

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
ESPECIALIZAÇÃO EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Vigilância em Saúde em Minas Gerais:  
Histórico, construção e perspectiva

Adressa Alves de Souza

Belo Horizonte – MG

2023

Adressa Alves de Souza

Vigilância em Saúde em Minas Gerais:  
Histórico, construção e perspectiva

Monografia apresentada na Escola de Saúde Pública de Minas Gerais como requisito para aprovação do Curso de Especialização em Vigilância em Saúde.

**Orientadora: Júlia Perdigão de Mello Couto**

Belo Horizonte - MG

2023

S729v

Souza, Adressa Alves de.

Vigilância em Saúde em Minas Gerais: Histórico, construção e perspectiva. / Adressa Alves de Souza. - Belo Horizonte: ESP-MG, 2023.

45 f.

Orientador(a): Júlia Perdigão de Mello Couto.

Monografia (Especialização) em Vigilância em Saúde.

Inclui bibliografia.

1. Vigilância em Saúde. I. Couto, Júlia Perdigão de Mello. II. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. III. Título.

NLM WA 950

#### **DEDICATÓRIA**

Este trabalho é dedicado a uma nobre pessoa, muito especial em minha vida e fundamental para que o título de “Especialista em Vigilância em Saúde” me fosse oportuno. Minha eterna gratidão à minha tia Maria de Lourdes que me acolheu tantas vezes com amor e carinho.

## **AGRADECIMENTOS**

Compreender a grandeza do conhecimento e assumir a quão sucinta é a nossa mente antes de despertar para o aprendizado, é o primeiro passo para angariar sabedoria.

É com muita gratidão ao Criador do Universo, por permitir-me a vida e a inteligência, que concluo essa pós graduação.

Obrigada a todos os meus guias espirituais que não me desampararam em momento algum e não me deixaram vacilar ou pensar em desistir.

Gratidão à minha família que me apoiou em todos os momentos. Em especial meus filhos Gabriel e Laura, que são âncoras permanentes a me sustentar na vida.

Ao meu companheiro de vida Filipe, por sempre me incentivar a crescer como profissional.

À minha mãe Adriana, por ser meu maior exemplo de garra e coragem, determinação e busca constante de novos conhecimentos.

## EPÍGRAFE

“Sábio é aquele que conhece os limites da própria ignorância.”

SÓCRATES, filósofo grego (436 a.C.-338 a.C.)

## RESUMO

O presente trabalho apresenta um resumo cronológico da história da vigilância em saúde no Brasil desde a criação da Diretoria Geral de Saúde Pública em 1897 até o lançamento do programa VigiMinas em 2023. Destaca-se a atuação do médico sanitarista Oswaldo Cruz no controle de doenças como a varíola, além da criação de órgãos como a Polícia Sanitária, o Sistema de Vigilância Epidemiológica e a Superintendência de Campanhas de Saúde Pública. Ressalta-se também a importância do Sistema Único de Saúde, criado em 1990, sob uma nova percepção de saúde coletiva. Além de prestar assistência ao paciente, é necessário conhecer os territórios, as populações e os problemas de saúde para prevenção e controle de doenças. A vigilância assume papel singular no processo saúde-doença. A proposta da "vigilância em saúde" é unir os setores para trabalhar em conjunto. A partir de 2009, as ações de vigilância em saúde foram ampliadas, incluindo a vigilância epidemiológica, sanitária, do trabalhador e ambiental. A interação entre a vigilância em saúde, atenção primária é fundamental para garantir a integralidade do cuidado. No entanto, a falta de comunicação, a burocratização dos serviços e os sistemas de informação do Ministério da Saúde engessados são obstáculos a serem superados. O uso de programas de software que se comuniquem entre si é essencial para garantir a eficiência e eficácia no atendimento e na coleta de dados. O texto descreve, ainda, a evolução dos projetos de vigilância em saúde em Minas Gerais, desde o Projeto de Fortalecimento da Vigilância em Saúde (PFVS) até o atual Programa de Fortalecimento do Sistema Estadual de Vigilância em Saúde (VigiMinas). Esses programas têm como objetivo incentivar os municípios a desenvolverem seus sistemas locais de vigilância, por meio de metas e repasses financeiros. O VigiMinas busca uma abordagem mais personalizada para cada território, no objetivo de se construir o Plano Municipal de Implementação do Sistema Estadual de Vigilância em Saúde - PMISEVS. A intenção é entender as fragilidades e potencialidades dos municípios para melhorar os processos de vigilância. Nesse sentido, discute-se a necessidade de reorientação do processo de trabalho na atenção básica à saúde, devido ao fracasso dos modelos assistenciais

atuais em atender as demandas da população brasileira. Propõe-se a vigilância em saúde como base para reformulação do sistema, com ênfase na análise da situação de saúde do território. No entanto, a falta de recursos e a falta de prioridade dada à vigilância pelos gestores públicos são obstáculos para a efetivação dessa política. É necessário superar esses desafios e promover uma abordagem integral da saúde, de acordo com os princípios do SUS.



## **ABSTRACT**

This work presents a chronological summary history of health surveillance in Brazil, from the creation of the General Directorate of Public Health in 1897 to the launch of the VigiMinas program in 2023. The role of public health doctor Oswaldo Cruz in disease control stands out, such as smallpox, in addition to the creation of bodies such as the Health Police, the Epidemiological Surveillance System and the Superintendency of Public Health Campaigns. The importance of the Unified Health System, created in 1990, under a new perception of collective health, is also highlighted. In addition to providing patient care, it is necessary to know the territories, populations and health problems to prevent and control diseases. Surveillance plays a unique role in the health-disease process. The proposal of "health surveillance" is to unite sectors to work together. From 2009 onwards, health surveillance actions were expanded, including epidemiological, health, worker and environmental surveillance. The interaction between health surveillance and primary care is fundamental to guarantee comprehensive care. However, the lack of communication, the bureaucratization of services and the Ministry of Health's rigid information systems are obstacles to be overcome. The use of software programs that communicate with each other is essential to ensure efficiency and effectiveness in service and data collection. The text also describes the evolution of health surveillance projects in Minas Gerais, from the Health Surveillance Strengthening Project (PFVS) to the current State Health Surveillance System Strengthening Program (VigiMinas). These programs aim to encourage municipalities to develop their local surveillance systems, through targets and financial transfers. VigiMinas seeks a more personalized approach for each territory, with the aim of building the Municipal Implementation Plan for the State Health Surveillance System - PMISEVS. The intention is to understand the weaknesses and potential of municipalities to improve surveillance processes. In this sense, the need to reorient the work process in basic health care is discussed, due to the failure of current care models to meet the demands of the Brazilian population. Health surveillance is proposed as a basis for reformulating the system, with an emphasis on analyzing the health situation in

the territory. However, the lack of resources and the lack of priority given to surveillance by public managers are obstacles to implementing this policy. It is necessary to overcome these challenges and promote a comprehensive approach to health, in accordance with the principles of the SUS.

## **LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

|                                                                         |    |
|-------------------------------------------------------------------------|----|
| Figura I- Ilustração do escopo atual da vigilância em saúde             | 15 |
| Figura II- Principais marcos da vigilância em saúde nacional e estadual | 29 |

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ANVISA- Agência Nacional de Vigilância Sanitária

APS- Atenção Primária à Saúde

ASIS- Análise de Situação de Saúde

CEM- Iniciativa de Erradicação da Malária

CENEPI- Centro Nacional de Epidemiologia

CEV- Programa de Erradicação da Varíola

CIB- Comissão Intergestores Bipartite

CIR- Comissões Intergestores Regionais

CIT- Comissão Intergestores Tripartite

CNS- Conferência Nacional de Saúde

CNS- Conselho Nacional de Saúde

CNVS- Conferência Nacional de Vigilância em Saúde

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

COSEMS - Conselhos de Secretários Municipais de Saúde

DATASUS- Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

DGSP- Diretoria Geral de Saúde Pública

DNERu- Departamento Nacional de Endemias Rurais

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

FSESP- Fundação Serviços de Saúde Pública

FUNASA- Fundação Nacional de Saúde

GRS- Gerência Regional de Saúde

LOS- Lei Orgânica da Saúde

MS- Ministério da Saúde

PFVS- Projeto de Fortalecimento da Vigilância em Saúde

PMISEVS- Plano Municipal de Implementação do Sistema Estadual de Vigilância em Saúde

PNI - Programa Nacional de Imunização

PNVS- Política Nacional de Vigilância em Saúde

PQA-VS- Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde

ProMAVS- Programa de Monitoramento das Ações de Vigilância em Saúde

RAS- Redes de Atenção à Saúde

Renast- Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador

RNLSP- Rede de Laboratórios de Saúde Pública

SES – Secretaria Estadual de Saúde

SEVS-MG- Sistema Estadual de Vigilância em Saúde

SIM- Sistema de Informação de Mortalidade

SINAN- Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SINASC- Sistema de Informação de Nascidos Vivos

SI-PNI- Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SNVE- Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica

SNVS- Sistema Nacional de Vigilância Sanitária

SRS- Superintendência Regional de Saúde

SUCAM- Superintendência de Campanhas de Saúde Pública

SUS – Sistema Único de Saúde

SVS - Secretaria de Vigilância em Saúde

VE – Vigilância Epidemiológica

VigiMinas- Programa de Fortalecimento do Sistema Estadual de Vigilância em Saúde

VISA – Vigilância Sanitária

VS- Vigilância em Saúde

VSA – Vigilância da Saúde Ambiental

VST – Vigilância da Saúde do Trabalhador

## **SUMÁRIO**

|                                                                                |           |
|--------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1 INTRODUÇÃO</b>                                                            | <b>14</b> |
| <b>2 METODOLOGIA</b>                                                           | <b>17</b> |
| <b>3 CAPÍTULO I: A FORMAÇÃO HISTÓRICA DA VIGILÂNCIA NO BRASIL</b>              | <b>18</b> |
| <b>4 CAPÍTULO II: AÇÃO INTREFEDERATIVA: PROPOSTAS DE MINAS GERAIS</b>          | <b>31</b> |
| <b>5 CAPÍTULO III: AS PERSPECTIVAS NO TERRITÓRIO: DESAFIOS E OPORTUNIDADES</b> | <b>35</b> |
| <b>6 CONCLUSÃO</b>                                                             | <b>39</b> |
| <b>7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>                                            | <b>41</b> |

## 1 INTRODUÇÃO

Vamos falar sobre vigilância?

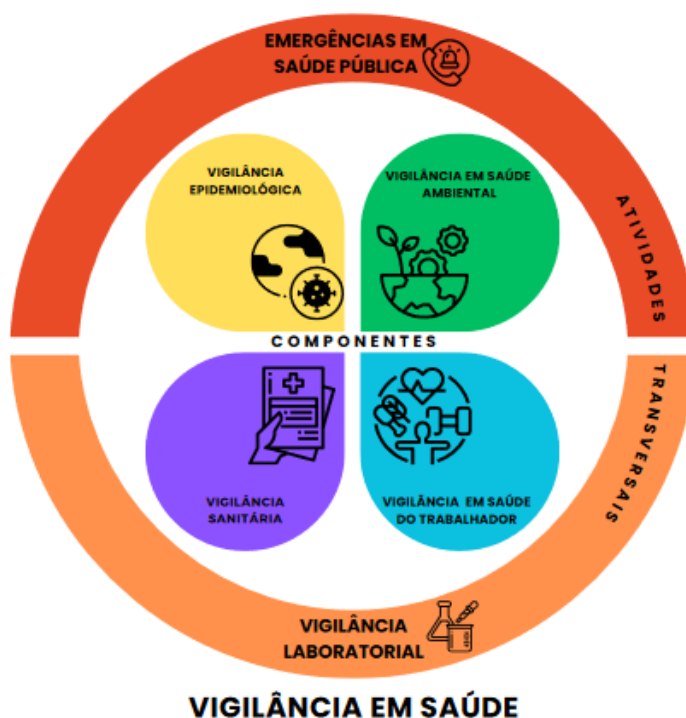
A palavra vigilância deriva do verbo transitivo direto: vigiar, demonstrando o ato ou efeito daquele que vigia. Segundo dicionário Aurélio, a palavra “vigiar” vem do latim, *vigilare*, significando: observar atentamente, procurar, cuidar, precaver. O presente estudo busca entender concepções a cerca da temática da vigilância sob o olhar da saúde. O termo “vigilância em saúde” é bem mais recente e concebe uma proposta de englobar as áreas temáticas que ficam sob o domínio da vigilância no Sistema Único de Saúde (SUS). Em suma, fazer a vigilância da saúde de uma população, é estar constantemente analisando os fatores intrínsecos e extrínsecos que influenciam na qualidade de vida de determinada sociedade.

Partindo dos conceitos e resgatando processos históricos de consolidação das políticas públicas de saúde, a pesquisa trás a relevância do trabalho da vigilância para a saúde da população em geral. Vale ressaltar que inúmeras pessoas não sabem sequer as funções do setor citado, que vão desde a dispensação de uma DN (Declaração de Nascido Vivo) até a inspeção da qualidade de um alimento que irá ser consumido. Nenhum membro da sociedade brasileira pode abster-se da vigilância em saúde. Dada tamanha relevância, cabe analisar a origem desse departamento e como esse surgimento impacta nos dias de hoje. É preciso compreender como o governo federal, estadual e municipal regem tamanha estrutura através de competências de cada uma das esferas e incentivos financeiros através de programas de fortalecimento. E ainda, busca-se com o estudo, apresentar ao leitor como a vigilância acontece na prática, com suas fragilidades e potencialidades.

Segundo Batistella (2009), existem três definições diferentes do termo “vigilância em saúde”. Uma pode ser compreendida como a análise da situação de saúde e não inclui ações referentes ao enfrentamento dos problemas. A segunda concepção é a da integração entre a ‘vigilância epidemiológica’ e ‘vigilância sanitária’; e por último, a compreensão que entende a ‘vigilância em saúde’ como uma proposta de rearranjo das práticas sanitárias. Dentre os arranjos do setor, todos os níveis de

assistência e complexidade do SUS ou privados estão sob os domínios da vigilância. Todos os estabelecimentos comerciais que podem afetar a saúde da população também estão sujeitos a fiscalização e cumprimento de normas.

Devido ao amplo escopo de atuação, a Vigilância em Saúde no estado de Minas Gerais, elabora atualmente o Sistema Estadual de Vigilância em Saúde (SEVS-MG) incluindo quatro áreas estratégicas: Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, Vigilância em Saúde Ambiental e Vigilância em Saúde do Trabalhador. O SEVS-MG contempla ainda mais duas atividades transversais: Emergências em Saúde Pública e Vigilância Laboratorial. A figura abaixo, elaborada pela Fundação João Pinheiro em Parceria com a Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais, através do programa VigiMinas, traz uma melhor visualização:



Fonte: Guia para elaboração Plano Municipal de Implementação do Sistema Estadual de Vigilância em Saúde de Minas Gerais (SEVS-MG), maio de 2023, p. 09.

O presente estudo faz uma reflexão analítica ao levantar dados históricos da criação das áreas de abrangência da vigilância em saúde, contextualizar esses marcos em uma linha temporal e refletir sobre a capacidade da vigilância em transfigurar políticas de saúde por meio da análise dos territórios. A investigação histórica



mostra o surgimento fragmentado das vigilâncias: sanitária, epidemiológica, ambiental e saúde do trabalhador, como e quando surgem as estruturas que compõe hoje o arranjo do setor.

Como ferramentas de planificação, a pesquisa traz as experiências do governo do estado de Minas através dos programas de fortalecimento do setor: PFVS (Projeto de Fortalecimento da Vigilância em Saúde) em 2012; ProMAVS (Programa de Monitoramento das Ações de Vigilância em Saúde) em 2016 (RESOLUÇÃO SES/MG Nº 5.484, DE 17 DE NOVEMBRO DE 2016); e VigiMinas (Programa de Fortalecimento do Sistema Estadual de Vigilância em Saúde) em 2021 (DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 3.545, DE 22 DE SETEMBRO DE 2021). Todos os programas mineiros de fomentação estão embasados na política nacional de vigilância, subsidiada pelo PQA-VS (Programa de Qualificação da Ações de Vigilância em Saúde), criado pelo Ministério da Saúde em 2013.

Ao nível da gestão municipal, onde a vigilância em saúde é concretizada em suas bases, a pesquisa objetiva discutir a análise da situação de saúde como processo decisório na qualidade de vida da população, diminuição das iniquidades sociais e entender a escassez de recursos: financeiro, logístico e de pessoal que garantem a falta de visibilidade e efetividade da vigilância em saúde.

O principal objetivo desta pesquisa é escutar as conjecturas e perspectivas no cenário da Vigilância em Saúde através de uma série histórica e avaliação do cenário atual, englobando os objetivos específicos:

- Realizar um levantamento de dados históricos e legislações fundamentadores da vigilância no Brasil e em Minas Gerais;
- Construir uma linha temporal
- Ajuizar os principais programas de fortalecimento da Vigilância em Saúde mineira;
- Considerar as estruturas que definem a vigilância em saúde e a importância da análise de situação de saúde do território.

- Buscar formas de otimizar ações pautadas na intersetorialidade dentro da própria vigilância e considerar sobre a importância da articulação entre vigilância e atenção primária à saúde.

Justifica-se o presente estudo dada a vivência dentro da vigilância, onde pode-se observar grandes fragmentações e fragilidades. Antagonicamente, os princípios e diretrizes do SUS versam legislações complexas e ousadas, com normativas utópicas. O trabalho busca compreender a lacuna existente entre o SUS real e o SUS ideal observada através da realidade do território. Dessa forma, sensibilizar a gestão pública sobre a notabilidade da vigilância em saúde como ferramenta de gestão, estudo e mapeamento da situação de saúde populacional, a importância de uma equipe mínima no arranjo da vigilância e buscar formas de otimizar ações pautadas na intersetorialidade dentro da própria vigilância, considerando também a articulação com a atenção primária à saúde (APS).

## **2 METODOLOGIA**

O presente estudo faz uma análise qualitativa sobre os projetos, processos e fluxos que englobam a vigilância em saúde. Como ferramenta metodológica foi utilizada revisão bibliográfica, incluindo legislações, decretos, portarias, relatórios, resoluções e manuais relacionados ao tema “vigilância em saúde”. O período de levantamento de informações compreendeu os meses de abril a setembro de 2023. Inicialmente foi feita a leitura e compreensão da “Pesquisa diagnóstica especializada para políticas públicas e execução de planos de ação no campo de Vigilância em Saúde” realizada pela Fundação João Pinheiro. Após o entendimento da realidade da vigilância no estado de Minas, suas fragilidades e potencialidades, refletindo também a vivência prática do setor, inicia-se a pesquisa do surgimento da vigilância como política de saúde. Durante essa busca, encontra-se a criação fragmentada de cada um dos setores que compõe o enredo da vigilância.

Como critério de inclusão, foram adotadas publicações com texto completo e que abordassem o assunto. As palavras chave utilizadas foram: “políticas públicas”, “vigilância”, “vigilância em saúde”, “vigilância sanitária”, “vigilância ambiental” e “vigilância a saúde do trabalhador”. Foram levantados regimentos em geral a

respeito da criação de cada área da vigilância em saúde, desde o surgimento da saúde pública no Brasil, com a criação da DGSP (Diretoria Geral de Saúde Pública) até os dias atuais. Inclui-se ainda na revisão, artigos científicos publicados em periódicos como LILACS, SCIELO e BVS.

A monografia será desenvolvida através de três capítulos, o 1º trará conceitos e desdobramentos apresentando a história do surgimento das vigilâncias no Brasil e seus principais marcos. O 2º capítulo fará uma recapitulação da expansão da vigilância em saúde no estado de Minas Gerais, versando sobre os principais programas de fortalecimento do setor. Já o 3º capítulo, irá abordar como a vigilância tem se desdobrado nos municípios mineiros com fragilidades e virtudes, tendo a construção da análise de situação de saúde local como instrumento de superação das vulnerabilidades dos territórios.

## **Capítulo I: A FORMAÇÃO HISTÓRICA DA VIGILÂNCIA NO BRASIL**

O cômputo apresentado nesse primeiro capítulo é resultado da análise de 05 leis, 05 decretos, 03 artigos científicos, 03 relatórios, 01 manual do Ministério da Saúde, 03 portarias, 01 resolução e da Constituição Federativa do Brasil, de 1988.

Neste primeiro capítulo é feita uma recapitulação cronológica da vigilância em saúde moderna e suas subdivisões, marcos temporais e legislações importantes que foram criadas para regulamentar o setor. A história da saúde pública em nosso país debuta com as primeiras medidas de vigilância sanitária. Mais do que uma fração da saúde, a vigilância é a precursora de todo o processo. O marco histórico inicial deste trabalho é a criação da Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP) que assumia à época papel análogo ao Ministério da Saúde, através do Decreto nº 2.449, de 1º de fevereiro de 1897.

As ações de prevenção e controle de doença tem um ponto de virada a partir da nomeação em 1903 do médico sanitарista Oswaldo Gonçalves Cruz para a diretoria do DGSP (Diretoria Geral de Saúde Pública). Neste momento o país enfrentava

sérios problemas de saúde pública e uma série de mudanças institucionais são realizadas no Governo Federal com vistas a enfrentar tal cenário sanitário. No entanto, a atuação junto ao povo era realizada por agentes militares, através de ações repressoras e sem respeito às liberdades individuais. Nessa ocasião, a saúde não se efetivou como direito, mas como necessidade de controle das doenças epidêmicas, cujas causas eram atribuídas, principalmente, aos negros e pobres.

As principais moléstias que assolavam o país eram a peste bubônica, a varíola e a febre amarela, e o nome de Oswaldo Cruz surge como relevante para enfrentar tais doenças. O médico epidemiologista passou a utilizar técnicas que, até então, não eram viabilizadas, como isolamento de pacientes sintomáticos, notificação compulsória de doenças, desinfecção de espaços contaminados e eliminação de roedores. A medida mais drástica utilizada até então foi a vacinação em massa da população contra a varíola, em 1904, ação que encontrou grande resistência. O primeiro imunizante do Brasil foi imposto pela Lei nº 1.261, de 31 de outubro de 1904: *“O Presidente da Republica dos Estados Unidos do Brazil: Faço saber que o Congresso Nacional decretou e eu sanciono a lei seguinte: Art. 1º A vacinação e revaccinação contra a variola são obrigatorias em toda a Republica.”*

Em meio ao caos da crise sanitária, que prejudicou a população e até mesmo o comércio exterior, surge a Polícia Sanitária, com um intuito mais punitivo do que educacional (HOCHMAN, Gilberto). Seria o início de uma posterior divisão da vigilância em saúde, a vigilância sanitária, que carrega consigo ainda hoje, as “cicatrices históricas” do militarismo e disciplina, sendo normalmente reconhecida como um órgão mais burocrático e punitivo, do que orientador. As primeiras legislações em saúde pública de caráter assistencialista e não punitivo ou impositivo, surgem a partir da Revolução Industrial, extinção da República Velha e ascensão de Getúlio Vargas a Presidência da República em 03 de novembro de 1930.

Consta citar a criação do Ministério dos Negócios da Educação e Saúde realizada através do Decreto nº 19.402 em 14 de novembro de 1930. A partir dessa data, deixa de ser um órgão subordinado ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores e assume a pasta concernente ao ensino, saúde pública e assistência hospitalar. Um

avanço importante ocorre através da lei nº 1.920, de 25 de julho de 1953 que cria o Ministério da Saúde, separando-o definitivamente do Ministério da Educação das demais pastas.

Em 1941, acontece a primeira Conferência Nacional de Saúde (CNS), antes mesmo da criação do Ministério da Saúde, com relevância nas abordagens:

“Organização sanitária estadual e municipal, para o maior desenvolvimento das campanhas nacionais contra a tuberculose e a lepra, para o estabelecimento em termos mais amplos das instituições destinadas à proteção à maternidade, à infância e à adolescência e, finalmente, para a solução do problema relativo aos serviços de águas e de esgotos nas municipalidades de todo país.”  
(Relatório Final da 1ª Conferência Nacional de Saúde).

Em 1969 surge o Centro de Investigações Epidemiológicas, órgão vinculado à Fundação de Serviços de Saúde Pública, sendo o primeiro a utilizar os conceitos e as práticas da moderna vigilância, estabelecendo-se desta forma, o primeiro sistema nacional de notificação de doenças (Rocha, 2015).

Através do decreto nº 66.580, de 15 de maio de 1970 funda-se a Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM), que surgiu como resultado da união do Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu), da Iniciativa de Erradicação da Malária (CEM) e do Programa de Erradicação da Varíola (CEV). Ao se formar, a Fundação incorporou a experiência e o conhecimento acumulados ao longo de várias décadas de empreendimentos voltados para a supressão de doenças endêmicas transmitidas por vetores. Esse histórico solidificou a posição da SUCAM como a entidade de maior alcance nas áreas rurais do país. A presença de sua estrutura operacional era observada em todos os estados brasileiros. A SUCAM foi a primeira estrutura formal centralizada que deu origem a vigilância ambiental que existe atualmente.

Dada a necessidade de realizar a vigilância das doenças e agravos, termo este que foi utilizado pela primeira vez em 1955 (Rocha, 2015), é realizada, em 1975, a V Conferência Nacional de Saúde, onde é proposta a criação do Sistema de Vigilância Epidemiológica (SNVE). Seguindo as recomendações, em 1976, o Decreto nº 78.231 institui o sistema e, determina a notificação compulsória de agravos ou óbitos de quatorze doenças em todo o território nacional. Para subsidiar tais ações da vigilância, tem-se uma legislação de caráter essencial, a lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975, que define ao Ministério da Saúde a coordenação das ações em vigilância e à aplicação da notificação compulsória, e a outros programas.

Outro marco importante foi a promulgação da Constituição Federativa do Brasil, em 1988, que efetivou os direitos e deveres do cidadão em todos os seus aspectos e garante, em seu artigo 196, que:

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” (BRASIL, 1988).

Nessa perspectiva, o direito à saúde contempla a redução do risco do adoecimento e de outros agravos, medida que só pode ser concretizada mediante a análise da situação de saúde de determinado território elaborada pela vigilância. Fortalecendo o papel das vigilâncias, o artigo 200 da Constituição de 1988 versa sobre alguns de seus atributos, devendo o SUS garantir a sua execução:

Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

- I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;
- II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;
- III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;
- IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;

- V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;
- VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;
- VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
- VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

Em sequência a esse processo, em 19 de setembro de 1990, é promulgada a Lei nº 8.080, denominada Lei Orgânica da Saúde (LOS), que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, as ações de vigilância sanitária, vigilância epidemiológica e de saúde do trabalhador. A Lei define a vigilância epidemiológica como um 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 ou agravos. (BRASIL, 1990).

O SUS surge então em um contexto de remodelação do Estado brasileiro quanto a uma nova percepção de saúde coletiva. Configura-se como maior programa de políticas públicas do mundo e está em construção desde 1990. Paralelamente, entende-se que para fazer saúde é necessário muito mais do que prestar assistência ao paciente, modelo biomédico vigente desde os primórdios, faz-se necessário conhecer a dinâmica dos territórios, suas populações, os agravos que incidem sobre elas, a maneira como agir em determinado local e tempo, como e onde atuar para prevenção e controle de doenças e, além disso, como promover saúde. Nessa premissa, as vigilâncias começam a ter um papel singular de suma importância para análise da situação de saúde, que *“é caracterizada por processos analítico-sintéticos que permitem caracterizar, medir e explicar o perfil de saúde-doença de uma população, incluindo os agravos e problemas de saúde, assim como seus determinantes”* (OPAS, 1999).

A efetiva descentralização das ações de vigilância epidemiológica para as secretarias estaduais e municipais de saúde teve início em dezembro de 1999, resultante de intensos debates nas instâncias de pactuação intergestora do SUS. Fenômeno análogo ocorreu no âmbito da Vigilância Sanitária, com a publicação da Lei no 9.782, de 26 de janeiro de 1999, que definiu o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e atribuiu competências à União, estados, Distrito Federal e municípios, para que exerçam atividades de regulação, normatização, controle e fiscalização na área de vigilância sanitária, conforme o Relatório 1ª CNVS (Conferência Nacional de Vigilância em Saúde), p. 11. A mesma lei cria a ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária), sendo esta uma autarquia sob regime especial.

Durante a criação fragmentada das diversas áreas da vigilância, é importante relembrar e considerar sobre a instituição de órgãos fundamentais que culminaram com a atual estrutura do setor. No âmbito da vigilância ambiental existiu uma importante iniciativa federal que desencadeou o processo.

No Brasil, até o ano de 1999, os programas de controle de vetores tinham um caráter vertical, sendo executados diretamente por órgãos ligados ao Ministério da Saúde – inicialmente pela Superintendência de Campanhas em Saúde (SUCAM) –, e posteriormente pela Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). Contudo, com o processo de descentralização das ações de saúde (BRASIL, 1999), houve a transferência dos programas e das responsabilidades (operacionalização, planejamento e execução das atividades de saúde) para os estados e municípios. Os programas de controle de endemias de MG foram municipalizados a partir do ano 2000, sendo conduzidos pelas prefeituras sob a coordenação das Gerências Regionais de Saúde (GRS) e, atualmente, também pelas Superintendências Regionais de Saúde (SRS)– (SOUZA, I.C.A e outros, Vigilância à saúde da doença de Chagas em municípios endêmicos de Minas Gerais: percepção e conhecimento de profissionais da vigilância entomológica, Disponível em: <https://scielosp.org/article/physis/2023.v33/e33011/> - Acesso em junho/2023.



Percebemos que a criação e a implantação de cada uma das áreas da vigilância se deram de forma isolada e separatista das demais. As necessidades de saúde e socioeconômicas “exigiram” a vigilância em seus mais variados pontos de atuação, cada uma a seu tempo. É notório que essa fragmentação da vigilância entre os setores se perpetua até os dias de hoje, tornando-se um desafio o trabalho de forma integralizada e complementar. A “vigilância em saúde” surge como proposta de unir os setores para o trabalho em conjunto.

Com objetivo de garantir a efetivação da política vigilância em saúde foi publicada em 15 de junho de 2004, a Portaria nº 1.172, definindo financiamento, descentralização de ações para os estados e municípios e a integração com demais setores em saúde, ficando sob coordenação da Secretaria de Vigilância em Saúde a Gestão do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. Essencialmente: vigilância das doenças e agravos transmissíveis e não transmissíveis e dos fatores de risco; a vigilância ambiental e a vigilância da situação de saúde; gestão dos sistemas de informação epidemiológica, SINAN (Sistema de Informação sobre agravos de notificação compulsória), SIM (Sistema de Informação de Mortalidade), SINASC (Sistema de Informação de Nascidos Vivos), SI-PNI (Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização), demais sistemas que venham a ser lançados; divulgação de informações e análises epidemiológicas; execução de programas de capacitação de recursos humanos; gerenciamento da rede de Laboratórios de Saúde Pública (RNLSP) e coordenação do PNI (Programa Nacional de Imunização).

Embora a portaria nº 1.172/2004 seja um relevante documento normatizador do regime da vigilância em saúde, não obstante a Constituição de 1988 já houvesse colocado o trabalho e o emprego como componentes para assegurar a saúde do cidadão (BRASIL, 1988), a atenção à saúde do trabalhador ainda não estava concretizada através de uma política de vigilância constante aos agravos e processos de trabalho dos trabalhadores e trabalhadoras. Nesse sentido, a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast) foi criada pela Portaria GM/MS n. 1.679, de 19 de setembro de 2002. Em 2007, a gestão federal da saúde do trabalhador, coordenadora então da Rede Nacional de Atenção Integral à

Saúde do Trabalhador, é transferida da Secretaria de Atenção à Saúde para a Secretaria de Vigilância em Saúde. Esta trajetória se consolidou na Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, instituída pela Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Não obstante o trabalho intersectorial necessário dentro da vigilância, é preciso uma definição clara das competências e ações a serem desenvolvidas por cada setor que a compõe. O fortalecimento de cada uma das áreas por meio de recursos humanos e financiamento é um desafio enfrentado ainda hoje.

A partir de dezembro de 2009, é fortificado o papel gestor dos estados e municípios e se amplia o escopo das ações de Vigilância em Saúde, compreendendo a Vigilância Epidemiológica, a Vigilância Sanitária, a Vigilância em Saúde do Trabalhador e a Vigilância em Saúde Ambiental. A esse respeito, o Relatório da 1ª CNVS aponta que:

O desafio permanente da implementação de territórios saudáveis depende da radicalização da integração das ações de vigilância em saúde ao superar a sua concepção como somatório das vigilâncias, epidemiológica, sanitária, saúde ambiental e saúde do trabalhador, com a instituição de uma ação integrada entre si, interna entre as instâncias de vigilância em saúde com a rede de assistência, moldada com a participação social e pelos problemas definidos no território de sua abrangência de ação. A partir da organização de uma prática de informação para ação definidora de processos de intervenções interativos com ações intersectoriais acompanhadas por mecanismos de gestão e governança integrados. (Relatório da 1ª CNVS, P. 32)

Não há o que se questionar sobre a importância do conhecimento agregado aos demais setores através da coleta e consolidação de dados. No entanto, a falta de integração da vigilância com demais níveis de atendimento à saúde, a deixa configurada como uma instituição normativa, burocrática e que sobrecarrega os serviços ao exigir profuso número de informações, documentos e normas dentro de prazos estipulados.

A Vigilância em Saúde, visando a integralidade do cuidado, deve inserir-se na construção das redes de atenção à saúde, coordenadas pela Atenção Primária à Saúde. A integração entre a Vigilância em Saúde e a Atenção Primária à Saúde é condição obrigatória para a construção da integralidade na atenção e para o alcance dos resultados, com desenvolvimento de um processo de trabalho condizente com a realidade local, que preserve as especificidades dos setores e compartilhe suas tecnologias (...). (BRASIL, 2010)

Segundo as Diretrizes Nacionais de Vigilância em Saúde, a vigilância deve atuar juntamente com a atenção básica, buscando o conjunto das ações no território. “Para a construção da integralidade em saúde exige-se que a programação das ações de VS ocorra de forma articulada com outras áreas da atenção à saúde, particularmente a Atenção Primária.” (BRASIL, 2010, p.27)

A Vigilância em Saúde, como entende-se atualmente, perpassa por todos os níveis de atenção à saúde, não tendo uma área de trabalho delimitada por níveis de complexidade (primária, secundária e terciária). Torna-se um grande desafio conseguir a integração com toda a rede de assistência e em tempo hábil, visto que, para garantir a eficiência e eficácia no atendimento ao paciente, na captação e coleta de dados, faz-se necessário, como instrumento de trabalho, a criação, pelo Ministério da Saúde, de programas que utilizem *softwares* capazes de incorporar todos os níveis de atenção e comuniquem entre si.

O órgão responsável pelos programas informatizados de grande relevância para a vigilância até os dias atuais surge em 1991 juntamente com a criação da Fundação Nacional de Saúde (Funasa), que passou a exercer a função de controle e processamento das contas referentes à saúde. O DATASUS (Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde), como foi chamado, tem como responsabilidade prover os órgãos do SUS de sistemas de informação e suporte de informática, necessários ao processo de planejamento, operação e controle.

O Ministério da Saúde informa que:

O DATASUS já desenvolveu mais de 200 sistemas que auxiliam diretamente o Ministério da Saúde no processo de construção e fortalecimento do SUS. Atualmente, o Departamento é um grande provedor de soluções de software para as secretarias estaduais e municipais de saúde, sempre adaptando seus sistemas às necessidades dos gestores e incorporando novas tecnologias, na medida em que a descentralização da gestão se torna mais concreta. (BRASIL, <https://datasus.saude.gov.br/sobre-o-datasus/>)

No entanto, o grande contingente de sistemas criados, sem a devida integração entre eles, ocasiona conflitos durante a coleta de dados, o processamento destes e o compartilhamento entre a rede de serviços à saúde da população. Para que haja eficácia nas tecnologias das políticas públicas é necessário que um dado inserido em um software seja, automaticamente, enviado para outro sistema, evitando o retrabalho e a inconsistências de informações, otimizando, dessa forma, o tempo das equipes.

A informação em saúde pode ser entendida como um redutor de incertezas, um instrumento para detectar focos prioritários, levando a um planejamento responsável e a execução de ações de que condicionem a realidade às transformações necessárias. Assim, caracteriza-se como instrumento essencial para a tomada de decisões, configurando-se como estratégico para a gestão dos serviços, pois orienta a implantação, acompanhamento e avaliação dos modelos de atenção à saúde e das ações de promoção e proteção da saúde e de prevenção de riscos e controle de doenças e agravos. (Relatório da 1ª CNVS, p. 33).

Todas essas fragilidades foram, ao longo do tempo, sendo levadas até o conhecimento da gestão pública, através das diversas esferas de pactuação, sendo as principais: o COSEMS, o CONASEMS, o CONASS, a CIB, a CIT e CIR, consignadas e definidas no Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. As discussões levantadas por esses conselhos geraram pautas para as Conferências Nacionais de Saúde e os

resultados da 15ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2015, apontaram para a necessidade da realização da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde (1ª CNVS), com o objetivo central de “Propor diretrizes para a formulação da Política Nacional de Vigilância em Saúde e o fortalecimento de ações de Promoção e Proteção à saúde”. (Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/conferencias-cns/108-1-conferencia-nacional-de-vigilancia-em-saude> - Acesso em junho de 2023).

A 1ª CNVS, realizada de 27 de fevereiro a 2 de março de 2018, contou com a participação de 1820 conferencistas de todos os estados e do Distrito Federal.

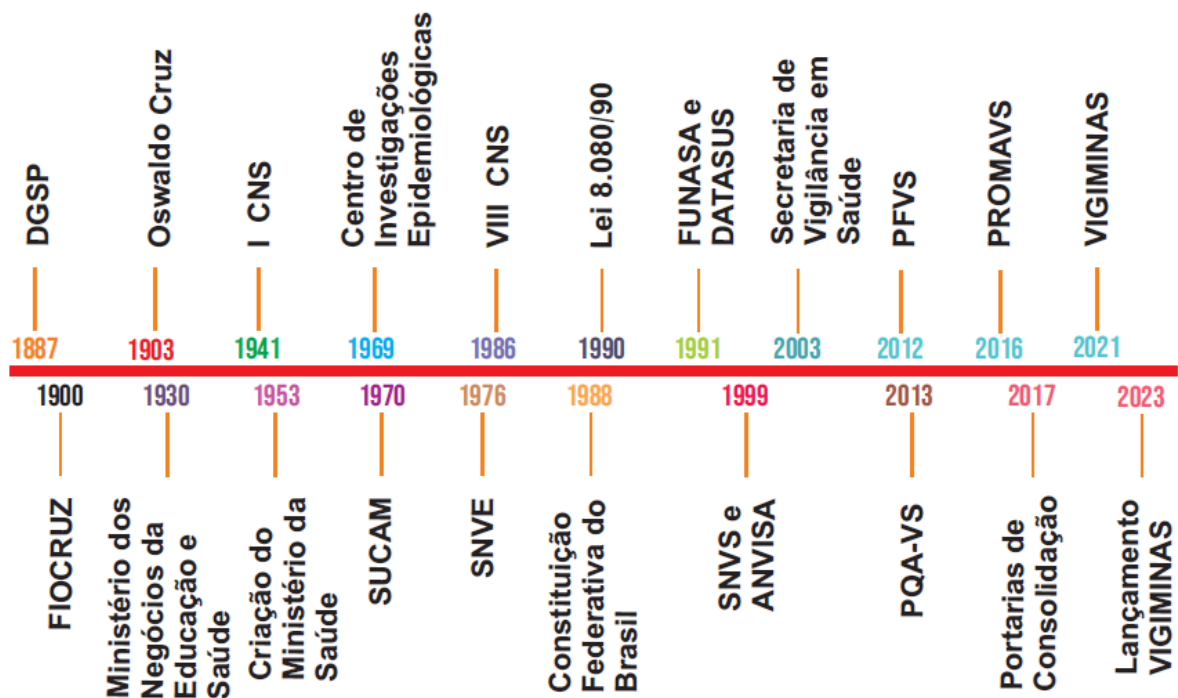
Pela primeira vez desde a promulgação da Constituição de 1988, a vigilância em saúde foi tema de discussão e deliberação não só entre trabalhadores/trabalhadoras, gestores/gestoras de saúde e a academia, mas mobilizou e ouviu os usuários e as usuárias da saúde. A 1ª CNVS foi uma oportunidade singular de aprofundamento do diálogo na sociedade a respeito de um modelo de atenção à saúde que seja voltado para a redução do risco da doença e de outros agravos, onde a promoção, proteção e prevenção ocupem o mesmo patamar e recebam a mesma importância do que a recuperação e a assistência, sejam integradas às Redes de Atenção à Saúde (RAS) e tenham o seu financiamento específico, permanente e suficiente. (Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/conferencias-cns/108-1-conferencia-nacional-de-vigilancia-em-saude> - Acesso em junho de 2023).

Em 12 de junho de 2018 foi instituída a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), por meio da Resolução nº 588/2018 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). A PNVS é um documento norteador do planejamento das ações de vigilância em saúde nas três esferas de gestão do SUS, caracterizado pela definição das responsabilidades, princípios, diretrizes e estratégias dessa vigilância.

Precisamos analisar e refletir sobre todos avanços da aplicação da vigilância para uma resposta rápida às emergências de saúde. Todavia, não podemos deixar de mencionar o retorno da pesquisa no interior do sistema de saúde, permitindo que os antigos laboratórios de Saúde Pública reassumam o importante o papel que

detiveram nos primórdios do século XX. O fortalecimento do vínculo com as universidades também deve ser assinalado, pela destacada contribuição dessa parceria.

A seguir, uma linha do tempo mostrando os principais marcos da vigilância em saúde nacional e estadual, em ordem cronológica:



- 1887: Criação da Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP), pela Lei nº2.449, de 1º de fevereiro de 1887;
- 1900: Criado o Instituto Soroterápico Federal, em 25 de maio de 1900, atualmente denominado FIOCRUZ (Instituto Oswaldo Cruz);
- 1903: Oswaldo Cruz é denominado Diretor Geral de Saúde Pública, o que equivale atualmente como Ministro da Saúde;
- 1930: Criado o Ministério dos Negócios da Educação e Saúde;
- 1941: Acontece a primeira Conferência Nacional de Saúde (CNS);
- 1953: Criação do Ministério da Saúde;
- 1969: Criado o Centro de Investigações Epidemiológicas;

- 1970: Decreto nº 66.580, de 15/05/1970 cria a SUCAM (Superintendência de Campanhas de Saúde Pública);
- 1976: Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE), instituído pelo Decreto nº 78.231, de 12 de agosto de 1976;
- 1986: VIII Conferência Nacional de Saúde;
- 1988: Promulgada a Constituição Federativa do Brasil, com artigo intitulado “Da Saúde”;
- 1990: Lei nº 8.080, de 19/09/1990;
- 1991: DATASUS, Decreto 100 de 16.04.1991, publicado no D.O.U. de 17.04.1991 e retificado conforme publicado no D.O.U. de 19.04.1991;
- 1991: Criação da FUNASA (Fundação Nacional de Saúde), fruto da fusão entre a Fundação Serviços de Saúde Pública (Fsesp) e a Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (Sucam);
- 1999: Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999, cria o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) e a ANVISA;
- 2003: Criada a Secretaria de Vigilância em Saúde;
- 2012: Projeto de Fortalecimento da Vigilância em Saúde (PFVS);
- 2013: Portaria nº 1.378, de 09 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;
- 2013: Portaria nº 1.708, de 16 de agosto de 2013: Regulamenta o Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS);
- 2016: PROMAVS (Programa de Monitoramento das Ações de Vigilância em Saúde);
- 2017: Portarias de Consolidação nº 04 e 05, de 28 de setembro de 2017.
- 2018: I Conferência Nacional de Vigilância em Saúde (CNVS);
- 2018: Instituída a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS);
- 2021: Adesão dos municípios ao VIGIMINAS (Programa de Fortalecimento do Sistema Estadual de Vigilância em Saúde);
- 2023: Lançamento oficial do Programa VIGIMINAS.

A trajetória da vigilância em saúde mostra a priorização das atribuições de cada um dos atores e das instituições, discriminando a especificação técnica de cada uma das áreas. Sua implementação é desafiadora e complexa, implicando novos papéis e práticas inovadoras em todos os níveis do sistema. Nesse sentido, os debates precisam seguir na direção da conformação das práticas das vigilâncias epidemiológica, ambiental e sanitária, respeitando a realidade de cada território, fomentando ações que potencializem os recursos e tecnologias disponíveis dentro de um processo permanente de planejamento, monitoramento e avaliação.

## **Capítulo II: AÇÃO INTERFEDERATIVA: PROPOSTAS DE MINAS GERAIS**

O capítulo II irá mostrar que, após protagonizar a consolidação da saúde pública como direito do cidadão e dever do Estado, a vigilância precisa ressignificar seu papel, seus objetivos e consolidar-se como política com efetiva atuação nos territórios. Nesse viés, surgem os programas de fortalecimento do setor, uma iniciativa do governo federal, partindo do princípio da descentralização e queda da verticalização dos serviços para maior autonomia dos entes federados. O estado de Minas Gerais assumindo sua corresponsabilidade, desenvolve e lança projetos e programas de investimento para alavancar as vigilâncias.

Um grande marco a nível nacional, para a consolidação da vigilância descentralizada e atuante foi a portaria MS/GM nº 1.708, de 16 de agosto de 2013, onde é regulamentado o Programa de Qualificação da Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS) pelo Ministério da Saúde, definindo compromissos e responsabilidades nas três esferas de pactuação através de incentivo financeiro e apoio técnico para alcançar maiores objetivos. O programa é composto por metas e indicadores a serem cumpridos e vale-se da adesão espontânea dos estados e municípios. “Art. 2º O PQA-VS tem como objetivo induzir o aperfeiçoamento das ações de vigilância em saúde nos âmbitos estadual, distrital e municipal e é composto por Fase de Adesão e Fase de Avaliação.”



Em caráter complementar ao desenvolvimento das ações de vigilância em saúde no estado de Minas Gerais, são instituídos, ao longo dos anos, os projetos e programas de sustentação ao setor. Na data de 28 de outubro de 2011, é divulgada a Portaria nº 2.556 pelo Ministério da Saúde, lançando o Projeto de Fortalecimento da Vigilância em Saúde (PFVS). A intenção do estado foi incentivar os municípios mineiros a se organizarem e consolidarem seus sistemas locais de Vigilância em Saúde. Nesse projeto, os municípios foram compelidos a constituir os sistemas locais de Vigilância em Saúde por meio da vinculação de incentivo financeiro para a realização de ações nas áreas de Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, Vigilância à Saúde do Trabalhador, Vigilância Ambiental, Vigilância da Situação de Saúde e Promoção da Saúde. (Bento e Lana, 2016). O PFVS foi implementado pela Subsecretaria de Vigilância e Proteção à Saúde em 2012 no intuito de descentralizar a vigilância integrando-a com a Atenção Primária (APS) (MINAS GERAIS, 2012). Os municípios eram enquadrados três elencos e recebiam incentivo financeiro através das metas pactuadas e cumpridas.

O término da vigência do PFVS se deu em 31 de dezembro de 2016. (Resolução SES/MG nº 5.484, de 17 de novembro de 2016). De acordo com tal resolução, constata-se que a atividade de monitoramento regionalizado dos indicadores pactuados no âmbito do Projeto já havia se incorporado como processo de trabalho das Unidades Regionais de Saúde e dos municípios, o que motivou a necessidade de uma atualização semântica da designação daquela ação, passando de “projeto” – que tem temporalidade definida – para “programa” – denotando uma clara opção programática dessa prática de monitoramento sistemático de indicadores e metas pela direção da Subsecretaria de Vigilância e Proteção à Saúde da SES/MG. Além disso, os próprios indicadores monitorados deveriam passar por uma revisão (quantitativa e qualitativa), bem como a lógica de repasse dos incentivos financeiros vinculados.

De acordo com a Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.418, de 17 de novembro de 2016, reformula-se o PFVS e é lançado o PROMAVS (Programa de Monitoramento das Ações de Vigilância em Saúde), passando a vigorar em janeiro de 2017. A Resolução SES/MG nº 5.484, de 17 de novembro de 2016, estabeleceu normas

gerais para participação, execução, acompanhamento, monitoramento e avaliação do programa. Trouxe também indicadores e metas a serem cumpridos por cada área da vigilância atrelados ao repasse de recurso financeiro do estado para os municípios. De acordo com o Art. 6º:

*“O monitoramento, a supervisão e avaliação dos indicadores serão realizados pelas áreas técnicas do Nível Central e das Superintendências/Gerências Regionais de Saúde da SES/MG de acordo com normativas vigentes e orientações técnicas para execução do Programa de Monitoramento das Ações de Vigilância em Saúde ao final de todo quadrimestre.”*

Ou seja, o recurso financeiro era repassado, observando-se o cumprimento de metas dos indicadores estabelecidos pela resolução, sendo 50% do valor repassado de forma fixa e 50% de forma variável, conforme desempenho municipal. Foram selecionados 36 indicadores, sendo 34 válidos para todos os municípios mineiros e 02 específicos.

No ano de 2021, sobrevém uma nova proposta de reformulação da vigilância: o VigiMinas (Programa de Fortalecimento do Sistema Estadual de Vigilância em Saúde). A nova estrutura de política pública foi construída após uma pesquisa realizada pela Fundação João Pinheiro em todo o estado de Minas Gerais. O programa vislumbra estruturar por meio de 39 processos de trabalho, ações de governança, planejamento e gestão a serem desempenhadas pelos municípios. Traz um resgate de alguns aspectos do PFVS e do ProMavs, porém com um olhar mais voltado para a realidade de cada território.

A Resolução SES/MG nº 7.734, de 22 de setembro de 2021, trouxe como diferencial a ampliação da eficiência do escopo das ações de Vigilância em Saúde, reestruturando a forma de repasse financeiro e avaliação da execução das mesmas. Todos os municípios do estado que aderiram ao VigiMinas e se tornaram participantes foram contemplados com recurso fixo de participação. As metas a serem alcançadas através de investimento financeiro variável terão um maior prazo

para cumprimento sendo atreladas a uma pequena parcela do recurso. Subentende-se que através da elaboração do Plano Municipal de Implementação do SEVS-MG, a intenção da gestão pública é deixar de “punir” com menos recurso financeiro os municípios que não alcançaram êxito, para entender o porquê da falha obtida. Através deste diagnóstico de fragilidades é possível rever processos e fluxos dentro da própria vigilância.

Dentre as vulnerabilidades superadas para a consolidação da nova proposta de vigilância, está o novo formato de destinação de verbas, uma vez que, no Art. 3º da Resolução 7.734/2021, consta que o cálculo do incentivo financeiro passa a ser realizado considerando tanto o porte populacional, quanto a extensão territorial dos municípios, numa tentativa de ajustar os repasses aos desafios das ações de vigilância executadas, impostos pela dinâmica urbano-rural de cada município.

*“O Programa pretende construir e implementar o Sistema, corroborando para a institucionalização de seu modelo de governança, contribuindo para a realização de ações e serviços de Vigilância em Saúde, conforme preconizado pelas legislações vigentes. Assim, busca-se promover a articulação entre os atores de todos os entes federativos que fazem parte do SEVS.”*  
(Resolução SES/MG nº 7.734, de 22 de setembro de 2021, p.08)

O grande diferencial do programa VigiMinas, e que corrobora com a expectativa de sucesso, se dá na sua forma de construção. De acordo a resolução nº 7.734/2021, a estruturação acontece em quatro etapas:

1. Diagnóstico municipal, identificando as potencialidades e fragilidades das gestões municipais na realização de ações e serviços de vigilância em saúde.
2. Construção conjunta do Sistema Estadual de Vigilância em Saúde, de modo a abarcar singularidades municipais e regionais, além de proporcionar alinhamento para todos os entes federativos.
3. Entrega de um Plano de Implementação Municipal do SEVS por município, a ser pactuado junto à SES e à Coordenação de Vigilância em Saúde da respectiva Unidade Regional de Saúde (URS) a ser apreciado e

aprovado pelo respectivo Conselho Municipal de Saúde.

4. Execução das ações previstas pelo município em seu Plano de Implementação Municipal do SEVS que será monitorado pelo Núcleo de Vigilância em Saúde da respectiva URS.

Ao levantar dados pertinentes a cada território, fazendo com que suas vulnerabilidades e qualidades sejam avaliadas, a vigilância atinge um patamar nunca antes alcançado, tendo a análise de situação de saúde como base para a concretização de políticas públicas efetivas para locais específicos. O Plano de Implementação Municipal do SEVS (Sistema Estadual de Vigilância em Saúde) muda completamente o enfoque da política verticalizada, que começou seu rompimento em 1999. As estratégias e metas, antes organizadas do ente federal para o municipal, invertem sua lógica.

Embora os programas e projetos para incremento da vigilância em saúde exerçam importante papel, principalmente na alocação de recursos financeiros para concretizar metas e indicadores, os mesmos têm enrijecido os departamentos a tal ponto que, o objetivo primordial de vigiar não tem a ênfase necessária. A dualidade entre cumprir os intentos para receber o recurso e ter o recurso para desenvolver a vigilância necessária é impertinente. No âmbito municipal, é onde fica mais evidente as fragilidades que tem atingido o setor, porém, é também onde surgem as propostas de remodelação e planejamento alicerçadas a vivência do território.

### **Capítulo III: AS PERSPECTIVAS NO TERRITÓRIO: DESAFIOS E OPORTUNIDADES**

O capítulo III, traz a vivência do ente municipal que executa e desenvolve as atividades propostas pelos programas de fortalecimento da vigilância em saúde ofertados pelo estado. O traquejo adquirido nos anos em vigência dos mesmos, reverbera uma nova perspectiva de desenvolver saúde para a população.

Segundo Casanova & Oliveira (2008), é preciso discutir as possibilidades de reorientação do processo de trabalho na atenção básica à luz dos pressupostos da

vigilância da saúde. Ao analisar a efetividade dos modelos assistenciais implementados para concretizar os princípios do SUS e os estudos a respeito da eficiência destes, encontra-se na maior parte da bibliografia o fracasso dos modelos vigentes para atender a complexidade e diversidade dos problemas de saúde da população brasileira. Sendo assim, torna-se necessário discutir propostas alternativas para reformulação e reorientação da atenção à saúde, posto que:

“No modelo médico assistencial-privatista, a atenção à saúde é predominantemente individual e curativa, com um nítido predomínio do hospital sobre as demais alternativas de assistência. No modelo assistencial-sanitarista, destacam-se as unidades de saúde, a partir das quais se operacionalizam as campanhas, os programas e as ações de vigilância sanitária e epidemiológica. A convivência desses modelos, seja em caráter complementar ou de maneira contraditória, vem caracterizando um “sistema” de saúde, pautado por uma prática fragmentada, oferecida de maneira desigual e descontextualizada dos cidadãos, gerando respostas pontuais e limitações profundas para a garantia de uma atenção efetiva, equânime e integral à saúde.” (Oliveira e Casanova, 2008, p.02)

A partir desse cenário ineficiente para atender as demandas da sociedade contemporânea, surge a necessidade de apontamentos para uma nova prática em saúde pública centrada na proximidade com o indivíduo e território. Dentre as principais propostas de reformulação do sistema, está a vigilância em saúde como base de estruturação da política através da análise de situação de saúde do território, ampliando a concepção de saúde de maneira a permitir uma visão integral do processo saúde-doença, direcionado não mais para a atenção à doença, mas, sim, para a percepção dos agravos e determinantes das condições de saúde.

Frente a essa perspectiva, foi elaborada a Análise de Situação de Saúde-2022, dez anos após o documento anterior, pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, Subsecretaria de Vigilância em Saúde e Superintendência de Vigilância Epidemiológica. O documento é uma singular ferramenta *“para a elaboração dos*

*planos de saúde, aperfeiçoamento de gestão, exercício do controle social, alocação eficiente de recursos financeiros e estruturais, bem como o estabelecimento de estratégias de intervenção resolutivas, considerando as prevalentes e emergentes necessidades da população e auxiliam a construção de políticas públicas de saúde em nível, municipal, regional, microrregional, macrorregional e estadual.” (ASIS-2022, p. 12)*

É através do direcionamento da vigilância em saúde, com as ferramentas específicas de cada território, que um novo modelo de atenção à saúde, voltado à redução do risco de adoecimento e outros agravos, com garantia da promoção, proteção e recuperação da saúde que o SUS deve planejar e programar suas intervenções. Sob essa ótica, cada município deve fazer sua análise de situação de saúde, identificando as necessidades e vulnerabilidades sociais, conferindo maiores abordagens de maneira integrada a esses apontamentos.

Há necessidade de atuação conjunta com as vigilâncias epidemiológica, sanitária, da situação de saúde, da saúde ambiental, da saúde do trabalhador e da promoção da saúde. O objetivo da integração é controlar determinantes, riscos e danos às populações que vivem em determinados territórios, garantindo a integralidade da atenção, o que inclui tanto a abordagem individual quanto coletiva dos problemas de saúde, essencial ao desenvolvimento de ações de promoção, vigilância, proteção, prevenção e controle das doenças e agravos. (Relatório da 1ª CNVS, p. 32)

Para efetivar uma política de atenção à saúde respeitando os princípios do SUS (Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990), pautada na integralidade das ações, faz-se necessário o questionamento do espaço que a vigilância em saúde tem ocupado na organização política e estrutural dos municípios. Haja visto que, a falta de recursos humanos, capacitação profissional e sobrecarga de tarefas não permitem a observação e análise do território para identificação da análise da situação de saúde daquela população e consequente articulação de ações que visem a atenção a integral do ser. Sem a perspectiva do indivíduo como um todo, perde-se a essência

do que é saúde e não é possível praticar o que é proposto pelo maior sistema de política pública do mundo, o SUS.

Nesse cenário, a administração pública tem grande contribuição na fragilidade vivenciada atualmente. Para a maioria dos gestores, a saúde limita-se a procedimentos médicos e assistenciais, deixando a vigilância em segundo plano e não a enxergando como ferramenta de planejamento.

“O processo de descentralização de responsabilidades e recursos da vigilância parece não ter oportunizado aos municípios o preparo necessário para que pudessem dar conta das demandas que passaram a ser de sua competência. Como complicador, o que se vê na área, são profissionais assumindo cada vez mais responsabilidades e gestores que se mantêm presos aos modelos de atenção centrados na doença e no cuidado médico-assistencial, repercutindo na posição que a vigilância ocupa quando se trata de prioridades de investimentos e resultando na fragilização desse sistema.” (Junges e Recktenwaldt, 2017).

É preciso evocar um problema no cerne da saúde pública brasileira. O SUS real, atual, ineficiente e o SUS ideal, o literal e o que se deseja. A constatação da falta de planejamento por falta de conhecimento de ferramentas leva a vigilância em saúde ao patamar de igualdade com a atenção primária, ou quiçá acima desta. Visto que os padrões utilizados na assistência não atendem a demanda da sociedade. Urge ir além, prever, promover, divulgar, traçar padrões, analisar, integrar, instrumentos próprios da vigilância e sobre os quais ela pode transitar com propriedade. Faz-se necessário que o modelo de gestão esteja se adequando ao modelo de atenção à saúde.

“Quando não se exerce uma prática de gestão baseada em um processo prévio de análise participativa e de priorização adequadas às necessidades em saúde, abre-se uma brecha para a tomada de decisões empíricas e subjetivas que muito mais tem a ver com interesses do que com necessidades.” (Battesini; Fischmann; Weise, 2013) citado por (Junges e Recktenwaldt, 2017).

De fato, mudar práticas políticas vigentes por longos anos, alicerçadas em conceitos da administração e dos profissionais da saúde não é tarefa fácil. Para que a vigilância comece a acontecer de maneira factual, *“é fundamental que todos os atores das equipes de saúde local se reconheçam como agentes de vigilância para identificar na população de seu território potenciais riscos à saúde, buscando nessa população meios de enfrentamento desses riscos.”* (Oliveira e Casanova, 2008) citado por (Junges e Recktenwaldt, 2017).

## Conclusão

Diante do exposto, podemos concluir que a vigilância em saúde é a grande precursora da saúde pública a nível nacional. Pensou-se em políticas públicas de saúde no Brasil, a partir da necessidade de atuação da vigilância nos territórios. As primeiras medidas de controle e prevenção de doenças foram embasadas no conhecimento de um sanitarista que utilizando técnicas hoje sob domínio da vigilância epidemiológica conseguiu erradicar e controlar várias moléstias.

Ao levantar dados históricos do surgimento dos componentes da vigilância em saúde, averiguou-se que cada área surge em dado momento atrelada a uma necessidade específica. A sanitária foi o primeiro modelo de vigilância a imperar no país, devido a sua característica de fiscalização e imposição de medidas para controle de doenças. Surge na fiscalização dos portos, atrelada a polícia sanitária como agentes atuantes. Após diversas normativas para regulamentação da abrangência do setor, sua consolidação enquanto política pública só ocorreu recentemente, em 1999 com a criação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) e da ANVISA.

Paralelamente, a vigilância epidemiológica enquanto precursora das medidas de prevenção e imunização, evidencia-se juntamente com as ações adotadas por Oswaldo Cruz, a partir de 1903. Desde então, alguns avanços através de legislações corroboraram para o fortalecimento do setor, porém sua normatização ocorreu em 1976 com a criação do Sistema de Vigilância Epidemiológica (SNVE).



Enquanto a vigilância ambiental, era um modelo centralizado e verticalizado centrado no controle da União, exercido pelos agentes da SUCAM (Superintendência de Campanhas em Saúde), com ações específicas pré-definidas. A partir do ano 2000 ocorre a descentralização da função para estados e municípios. Porém, é através da Portaria nº 1.172 de 2004, que é definindo financiamento, descentralização de ações para estados e municípios e a integração com demais setores em saúde, ficando sob coordenação da Secretaria de Vigilância em Saúde a Gestão do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. Fato que regulamentou a temática mais recente, a vigilância à saúde do trabalhador.

Em uma análise mais ampla, entende-se que o surgimento de cada uma das áreas de abrangência da vigilância em momentos diferentes e com atribuições específicas, contribuiu para a fragmentação encontrada hoje no setor. As tentativas de integração realizadas foram insuficientes para que as equipes abarquem a vigilância em saúde de forma integral e não o setor de atuação específico.

São vislumbradas grandes perspectivas com relação ao novo programa de fortalecimento da vigilância por diversos fatores. Dentre eles ressalta-se a importância da realização de um estudo diagnóstico com levantamento de dados antes da elaboração de qualquer política pública. Foi constatado através do estudo elaborado pela Fundação João Pinheiro a fragilidade na integração entre as vigilâncias e os demais setores. Dessa forma, compreende-se a importância de estudos posteriores que avaliem a eficácia de tais políticas públicas implementadas. No âmbito das perspectivas para o setor, estão postas: maior visibilidade da Vigilância em Saúde pela sociedade a administração pública, incluindo os gestores. Melhor divisão ou não “engessamento” dos recursos provenientes das resoluções estaduais em porcentagem de custeio e capital. Contratação de mais recursos humanos para a vigilância e saúde. Capacitação e aperfeiçoamento dos profissionais. Formalização pela Secretaria Estadual de Saúde (SES) de ata de adesão para aquisição de itens favorecendo a desburocratização para a compra. Maior integralidade entre os setores da vigilância em saúde entre si e com os demais níveis de atenção.

Como maneira de corroborar com esta pesquisa, é preciso trazer a prática da vigilância em saúde no ente municipal, um desafio diário sobrepondo todo o contexto histórico de fragmentação e desarticulação com a assistência direta ao paciente.

Aqui chega-se à conclusão que, o fracasso dos modelos assistenciais vigentes e implementados para concretizar os princípios do SUS urge discutir propostas alternativas para reformulação e reorientação da atenção à saúde, atendendo a complexidade e diversidade dos problemas da população brasileira.

É fato que hoje, a vigilância precisa deixar de ser um setor de atuação em segundo plano, onde as ações e medidas são tomadas após a ocorrência de doenças e agravos à saúde, para ser a direcionadora das ações e políticas públicas com base na análise da situação de saúde do seu território local, com mais autonomia para tomada de decisões e implementação de medidas que julgue necessárias.

## REFERÊNCIAS

1. BATISTELLA, Carlos E. C. Tensões na constituição de identidades profissionais a partir do currículo: análise de uma proposta de formação profissional na área de vigilância em saúde. Julho de 2009. Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro, 2009.
2. Battesini; Fischmann; Weise, 2013, citado por JUNGES e RECKTENWALDT, José R. e Micheli. A organização e a prática da Vigilância em Saúde em municípios de pequeno porte. Saúde Soc. São Paulo, v.26, n.2, p.367-381, 2017.
3. BRASIL, Ministério da Saúde. Relatório Final da 1ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 1991. Disponível em <https://conselho.saude.gov.br/conferencias-cns/2342-1-conferencia-nacional-de-saude-1991>, acesso em 11/05/2023.
4. BENTO e LANA, Isabel C. e Débora V. Influência do Projeto de Fortalecimento da Vigilância em Saúde na Cobertura de Dados Nutricionais, Belo Horizonte, Revista APS, p. 385-391, julho 2017.
5. BRASIL, Rio de Janeiro, 1904. Lei nº 1.261, de 31 de outubro de 1904. Torna obrigatórias, em toda a República, a vacinação e a revaccinação contra a varíola. Disponível em <https://legis.senado.leg.br/norma/542905/publicacao/15777796>, acesso em 22/04/2023.
6. BRASIL. Capital Federal, 1897. Decreto nº 2.449, de 1º de fevereiro de 1897. Unifica os serviços de higiene da União. Disponível em <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-2449-1-fevereiro-1897-539632-publicacaooriginal-38965-pe.html>, acesso em 15/03/2023. Publicado em Coleção de Leis do Brasil - 1897, Página 76 Vol. 1 pt.II.
7. BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Centro Gráfico, 1988.
8. BRASIL. Decreto nº 19.402 de 14 de novembro de 1930. Cria uma Secretaria de Estado com a denominação de Ministério dos Negócios da Educação e

- Saúde Pública. Disponível em <file:///C:/Users/User/Documents/ARQUIVOS%20P%C3%93S/Arquivos%20p%20TCC/Refer%C3%AAncias/9%20Decreto%2019.402.pdf> , acesso em 14/04/2023.
9. BRASIL. Decreto nº 66.623, de 22 de maio de 1970. Dispõe sobre a organização administrativa do Ministério da Saúde, e dá outras providências. Disponível em <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1970-1979/decreto-66623-22-maio-1970-408086-publicacaooriginal-1-pe.html>, acesso em 06/04/2023.
  10. BRASIL. Decreto nº 78.231, de 12 de agosto de 1976. Regulamenta a Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975, que dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências. Disponível em [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1970-1979/d78231.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1970-1979/d78231.htm) , acesso em 02/05/2023.
  11. BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. disponível em [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm) , acesso em 18/05/2023.
  12. BRASIL. Lei nº 1.920, de 25 de julho de 1953. Cria o Ministério da Saúde e dá outras providências. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/1950-1969/l1920.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/l1920.htm) , acesso em 13/04/2023.
  13. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 1.708, de 16 de agosto de 2013. Regulamenta o Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQAVS), com a definição de suas diretrizes, financiamento, metodologia de adesão e critérios de avaliação dos Estados, Distrito Federal e Municípios. Disponível em [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1708\\_16\\_08\\_2013.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1708_16_08_2013.html) , acesso em 23/05/2023.
  14. BRASIL. Ministério da Saúde. 1ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. Relatório Final. Brasília, 2018. Disponível em: [https://conselho.saude.gov.br/16cns/assets/files/relatorios/Relatorio\\_Final\\_1\\_CNVS.pdf](https://conselho.saude.gov.br/16cns/assets/files/relatorios/Relatorio_Final_1_CNVS.pdf) , acesso em 13/06/2023.
  15. BRASIL. Ministério da Saúde. 2010. Diretrizes Nacionais da Vigilância em Saúde. Série Pactos pela Saúde 2006. Volume 13.
  16. BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto 100 de 16.04.1991, publicado no D.O.U. de 17.04.1991 e retificado conforme publicado no D.O.U. de 19.04.1991. Institui a Fundação Nacional de Saúde e dá outras providências.
  17. BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto nº 66.580, de 15/05/1970. Concede autonomia administrativa e financeira à Superintendência de Campanhas de Saúde Pública, e dá outras providências. Disponível em <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1970-1979/decreto-66580-15-maio-1970-408143-publicacaooriginal-1-pe.html>, acesso em 07/06/2023.
  18. BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

- Disponível em [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm), acesso em 21/07/2023.
19. BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. Disponível em [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l9782.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9782.htm), acesso em 28/05/2023
  20. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.679, de 19 de setembro de 2002. Dispõe sobre a estruturação da rede nacional de atenção integral à saúde do trabalhador no SUS e dá outras providências. Disponível em [https://ftp.medicina.ufmg.br/osat/legislacao/Portaria\\_1679\\_12092014.pdf](https://ftp.medicina.ufmg.br/osat/legislacao/Portaria_1679_12092014.pdf), acesso em 16/07/2023.
  21. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.556, de 28 de outubro de 2011. Estabelece mecanismo de repasse financeiro do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde Estaduais, do Distrito Federal e Municipais, por meio do Piso Variável de Vigilância e Promoção da Saúde, para implantação, implementação e fortalecimento da Vigilância Epidemiológica de Hanseníase, Tracoma, Esquistossomose e Geohelmintíases. Disponível em [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2556\\_28\\_10\\_2011.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2556_28_10_2011.html), acesso em 12/04/2021.
  22. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.172, de 15 de junho de 2004. Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal, na área de Vigilância em Saúde, define a sistemática de financiamento e dá outras providências. Disponível em [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt1172\\_15\\_06\\_2004.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt1172_15_06_2004.html), acesso em 29/05/2023.
  23. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.378, de 09 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. Disponível em [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1378\\_09\\_07\\_2013.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1378_09_07_2013.html), acesso em 17/06/2023.
  24. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Disponível em [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823\\_23\\_08\\_2012.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html), acesso em 04/07/2023.
  25. BRASIL. Ministério da Saúde. Portarias de Consolidação nº 04 e 05, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde. Disponível em [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0004\\_03\\_10\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0004_03_10_2017.html), acesso em 14/05/2023.
  26. BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 588, de 12 de junho de 2018. Institui a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS). Disponível em <file:///C:/Users/User/Documents/ARQUIVOS%20P%C3%93S/Arquivos%20p%20TCC/Refer%C3%A2ncias/31%20Resolu%C3%A7%C3%A3o%20588.pdf>, acesso em 15/07/2023.

27. CASANOVA e OLIVEIRA, Ângela O. e Cátia M. Vigilância da saúde no espaço de práticas da atenção básica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(3): p. 929-936, 2009.
28. CASTRO-SANTOS, L.; COSTA, N. Lutas; F ARIA, L. Reforma; HOCHMAN, G. Era; OLIVEIRA, C. Saúde. Citado por HOCHMAN, Gilberto. Departamento Nacional de Saúde Pública.
29. FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa. 5. ed. Curitiba: Positivo, 2010.
30. Fundação João Pinheiro: Pesquisa Diagnóstica especializada para políticas públicas e execução de planos de ação no campo de VIGILÂNCIA EM SAÚDE.
31. MINAS GERAIS, Secretaria Estadual de Saúde. Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.545, de 22 de setembro de 2021. Aprova as normas gerais para adesão, execução, acompanhamento, controle e avaliação do VigiMinas - Programa de Fortalecimento do Sistema Estadual de Vigilância em Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde de Minas Gerais (SUS/MG). Disponível em [https://www.saude.mg.gov.br/sobre/institucional/deliberacao-cib-susmg/documents?by\\_year=0&by\\_month=&by\\_format=&category\\_id=69&ordering=&q=3545](https://www.saude.mg.gov.br/sobre/institucional/deliberacao-cib-susmg/documents?by_year=0&by_month=&by_format=&category_id=69&ordering=&q=3545), acesso em 21/08/2023.
32. MINAS GERAIS, Secretaria Estadual de Saúde. Guia para Elaboração Plano Municipal de Implementação do Sistema Estadual de Vigilância em Saúde de Minas Gerais (SEVS-MG). Belo Horizonte, 2023.
33. MINAS GERAIS, Secretaria Estadual de Saúde. Resolução SES/MG nº 5.484, 17 de novembro de 2016. Estabelece normas gerais para participação, execução, acompanhamento, monitoramento e avaliação do Programa de Monitoramento das Ações de Vigilância em Saúde, no âmbito do Estado de Minas Gerais. Disponível em <http://vigilancia.saude.mg.gov.br/index.php/download/res-5484-de-17112016-normas-gerais-para-part-execucao-acomp-monit-e-avaliacao/> , acesso em 14/08/2023.
34. MINAS GERAIS. Secretaria Estadual de Saúde. Análise de Situação de Saúde. Belo Horizonte, 2022. Disponível em <http://vigilancia.saude.mg.gov.br/index.php/analise-de-situacao-de-saude/> acesso em 21/04/2023
35. MINAS GERAIS. Secretaria Estadual de Saúde. Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.418, de 17 de novembro de 2016. Aprova as normas gerais para participação, execução, acompanhamento, monitoramento e avaliação do Programa de Monitoramento das Ações de Vigilância em Saúde, no âmbito do Estado de Minas Gerais. Disponível em [https://www.saude.mg.gov.br/sobre/institucional/deliberacao-cib-susmg/documents?by\\_year=0&by\\_month=&by\\_format=&category\\_id=69&ordering=&q=2418](https://www.saude.mg.gov.br/sobre/institucional/deliberacao-cib-susmg/documents?by_year=0&by_month=&by_format=&category_id=69&ordering=&q=2418) , acesso em 21/05/2023.
36. MINAS GERAIS. Secretaria Estadual de Saúde. Resolução SES/MG nº 7.734, de 22 de setembro de 2021. Institui repasse de incentivo financeiro aos municípios que aderiram ao VigiMinas - Programa de fortalecimento do Sistema Estadual de Vigilância em Saúde. Disponível em [https://www.saude.mg.gov.br/sobre/institucional/resolucoes/documents?by\\_year=0&by\\_month=&by\\_format=&category\\_id=4795&ordering=&q=7734](https://www.saude.mg.gov.br/sobre/institucional/resolucoes/documents?by_year=0&by_month=&by_format=&category_id=4795&ordering=&q=7734) , acesso em 08/07/2023.
37. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS) 1999.

- 38.ROCHA, Rosemary M. Avaliação da função de gestão municipal da vigilância em saúde do município de Itaboraí, estado do Rio de Janeiro. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2015.
- 39.SOUZA, I.C.A e outros, Vigilância à saúde da doença de Chagas em municípios endêmicos de Minas Gerais: percepção e conhecimento de profissionais da vigilância entomológica, Disponível em: <https://scielosp.org/article/physis/2023.v33/e33011/> , acesso em junho/2023.