferentes esferas de

governo, serviu também como fórum de discussão e avaliação das políticas de saúde, e do direcionamento do Sistema de Vigilância Epidemiológica, e da implantação do Sistema Único de Saúde. Em alguns momentos este era o único espaço institucional que congregava diferentes esferas de governo e níveis do SVE, portanto, inevitavelmente, era aqui que se davam os embates e era aqui, também, que se teciam as mudanças.

Ao momento propício para sua concepção, seguiram-se outros não tão propícios à sua manutenção. E isto só foi possível, fundamentalmente, graças a visão da equipe de monitores, que imbuídos do seu papel de agentes formadores e transformadores, fizeram deste um instrumento vivo de potencialização dos recursos humanos e da vigilância epidemiológica, conjugando todos os esforços para que pudéssemos realizá-lo.

Tivemos o prazer de conviver e formar muitos monitores, ao longo destes anos, todos contribuíram enormemente para sua existência e seu aprimoramento. Mas gostaria de, em nome de todos os treinandos que por aqui passaram, agradecer àqueles monitores que exatamente nos últimos dez anos permaneceram fazendo parceria com a Divisão de Métodos e agora contribuem para sua segunda versão, são eles: Aluísio, Márcia Caraça, Inês, Marilda, Marinês, Júlio, Vera e Expedito. Agradeço também aos diretores do CVE que investidos de suas funções nos incentivaram e viabilizaram os treinamentos, são eles: Wagner, Inês, Júlio, e ao Cássio que deu todo o apoio e aporte institucional necessário para que este TBVE - 98 pudesse acontecer.

**Márcia Oliveira**  
**Coordenadora do TBVE**  
**Diretora da Divisão de Desenvolvimento de Métodos de Pesquisa e**  
**Capacitação em Epidemiologia Centro de Vigilância Epidemiológica**  
**“Prof. Alexandre Vranjac”**

# Histórico do Combate às Doenças Transmissíveis no Brasil

## Objetivo

Oferecer pontos de referências para que o treinando possa identificar:

- a maneira pela qual as conjunturas do setor de saúde se apresentam do ponto de vista histórico, social e político;
- as determinações sócio-econômicas das ações de saúde;
- o processo de centralização/descentralização política dos serviços e atribuições no setor de saúde brasileiro;
- o papel e a função da Vigilância Epidemiológica na prática de Saúde Pública;
- as bases políticas de sustentação do Sistema Único de Saúde - SUS.

**Ponto para reflexão:** A situação do Sistema de Vigilância Epidemiológica na área de atuação do treinando.



## Histórico do Combate às Doenças Transmissíveis no Brasil

As ações sobre as doenças transmissíveis em nosso meio datam do tempo do Brasil Colonial, quando os serviços de saúde, de então, se preocupavam com as doenças pestilenciais. A estratégia de controle utilizada na época baseava-se no **afastamento** ou **confinamento** dos doentes nas Santas Casas de Misericórdia, com uma função mais assistencialista do que curativa. Tal é a característica das ações de combate à hanseníase - voltadas para o indivíduo doente e não para a prevenção da ocorrência da doença na população.

A ação contra a febre amarela desenvolvida em fins do século XVII, em Pernambuco, inaugura uma nova prática, em que, ao lado das medidas voltadas para o indivíduo - como o isolamento - são organizadas ações que têm por objetivo destruir ou transformar tudo o que, no meio urbano, é considerado causa da doença. Para evitar a propagação da doença aterram-se águas estagnadas, limpam-se ruas e casas, criam-se cemitérios, purificam-se o ar. No entanto, o fator desencadeante destas medidas é a própria ocorrência de epidemias, sendo desativadas logo após o seu controle. Somente, a partir do século XIX, se estruturam ações que visam a promoção da saúde, antes mesmo da ocorrência das doenças.

É dentro do movimento denominado de Medicina Social, tematizando a questão da saúde da população e procurando intervir na sociedade de maneira global, que as ações são dirigidas "para dificultar ou impedir o aparecimento da doença, lutando, ao nível de suas causas, contra tudo que na sociedade pode interferir no bem estar físico e moral"(MACHADO et al, 1978). A saúde torna-se um problema social no sentido de que são necessárias autoridades constituídas com o objetivo de preservá-la. O momento em que o Estado se encarrega de maneira positiva da saúde dos cidadãos é o mesmo em que a sociedade como um todo aparece como passível de regulamentação médica, não só comprometendo o indivíduo doente ao tratamento - se necessário com o isolamento - como também submetendo a saúde da população - e suas possíveis causas - à uma contínua vigilância.

Foi com a chegada da família real ao Brasil, que se deu a incorporação deste caráter de ação denominado de polícia médica, originário da Alemanha no Século XVIII. Essa concepção propunha a intervenção nas condições de vida e saúde da população, com o objetivo de vigiar e controlar o aparecimento de epidemias. Tratava-se de um **controle-profilaxia** no sentido de vigiar a cidade, quando se partia para controlar as instalações de minas e cemitérios, o comércio do pão, vinho e carne.

Com a mudança da sede do governo português para o Brasil, a Colônia ganha importância, e a abertura dos portos, com conseqüente intensificação do comércio, exige a criação de várias instituições até então inexistentes, dando uma outra vida à

antiga colônia que, em 1815, passa à condição de Reino Unido a Portugal e Algarve. As preocupações com a saúde da população, principalmente, com a saúde da Corte, bem como a necessidade do saneamento dos portos, como estratégia para o desenvolvimento de relações mercantis, trouxeram uma nova organização para o governo, onde se busca o controle das epidemias e do meio ambiente.

Em 1808, D. João VI atribui à Fisicatura as ações voltadas para os problemas de higiene do meio urbano, que esboça a idéia de uma Política Sanitária da cidade. A concepção adotada, sobre as causas das doenças baseava-se na teoria miasmática, que concebia como agentes responsáveis as emanações de elementos do meio físico, considerados insalubres na medida em que não se conhecia a existência dos microrganismos. Considerava-se que o ar era o principal causador de doenças, pois carregava gases pestilenciais, originados de matéria orgânica em putrefação, resultado de águas estagnadas nos pântanos, onde se decompõem substâncias animais e vegetais dos cemitérios, que, na maioria das vezes, localizavam-se no centro das cidades e “infeccionam o ar”.

Desta forma, os serviços de saúde, organizados à semelhança de Portugal, tinham sua atenção voltada para a **profilaxia** das moléstias epidêmicas, baseada no saneamento do meio. Para combater a estes males propunha-se a urbanização da cidade, com aterros de pântanos, demarcação de ruas e lugares de construção, organização de uma rede de água e esgoto, organização dos cemitérios, criação de normas higiênicas para enterro dos mortos etc. “Um outro tipo de causa se liga à alimentação. Deve-se combater, neste caso, o mal estado das carnes, peixes, farinha, vinhos, vinagres e azeites. Surge então a necessidade de controlar o comércio, os matadouros, os açougues, e de criar um curral para o gado que vem a ser abatido na cidade. Outra causa de doença se liga à circulação das pessoas e mercadorias através dos portos. Para evitá-la, propõe-se a criação de um lazareto para quarentena dos escravos portadores de moléstias epidêmicas e cutâneas”(MACHADO et al, 1978). Essas ações de profilaxia das moléstias transmissíveis consistiam, fundamentalmente, na fiscalização rigorosa das embarcações que poderiam trazer a peste ou outras moléstias epidêmicas, constituindo a vigilância sanitária dos portos. Dependendo das moléstias que trouxessem, ou do número de óbitos ocorridos, procedia-se à quarentena do navio, dos indivíduos ou dos doentes nos “Lazaretos”, os quais somente poderiam entrar na cidade depois de liberados pela autoridade sanitária. Aqui já aparecia a preocupação com o indivíduo, esboçando-se a noção de caso, além da vigilância da cidade já citada.

Com o desenvolvimento da bacteriologia e da utilização de recursos que possibilitaram a descoberta dos microorganismos, apareceu a noção do **agente etiológico** da doença, concretizada na segunda metade do século XIX e início do século XX. O conseqüente desenvolvimento de métodos que possibilitavam o combate aos agentes etiológicos (soroterapia, quimioterapia) propiciou a execução da vacinação anti-variólica, iniciando uma nova prática de controle das doenças, com repercussões na forma de organização de serviços e ações em saúde coletiva.



Como consequência da redução da importância do meio na ocorrência das doenças, característico na teoria miasmática, progressivamente, as ações tornam-se mais restritas ao indivíduo portador, sobre o qual serão dirigidas as ações de controle. Além da utilização do **isolamento** do paciente, este será objeto de intervenção através da vacina. Para cumprir os objetivos das ações de saúde pública se justifica, ou mesmo recomenda-se, controlá-lo, manipulá-lo e mesmo puni-lo.

Os problemas de saúde que nesse momento aparecem como preocupação do Poder Público são as endemias e os problemas gerais de saneamento nos núcleos urbanos e nos portos, principalmente naqueles vinculados ao segmento comercial voltado para a exportação o ao capital industrial nascente. Tratava-se da criação de condições sanitárias mínimas indispensáveis não só para as relações comerciais com o exterior, como também para o êxito da política de imigração, em função da relativa escassez de mão-de-obra nacional. Assim, São Paulo, Santos e Rio de Janeiro são os primeiros municípios contemplados com programas de obras que visavam o saneamento da zona urbana.

As doenças pestilenciais, como a cólera, peste bubônica, febre amarela, varíola e as chamadas doenças de massa - isto é, doenças infecciosas e parasitárias, como tuberculose, hanseníase, febre tifóide - representavam as doenças de maior expressão a requerer a atenção pública. No entanto, a estratégia adotada para resolver estes problemas obedecia, principalmente, à necessidade de atração e retenção de mão-de-obra e visava dar condições mínimas de combate à febre amarela, iniciadas em 1903 por Oswaldo Cruz, e medidas de vacinação obrigatória contra a varíola, cuja lei foi promulgada em 1904.

As campanhas contra febre amarela, peste bubônica e varíola, assim como as medidas gerais destinadas à promoção de higiene urbana caracterizavam-se pela utilização de medidas jurídicas impositivas, no que diz respeito à notificação de doenças, vacinação obrigatória e vigilância sanitária em geral. No seu conjunto não ultrapassavam os limites de soluções imediatistas a agudos problemas que, de uma forma ou de outra, poderiam vir a comprometer o desenvolvimento da economia cafeeira. Ou então, estas medidas representavam, tão somente, tentativas de respostas aos quadros epidêmicos calamitosos que ameaçavam a população em geral e que por vezes davam motivos a pressões políticas.

Como fator limitante para a ação de saúde pública, figurava o próprio alcance do conhecimento científico e tecnológico referente ao diagnóstico, prevenção e terapia das doenças, quando comparado aos parâmetros atuais.

Na década de 20 a saúde pública cresce como questão social, com o auge da economia cafeeira. A partir de então as medidas de saúde pública vão se caracterizar pela tentativa de extensão de seus serviços por todo o país.

As unidades de Saúde Pública existentes estavam vinculados aos governos estaduais e voltadas para as capitais e principais cidades do interior, atuando na assistência

médica, assistência materno-infantil, orientação alimentar, fiscalização de alimentos e profissional. Os governos estaduais financiavam também serviços voltados para a área rural.

Em 1923, como tentativa de forçar o processo de centralização, é criado o Departamento Nacional de Saúde Pública, que tinha como funções, entre outras, a higiene industrial, a saúde dos portos e o combate as endemias rurais. Essas atribuições não entram logo em vigência pela falta de estrutura e condições desse Departamento, além de que o saneamento e combate as endemias rurais permanecem sob a responsabilidade local.

Outro aspecto das formas de atendimento à saúde é o vínculo a política das empresas. Visando atrair e reter mão-de-obra são desenvolvidas práticas de higiene e saúde, tanto por iniciativa pública como fruto da estratégia de empresas maiores que, em alguns casos, adotavam medidas de proteção e recuperação da saúde de seus trabalhadores e ofereciam alguns outros benefícios “previdenciários” (como creches e jardins de infância, armazéns e restaurantes de companhias, casas fornecidas pelo empregadores e a assistência médica mantendo os salários ao nível de subsistência.

A década de 30 comportou importantes alterações sócio-econômicas e políticas, caracterizadas pelo processo de industrialização, que passa a ser a base para o desenvolvimento econômico, e pela instalação de um Estado com elevado grau de autonomia e centralização, não respondendo a nenhum grupo exclusivo de interesses.

A crescente organização e mobilização de importantes parcelas dos trabalhadores, desde décadas anteriores, motivou um controle social, através do qual o Estado, ao mesmo tempo que faz avançar as políticas sociais e a legislação com relação às necessidades da classe trabalhadora, a mantém num jogo limitante de sua autonomia política.

A maior autonomia relativa do poder central, aliada a necessidade de controle social, fornece condições para que o Estado dê, então, respostas baseadas em um conjunto de medidas integradas, dirigidas às questões sociais, e elabore o que chamaríamos hoje de políticas sociais.

A industrialização crescente produz seus resultados característicos - aceleração da urbanização, ampliação da massa trabalhadora em precárias condições de higiene, saúde e habitação etc., fazendo com que novas exigências pressionem no sentido de efetivação e ampliação das políticas sociais. É a partir de então, que se pode com rigor, identificar uma política de saúde nacional, organizada em dois subsetores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária. O primeiro predomina até meados da década de 60 e o segundo se amplia a partir de fins da década de 50 e assume predominância em meados da década de 60.

Os programas de saúde pública estão relacionados aos processos de imigração, urbanização e industrialização, visando principalmente a criação de condições sanitárias

mínimas para as populações urbanas. Estes programas são limitados, frente às necessidades, pela reduzida capacidade financeira do Estado em sua opção política de gasto.

Acentua-se, nesse período, o processo de centralização com a destruição do “excesso de federalismo” que caracterizou a revolução de 1930. As campanhas sanitárias também foram elementos importantes no processo de centralização da política de saúde. A necessidade de expansão capitalista e a falta de uma estrutura do setor de saúde capaz de atender as necessidades básicas da população constituíram as “crises sanitárias” motivadoras dessas campanhas. A passagem do escondido ao espetacular, a discussão em torno de “combate”, “vitória” e “campanha” no incentivo, na mobilização e na indução da população para os objetivos a serem atingidos pela Saúde Pública são questões prioritárias, glorifica ideologicamente os executores, passando então a caracterizar a própria forma de Saúde Pública no país. Os recursos envolvidos nas campanhas fazem com que estas instituições se cristalizem em serviços de combate às doenças por tempo indefinido aparecendo então os serviços de combate à febre amarela, tuberculose e outras.

Em 1941, o Departamento Nacional de Saúde incorpora vários serviços de combate às endemias e assume o controle técnico em saúde pública, institucionalizando também as campanhas sanitárias. Em 1953, é criado o Ministério da Saúde e em 1956, o DNERu, Departamento Nacional de Endemias Rurais, que congrega todos os serviços de combate às doenças endêmicas. Esses serviços atuavam nas capitais e principais cidades do interior, possuindo um sistema de informação que produzia os dados necessários ao seu trabalho.

Na década de 60, desencadeia-se a fase aguda da crise do sistema nacional de saúde. De um lado, o sistema previdenciário mostrava-se incapaz de responder a crescente pressão da massa assalariada urbana pela ampliação e melhoria dos serviços. De outro, a expansão do atendimento à Saúde Pública colidia, de há muito, com a escassez financeira do Estado e a falta de prioridade para o setor de saúde. Desenhava-se, progressivamente, um quadro nada animador, cujas causas ultrapassavam os limites das instituições que no Brasil estavam encarregados de prestar assistência à saúde.

Em todos os países elevavam-se extraordinariamente os custos de assistência à saúde, em conseqüência das próprias transformações científicas e tecnológicas por que passava o ato médico neste período. Ocorria então uma profunda mudança no saber e na prática médica, baseada na maior utilização de medicamentos, na difusão do uso de serviços para o diagnóstico e na utilização mais intensiva de equipamentos médicos.

No Brasil, esta elevação dos custos de assistência à saúde encontrou as instituições completamente despreparadas. A resposta do Estado para a crise vivenciada pelo setor de saúde se dá com a sua reestruturação promovida após 1966, no contexto das mudanças promovidas pelo governo militar. Mais precisamente, sua solução imediata

se constitui na reforma da medicina previdenciária, ao mesmo tempo que o atendimento à Saúde Pública ficou relegado a segundo plano.

No que diz respeito à ocorrência de doenças, constatava-se, no período, a permanência de graves problemas de saúde na população; por um lado, isto pode ser atribuído às más condições de vida da população de baixa renda, conseqüência inevitável do modelo econômico seguido no Brasil nos últimos anos e, por outro lado, pelo insuficiente desenvolvimento das medidas de Saúde Pública e de saneamento básico.

Desta forma, o quadro nosológico brasileiro apresentava no início da década de 70, ao lado das doenças infecto-contagiosas, características das sociedades subdesenvolvidas, as doenças crônico-degenerativas, características de sociedades industrializadas. Endemias antes características do meio rural tornaram-se urbanas; agravam-se a desnutrição, a tuberculose e a hanseníase; e a malária volta a ocorrer em larga escala.

No interior das práticas específicas no campo da saúde coletiva ocorrem mudanças, que resultam na dissociação de suas modalidades de intervenção. As ações de observação, monitoramento e controle dos doentes e meio ambiente vão se diferenciando. Aos poucos as ações de controle de doenças, particularmente as transmissíveis, vão se organizando em torno da vigilância epidemiológica. As demais práticas, como o saneamento, que passam para a responsabilidade de outros setores, e o controle de bens de consumo, que se organizam de forma autônoma, perdem a vinculação que existia em períodos anteriores, conforme visto acima.

A rigor, a vigilância epidemiológica, enquanto atividade dos serviços de saúde, foi introduzida “oficialmente” no Brasil, durante a campanha da varíola, no início da década de 70. As transformações ocorridas no quadro sanitário do país e as demandas políticas e econômicas de uma nova forma de organização das ações de saúde pública, apontam para a consolidação de uma prática mais institucionalizada.

Em 1975, em meio a uma grave crise sanitária no país, com epidemia de doença meningocócica, aumento da mortalidade infantil e grande aumento dos acidentes de trabalho, se dá a organização do Sistema Nacional de Saúde - propondo a integração da medicina previdenciária e da Saúde Pública, através da rearticulação entre as diversas esferas do governo: Ministérios, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e entre órgãos governamentais e setor privado. Propõe-se “a elaboração de programas regionais que integram num todo harmônico as atividades preventivas, curativas e de reabilitação ‘incluindo’ a participação de todos os órgãos públicos e privados que atuam na região de modo a organizá-los segundo hierarquia técnica condizente com a área assistida”.

No entanto, o que se consolidou foi a centralização das decisões e mesmo da execução de parte das ações de saúde pública, no nível federal. Por outro lado, permanece a desarticulação entre as atribuições cabíveis a cada ministério, muito

diferentes no que se refere a poder político e financeiro, com a separação entre a medicina preventiva, objeto das ações do Ministério da Saúde, e curativa, cujas ações são atribuídas ao Ministério da Previdência e Assistência Social. É neste contexto que se dá a criação do Sistema de Vigilância Epidemiológica, do Plano Nacional de Imunização e do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

Com a criação destes Sistemas consolida-se, no conjunto das práticas de saúde coletiva, a dissociação entre a Vigilância Epidemiológica, que responde pelo controle de doenças, particularmente das doenças transmissíveis, e a Vigilância Sanitária, responsável pela fiscalização de portos, aeroportos, fronteiras, medicamentos, alimentos, cosméticos e bens. Apesar dessas atividades terem sido ampliadas e de serem definidas inter-relações entre as duas estruturas, a automização dessas práticas se consolidou.



## Construção do Sistema Único de Saúde

O aprofundamento da falta de sustentação de um modelo de saúde centralizado, altamente custoso, desintegrado no que diz respeito ao seu componente preventivo e assistencial, com uma crônica escassez de recursos para desenvolvimento das práticas coletivas, atinge um nível insustentável. Este processo se insere no contexto de democratização, acompanhado, no setor saúde, pelo aumento da consciência sanitária no país, não só do movimento das suas categorias profissionais, como também de setores da população.

Como consequência, na década de 80, são desenvolvidas uma série de tentativas de reestruturação do setor, organizadas pelo movimento denominado de Reforma Sanitária, com medidas que apontavam para a unificação dos componentes assistencial e preventivo, em um comando único e organizado de forma descentralizada. Se consolida progressivamente a dimensão doutrinária desta Reforma, culminando com a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na fase da chamada Nova República. Contando com intensa participação de representações da sociedade organizada, consolida-se nova proposta para o sistema de saúde, que se constituirá adiante no Sistema Único de Saúde. Esta histórica Conferência produziu no seu relatório final a transcrição do projeto da Reforma Sanitária com conteúdo político-ideológico claro, nucleando a saúde como de determinação histórica e social resultante do processo de organização da sociedade relacionada a um conjunto ampliado de políticas públicas (como habitação, emprego, alimentação etc); como direito de cidadania e dever do Estado e como condição para sua implementação a reforma do Sistema Nacional de Saúde para um Sistema único de Saúde com princípios da universalização, descentralização com comando único em cada esfera de governo, integralidade de ações e controle social.

Em 1975, em meio a uma grave crise sanitária no país, com epidemia de doença meningocócica, aumento da mortalidade infantil e grande aumento dos acidentes de trabalho, se dá a organização do Sistema Nacional de Saúde – propondo a integração da medicina previdenciária e da Saúde Pública, através da rearticulação entre as diversas esferas do governo: Ministérios, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e entre órgãos governamentais e setor privado. Propõe-se a “elaboração de programas regionais que integram num todo harmônico as atividades preventivas, curativas e de reabilitação ‘incluindo’ a participação de todos os órgãos públicos e privados que atuam na região de modo a organizá-los segundo hierarquia técnica condizente com a área assistida”.

No entanto, o que se consolidou foi a centralização das decisões e mesmo da execução de parte das ações de saúde pública, no nível federal. Por outro lado, permanece a desarticulação entre as atribuições cabíveis a cada ministério, muito

diferentes no que se refere ao poder político e financeiro, com a separação entre a medicina preventiva, objeto das ações do Ministério da Saúde, e curativa, cujas ações são atribuídas ao Ministério da Previdência e Assistência Social. É neste contexto que se dá a criação do Sistema de Vigilância Epidemiológica, do Plano Nacional de Imunização e do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

Com a criação destes Sistemas consolida-se, no conjunto das práticas de saúde coletiva, a dissociação entre a Vigilância Epidemiológica, que responde pelo controle de doenças, particularmente das doenças transmissíveis, e a Vigilância Sanitária, responsável pela fiscalização de portos, aeroportos, fronteiras, medicamentos, alimentos, cosméticos e bens. Apesar dessas atividades terem sido ampliadas e de serem definidas inter-relações entre as duas estruturas, a automização dessas práticas se consolidou.

Entre a promulgação da Constituição que criou o SUS e a sua regulamentação dada pela Lei nº 8.080 de 1990, agregando todos os serviços da esfera federal, estadual, municipal e os serviços privados, quase dois anos se passaram com vasta legislação normativa que ainda regulava mecanismos e condições de repasse de recursos aos Estados e Municípios, e a efetiva unificação do setor no Ministério da Saúde.

A constituição de 1988 preconiza o acesso universal, igualitário e integral da população aos serviços e ações de proteção e recuperação da saúde. A partir de então, várias iniciativas institucionais, legais e comunitárias foram criando condições de viabilização integral do direito à saúde. Os instrumentos legais que vão propiciar a nova organização do sistema de saúde são as Normas Operacionais Básicas (NOB), que têm por finalidade promover e consolidar o pleno exercício por parte do poder público estadual e municipal da função de gestão da atenção à saúde, com definições acerca da forma de financiamento, os mecanismos de repasse de recursos, nas relações entre os gestores dos três níveis, enfatizando as descentralizações aos municípios, criando categorias de gestão diferenciadas segundo um processo de habilitação.

No ano de 96 outra NOB se apresenta apontando para a condição do comando único em cada nível do sistema, sublinhando a responsabilidade pela saúde do cidadão também compartilhada entre gestores. Ao promover mecanismos para o exercício de plena responsabilidade do gestor público reafirma as funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria como de competência dos três níveis de gestão. O município passa a ser considerado como o responsável imediato de fato pelo atendimento das necessidades e demandas de saúde de sua população e das exigências de intervenção saneadoras em seu território, de acordo com a sua capacidade de atuação dentro do sistema. Reafirma a necessidade de aperfeiçoar a gestão do SUS para a reordenação do modelo atenção à saúde valorizando os resultados advindos de programações com critérios epidemiológicos e desempenho de qualidade.



A atribuição das ações desenvolvidas é definida a partir da elaboração de uma programação elaborada a partir do nível municipal, articulando-se com os demais níveis, o que vem a ser denominado de Programação Pactuada Integrada-PPI. Desta forma, o processo de elaboração da PPI deve respeitar a autonomia de cada gestor, devendo o Estado harmonizar e compatibilizar as programações municipais, incorporando as ações sob sua responsabilidade direta, mediante negociações com os demais níveis. Para as ações de Vigilância Epidemiológica, as atribuições de cada nível serão apresentadas adiante.



## Organização Atual do Sistema de Vigilância Epidemiológica

Um dos pilares do Sistema Único de Saúde passou a ser a descentralização de funções, sob o comando único em cada esfera de governo – federal, estadual e municipal – o que implica o direcionamento da atenção para as bases locais de operacionalização das atividades de vigilância epidemiológica.

Ao nível estadual compete a função de coordenar o Sistema de Vigilância Epidemiológica – SVE, investindo em atividades de normatização, supervisão, capacitação e avaliação ao sistema, enquanto o município irá gradativamente incorporando ações de vigilância epidemiológica de acordo com o grau de complexidade e estrutura do seu sistema de gestão.

A orientação atual para o direcionamento do SVE estabelece como prioridade o fortalecimento de sistemas municipais de vigilância dotados de autonomia técnico-gestional para focar os problemas de saúde próprios de suas respectivas áreas de abrangência. Para instrumentalização dessa estratégia a NOB/96 estabelece que o município poderá pleitear a habilitação à gestão do sistema municipal de saúde em dois níveis:

- gestão plena de atenção básica;
- gestão plena do sistema municipal.

As ações de vigilância epidemiológica estão dispostas em graus de complexidade (baixa, média e alta) e servirão como parâmetro nas propostas de habilitação do município.

Na gestão plena de atenção básica o município deverá se comprometer a notificar as doenças e agravos previstos na legislação vigente, de comum acordo com a Secretaria de Estado da Saúde, definir as respectivas responsabilidades em relação às ações de vigilância epidemiológica, ligadas à notificação, busca ativa, investigação de casos, bem como bloqueios vacinais, colheita de exames de laboratório, capacitação de pessoal, avaliação, etc.

Na habilitação para gestão plena do sistema municipal, o município deverá, integralmente, ser capaz de realizar as notificações de doenças de notificação compulsória, investigação epidemiológica, incluindo óbitos infantis e maternos, consolidação e análise de dados.

Quanto mais eficientemente as funções de vigilância epidemiológica forem realizadas no nível local, maior será a oportunidade com que as ações de controle tenderão a ser desencadeadas. Os âmbitos de gestão estadual e federal poderão dedicar-se, seletivamente, às questões mais complexas, emergenciais ou de maior

extensão, que demandem a participação de especialistas e centros de referências.

○ fortalecimento de sistemas municipais de saúde, tendo a vigilância epidemiológica como um dos seus instrumentos mais importantes de atuação, deve constituir-se na estratégia principal de institucionalização do sistema de vigilância epidemiológica.

## Bibliografia Consultada

- BRAGA JCSB & PAULA SG. **Saúde e Previdência: Estudos de Política Social**. São Paulo, CEBES/HUCITEC. 1981.
- MACHADO R, LOUREIRO A, LUZ R, MURICY K. **Danação da Norma: Medicina Social e Constituição da Psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro. Ed. Graal. 1978.
- MARINHO DE SOUZA MF & KALICHMAN AO. Vigilância à Saúde: Epidemiologia, Serviços e Qualidade de Vida. In: ROUQUAYROL MZ; **Epidemiologia & Saúde**. Ed. Medsi. 4ª ed., 1994.
- SÃO PAULO. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. CENTRO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA. **Evolução da História do Combate às Doenças Transmissíveis no Brasil: Da Polícia Médica à Vigilância Epidemiológica**. 1986.
- SÃO PAULO. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. CENTRO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLOGICA. **Evolução Histórica do Setor Saúde no Brasil**. 1986.
- SOUZA AMAF. **A Saúde no Último Quartel do Século XX: do Sistema Nacional de Saúde (SNS) ao Sistema único de Saúde (SUS)**. Mimeo, 1998.
- TEIXEIRA MG & RISI JB. Vigilância Epidemiológica. In: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. CENTRO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. 1994.
- WALDMAN EA. Vigilância Epidemiológica como Prática de Saúde Pública. Tese de Doutorado, USP, 1991.



*Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac”*

*Dr. José Cássio de Moraes*

*Coordenadoria dos Institutos de Pesquisa*

*Dr. Luiz Jacintho da Silva*

*Secretaria de Estado da Saúde*

*Dr. José da Silva Guedes*

*Governo do Estado de São Paulo*

*Dr. Mário Covas*

*Coordenação*

*Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac”*

*Divisão de Desenvolvimento de Pesquisa  
e Capacitação em Epidemiologia*

## INSTITUIÇÕES PARTICIPANTES

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo  
Coordenadoria dos Institutos de Pesquisa  
Instituto de Infectologia Emilio Ribas  
Instituto de Saúde

Coordenadoria de Saúde da Região Metropolitana da Grande São Paulo

Diretoria Regional de Saúde DIR I - Capital

Coordenadoria de Saúde do Interior  
Diretoria Regional de Saúde DIR XVI - Presidente Prudente

Superintendência de Controle de Endemias

Secretaria Municipal de Saúde de Santos

Secretaria Municipal de Saúde de Bertioga

Prefeitura Municipal de São Paulo  
Departamento de Parques e Áreas Verdes

Ministério da Saúde  
Fundação Nacional de Saúde - Centro Nacional de Epidemiologia



# TBVE - Módulos Básicos

## Coordenação

Márcia Oliveira

Inês Kazue Koizumi  
Marilda Aparecida Kersul Milagres  
Márcia Caraça  
Vera Lúcia Gattás  
Expedito José de Albuquerque Luna  
Marinês Gonzales  
Elizabete Maria Nunes  
Rosária Grimaldi Campos  
Aluísio Bichir  
Neuma Terezinha Hidalgo  
Regina Lúcia Laudari  
Beatriz Aparecida Fortes Perrenoud  
Cláudio Maierovich Pessanha Henriques  
Carlos Henrique M. Maletta

Ana Maria Figueiredo  
Giselda Katz  
Cecília Goe Porto Alves  
Doralice de Souza  
Ciro Rossetti Neto  
Hilda Cintra Franco  
Sandra Franzose  
Florize Malvezzi  
Eduardo Hage Carmo  
Ana Maria Johnson de Assis  
Maria Goretti de Godoy Souza  
Luiza de Marilac Meireles Barbosa  
Natal Jatai de Camargo

## Colaboradores

Maria Lúcia Rocha de Mello  
José Olímpio de Albuquerque  
Márcia Regina Buzzar  
Maria Tereza Jahnel  
Maria Josefa Penñon Gonçalves  
Cristiano Corrêa de Azevedo Marques  
Liana Soares  
Tatiana Patrícia de Almeida Lopes

Anestor de Brito  
Cecília Aparecida Alexandre  
Rosemari de Oliveira Moraes  
Claudia Maria Cardoso  
Vera Lúcia Benachio Sodrê e  
Todo corpo técnico e administrativo do  
CVE

## Revisão

Liana Soares

## Editoração e Projeto Gráfico

Nelson Francisco Brandão

**Apoio Financeiro** Programa Nacional de Controle de Doenças  
Sexualmente Transmissíveis e AIDS  
Secretaria de Projetos Especiais de Saúde  
Ministério da Saúde

## **Coordenação**

Vera Lúcia Gattás

## **Elaboração**

Ana Maria Johnson de Assis  
Eduardo Hage Carmo  
Edwin Antônio Solórzano Castillo  
Luiza de Marillac Meireles Barbosa  
Márcia Benedita Oliveira  
Maria de Fátima Calderaro  
Maria Goretti de Godoy Souza  
Márcia Caraça Cortáz  
Natal Jataí de Camargo

## **Instituições Participantes**

Secretaria de Estado da Saúde da Bahia  
Secretaria de Estado da Saúde do Ceará  
Secretaria de Estado da Saúde do Paraná  
Secretaria de Estado da Saúde de Pernambuco  
Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro  
Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo  
Centro Nacional de Epidemiologia / Fundação Nacional de Saúde

## **Revisão de Texto**

Regina Coeli Pimenta de Mello  
Waldir Rodrigues Pereira

## **Editoração Gráfica e Diagramação**

Edite Damásio da Silva - CENEPI/FUNASA/MS  
Marcos Antonio Silva de Almeida - CENEPI/FUNASA/MS

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada gratuitamente na Biblioteca Virtual em Saúde:

<http://www.saude.gov.br/bvs>

O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado gratuitamente na página:

<http://www.saude.gov.br/editora>



EDITORA MS  
Coordenação-Geral de Documentação e Informação/SA/SE  
MINISTÉRIO DA SAÚDE  
(Reprodução fiel do original)  
SIA, Trecho 4, Lotes 540/610 – CEP: 71200-040  
Telefone: (61) 233-2020 Fax: (61) 233-9558  
E-mail: [editora.ms@saude.gov.br](mailto:editora.ms@saude.gov.br)  
Home page: <http://www.saude.gov.br/editora>  
Brasília – DF, novembro de 2003  
OS 1395/2003