

**Ministério da Saúde  
Secretaria de Vigilância em Saúde**

**CBVE**  
**Curso Básico  
de Vigilância Epidemiológica**

**Brasília  
2005**

© 2005. Ministério da Saúde.

Os textos publicados são de responsabilidade dos autores.

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

#### **Elaboração, edição e distribuição**

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Vigilância em Saúde

Organização: Gerência Técnica de Doenças Emergentes e Reemergentes/Coordenação-Geral de Doenças Transmissíveis

#### **Produção editorial do Curso Básico de Vigilância Epidemiológica (CBVE) - SVS/MS**

##### **Coordenação Geral**

Vera Lúcia Gattás

##### **Coordenação Metodológica**

Márcia Benedita de Oliveira

##### **Colaboradores**

Alessandra Araújo Siqueira

Marilda A. Kersul de Brito Milagres

Inês Kazue Koizumi

Elizabeth Maira Nunes

Luiza de Marilac Meireles Barbosa

Márcia Caraça

Sara Maria Cavalcanti Barroso

Ronaldo Trevisan

Vera Lúcia Gattás

##### **Endereço**

Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Edifício Sede, 1º andar

CEP: 70058-900, Brasília - DF

E-mail: [svs@saude.gov.br](mailto:svs@saude.gov.br)

Endereço eletrônico: [www.saude.gov.br/svs](http://www.saude.gov.br/svs)

Impresso no Brasil/ *Printed in Brazil*

## Sumário

### **Módulo I - A Construção da Vigilância em Saúde**

#### **Objetivo**

**Período Colonial - 1500 a 1822**

**Período do Brasil Império - 1822 a 1889**

**Período da República Velha - 1889 a 1930**

**Era Vargas - 1930 a 1945**

**Período da República Nova - 1930 a 1937**

**Período do Estado Novo - 1937 a 1945**

**Período Desenvolvimentista - 1945 a 1964**

**Período do Regime Militar - 1964 a 1985**

**Período da Nova República - de 1985 aos dias de hoje**

**Sistema Único de Saúde (SUS)**

**Referências Bibliográficas**

### **Módulo II - Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica**

#### **Objetivo Geral**

#### **Objetivos Específicos**

- 1. Conceitos e definições usualmente empregados pela Saúde Coletiva**
- 2. Atividades da Vigilância Epidemiológica**
- 3. Atribuições**
- 4. Competência dos diversos níveis do SNVE**

**Referências Bibliográficas**

### **Módulo III - Medidas em Saúde Coletiva e Método Epidemiológico**

#### **Objetivo Geral**

#### **Objetivos Específicos**

#### **I. Medidas em Saúde Coletiva**

- 1. Indicadores de mortalidade**
- 2. Indicadores de morbidade**
- 3. Cobertura vacinal**

#### **II. Método Epidemiológico**

- 1. Método**
- 2. Problema epidemiológico**
- 3. Quais as fontes geradoras de problemas?**
- 4. Como pensamos epidemiologicamente?**
- 5. Verificação da hipótese (análise)**

## **Estudos Epidemiológicos**

- 1. Variáveis epidemiológicas**
- 2. Formas de ocorrências das doenças**
- 3. Quanto ao tipo de epidemias ou surtos**

## **Construção de Tabelas e Gráficos**

- 1. Tabela**
- 2. Gráficos**

## **Referências Bibliográficas**

## **Módulo IV - Análise da Situação de Saúde**

### **Objetivo Geral**

### **Objetivo Específico**

- 1. Proposta de avaliação na Regional de Quimeras**
- 2. Equipamentos de saúde**
- 3. Conhecendo os indicadores socioeconômicos**
- 4. Portais e as condições de saneamento**
- 5. Indicadores de mortalidade**
- 6. Indicadores de morbidade**

## **Referências Bibliográficas**

## **Módulo V - Investigação de Surto**

### **Objetivo Geral**

### **Objetivos Específicos**

### **Arcos de Pedra**

## **Referências Bibliográficas**

## **Apresentação**

O Curso Básico de 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 Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE), teve ampla receptividade, foi avaliado e, posteriormente, utilizado em todo território nacional, tendo contribuído para a implantação e implementação do SNVE, instituído em 1975.

Depois do desenvolvimento das atividades de descentralização das ações de vigilância e controle integradas ao Sistema Único de Saúde (SUS), que trás, em sua concepção, um modelo articulado com outros setores sociais públicos e privados, bem como com a sociedade civil, hoje, o grande desafio é alcançar os profissionais que desenvolvem essas ações, nos Municípios e nas unidades federadas, ou seja, em nível local, regional e estadual. Dessa maneira, o processo de capacitação dos profissionais deve dar conta da complexidade da dinâmica social e do avanço tecnológico. Considerando a dimensão dessa tarefa, bem como da diversidade das práticas existentes na saúde coletiva, e da gama de profissionais envolvidos, busca-se, por meio dessa capacitação, circunscrever o seu objeto à vigilância epidemiológica e aos profissionais de saúde de nível universitário. Este material tem como:

### **Objetivo geral**

Capacitar os profissionais universitários que trabalham nas instâncias municipal, estadual e federal sobre os princípios básicos do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE), visando à 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 Epidemiológica, fluxos e funcionamento dos sistemas de informação, bem como na apresentação do papel e da responsabilidade das diferentes instâncias.
- 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 cinco módulos básicos fundamentais para a capacitação de técnicos da área de vigilância epidemiológica. Esses módulos compreendem:

- **Módulo I** – A Construção da Vigilância em Saúde
- **Módulo II** – Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica
- **Módulo III** – Medidas em Saúde Coletiva e Método Epidemiológico
- **Módulo IV** – Análise de Situação de Saúde
- **Módulo V** – Investigação de Surtos

Em sua terceira versão, o CBVE/2005 foi revisado e atualizado com base na segunda edição, publicada em 1998.

# Curso Básico de Vigilância Epidemiológica - CBVE

## Considerações

O Curso Básico em Vigilância Epidemiológica (CBVE) foi realizado, pela primeira vez, em setembro de 1986, fruto do trabalho de uma equipe interinstitucional e multiprofissional. Desde então, estima-se que mais de 5.000 treinandos tenham-se capacitado em todo país.

O CBVE 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 epidemiológica.

Entendendo a capacitação como 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 CBVE considera:

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

- um processo cognitivo que envolve estruturas mentais complexas, não sendo considerado, tão-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;
- um processo que, ocorre com mais facilidade se forem consideradas as condições internas dos alunos e criadas condições externas e ambientais favoráveis;
- um processo que, quanto maior a interação entre educador e educando, maior o aproveitamento;
- um processo que requer conteúdos significativos em suas diversas ordens, opondo-se à aprendizagem de conteúdos irrelevantes;
- requer a estruturação lógica de seus componentes, que devem estar relacionados entre si;
- um processo que deve focar não somente os produtos, mas também – e principalmente – os processos;
- 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 a capacitação é um momento de instrumentalização e reflexão, sua efetivação só se dará por um conjunto de atividades apoiados em um tripé, formado por: capacitação continuada; supervisão sistemática; e (re) organização institucional: Funcionando de forma articulada e contínua, 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 CBVE um material de natureza didática que tem por missão capacitar os técnicos de nível universitário a atuar no SNVE, 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** – o elemento que intermedia a relação professor-aluno e é constituído por um conjunto ordenado e sistematizado de conceitos, metodologias, diretrizes e normas;
- **habilidade intelectual** – a capacidade de detectar problemas, fazer diagnósticos, investigar,

analisar e propor formas de intervenção;

- **postura** – a forma de apreensão e concepção de fenômenos, objetos ou processos e a conseqüente transformação da prática;
- **adequação das situações do ensino-aprendizagem** – as situações criadas pelas estratégias pedagógicas, intencionalmente, no sentido de alcançar os objetivos propostos.

O conteúdo será trabalhado pelas diversas estratégias pedagógicas, como: aula expositiva; problematização de imagens; discussão de vídeos; leitura e interpretação de textos 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 SNVE. Isso pressupõe uma disposição necessária para que os objetivos sejam alcançados.

Em relação aos objetivos:

### **Geral**

- Capacitar e instrumentalizar os profissionais universitários que trabalham na instância municipal e estadual do SVE, visando a 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 SUS e da Norma Operacional Básica (NOB/1996).
- Contribuir para a implementação da proposta de municipalização das ações de vigilância epidemiológica.
- 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 das diferentes instâncias;
- Instrumentalizar para a atuação no Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica.
- Sensibilizar o aluno para a importância do papel do SNVE 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:

O CBVE, compreende:

- um conjunto de módulos básicos, cujo objetivo é introduzir temas considerados fundamentais para a capacitação na área de VE, quais são: a contextualização histórico-social da vigilância epidemiológica nas políticas pública de saúde; referências conceituais de vigilância epidemiológica, vigilância à saúde e a organização da VE 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 de notificação compulsória e sob acompanhamento, monitoramento e controle no país.



# **Módulo I**

## **A Construção da Vigilância em Saúde**



## A Construção da Vigilância em Saúde

### 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 socioeconômicas 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; e
- as bases políticas de sustentação do Sistema Único de Saúde (SUS).

### Ponto para reflexão:

A situação do sistema de vigilância em saúde na área de atuação do treinando.

## A Construção da Vigilância em Saúde

### Carta de Pero Vaz de Caminha ao Rei de Portugal:

*“Águas são muitas; infindas. E em tal maneira é graciosa que, querendo-a aproveitar, dar-se-á nela tudo, por bem das águas que tem. Porém o melhor fruto que dela se pode tirar me parece será salvar essa gente. E esta deve ser a principal semente que Vossa Alteza em ela deve lançar...”*

### Período Colonial - 1500 a 1822

Estamos no ano de 1500, século XV, da Idade Moderna. O descobrimento do Brasil coincidiu com o nascimento da medicina moderna no mundo, com investigações, estudos e descobertas que darão à medicina o cunho científico que passará a ter.

Nesse momento histórico, as doenças eram encaradas pelos índios, população nativa do Brasil, como castigo ou provação, cujas causas eles reconheciam como reflexo da vontade de um ser sobrenatural, ação de astros e dos agentes climáticos ou força de uma praga ou feitiço. Dentro da concepção empírica, mística e mágica da doença, quando as pessoas adoeciam, recorriam ao pajé, que exorcizava os maus espíritos e utilizava plantas e substâncias diversas no tratamento dos enfermos.

Os primeiros colonizadores, obviamente, não endossavam esse sistema de atendimento. Um dos objetivos dos portugueses era converter os indígenas ao cristianismo (“salvar essa gente”, nas palavras de Caminha) e isso significava neutralizar a influência do pajé; e talvez, principalmente, cuidar da saúde dos habitantes da terra. Os padres jesuítas tiveram papel importante na assistência aos doentes, levando medicamentos, por eles manipulados em suas boticas, e alimentos aos pacientes, além de aproveitarem aquele momento para a catequese.

O progressivo desenvolvimento da colonização levou ao desaparecimento da assistência médica jesuítica, substituída pelos físicos, como eram conhecidos os médicos da época, e pelos cirurgiões-barbeiros.

Nesse período, importada da África, onde era endêmica, e da Europa, a varíola não mais desertou do território brasileiro e, em surtos periódicos,<sup>1</sup> dizimou boa parte da população local.

As ações sobre as doenças transmissíveis em nosso meio datam desse tempo do Brasil Colonial, quando os serviços de saúde, organizados precariamente, preocupavam-se com as doenças pestilenciais, principalmente a varíola e a febre amarela.<sup>2</sup> A prática médica era baseada em conhecimentos tradicionais e não “científicos”. A estratégia de controle utilizada na época baseava-se no **afastamento** ou no **confinamento** dos doentes nas Santas Casas de Misericórdia,<sup>3</sup> cuja função era mais assisten-

<sup>1</sup> As primeiras referências à varíola datam de 1561 (surto no Maranhão). Sua difusão, ao longo do litoral norte e sul, foi rápida, com o registro de vários surtos em 1563 (Paraíba, Pernambuco, Bahia e Rio de Janeiro). Em 1565, atingiu São Paulo de Piratininga, onde exterminou cinco das 11 aldeias indígenas.

<sup>2</sup> Em 1685, a febre amarela penetrou por Recife e atingiu Olinda, em uma epidemia que durou sete anos.

<sup>3</sup> A primeira Santa Casa de Misericórdia no Brasil foi inaugurada em Santos, no ano de 1543, construída por Braz Cubas. A segunda foi fundada em Salvador, no ano de 1549, para cumprir a sua missão de tratar dos doentes. No final do século XVI, construiu o Hospital São Cristóvão em Salvador-BA.

cialista 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.

O “paraíso” tropical anunciado pelos marinheiros quando retornavam para seus portos de origem, foi logo substituído pela versão oposta. Já no século XVII, a colônia portuguesa era identificada como o “inferno”, onde os colonizadores brancos e os escravos africanos<sup>4</sup> tinham poucas chances de sobrevivência. Os conflitos com os indígenas, as dificuldades materiais de vida na região e, sobretudo, as múltiplas e freqüentes doenças eram os principais obstáculos para o estabelecimento dos colonizadores. Diante do dilema sanitário, o Conselho Ultramarino português, responsável pela administração das colônias, criou, ainda no século XVI, os cargos de Físico-mor e Cirurgião-mor. A população colonial, fosse rica ou pobre, tinha medo de submeter-se aos tratamentos desses médicos formados na Europa e preferia utilizar os remédios recomendados pelos curandeiros negros ou indígenas.

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 com o objetivo de destruir ou transformar tudo o que, no meio urbano, é considerado causa da doença. Para evitar a sua propagação, aterram-se águas estagnadas, limpam-se ruas e casas, criam-se cemitérios, purifica-se o ar. O fator desencadeante dessas medidas, contudo, é a própria ocorrência de epidemias. Estas, tão logo controladas, são seguidas pela desativação daquelas medidas saneadoras.

Somente a partir do século XIX, estruturam-se ações que visam à promoção da saúde, antes mesmo da ocorrência das doenças.

Dentro do movimento denominado de Medicina Social,<sup>5</sup> que eleva à condição de tema a saúde da população e procura intervir na sociedade de maneira global, ações são propostas para dificultar ou impedir o aparecimento da doença, enfrentando as suas causas, contra tudo que, na sociedade, pode interferir no bem-estar físico e moral. A saúde torna-se um problema social que requer 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. A nova ótica do Estado sobre a Saúde como instituição compromete o indivíduo doente ao tratamento – se necessário, com o seu **isolamento** do convívio social –, como também submete a saúde da população – e suas possíveis causas – a uma **contínua vigilância**.

Com a chegada da família real ao Brasil, em 1808, incorporou-se o caráter de ação denominado de Polícia Médica, originário da Alemanha do século XVIII. Essa concepção propunha a intervenção nas condições de vida e saúde da população, com o propósito de vigiar e controlar o aparecimento de epidemias. Tratava-se de um **controle-profilaxia**, de vigilância da cidade, para controlar as instalações de minas e cemitérios, o comércio do pão, vinho e carne.

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 as emanações de elementos do meio físico como seus agentes responsáveis, considerados insalubres porque ainda não se conhecia a existência dos microrganismos. Considerava-se que o ar era o principal causador de doenças, pois carregava gases pestilenciais oriundos de matéria orgânica em putrefação. Essa matéria em decomposição resultaria de águas estagnadas nos pântanos, para onde seriam carregadas substâncias animais

<sup>4</sup> Em 1568, o Governador Salvador Correa de Sá oficializa o tráfico de escravos africanos, para substituir a mão-de-obra indígena nas grandes plantações de cana-de-açúcar.

<sup>5</sup> Após a Revolução Francesa (1789), surgiu a concepção social de causação da doença, que afirmava haver relação entre as condições de vida e de trabalho das populações e o aparecimento de doenças.

e vegetais de cemitérios localizados, na maioria das vezes, no centro das cidades, “infeccionando o ar”. 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 esses males, propunha-se a urbanização da cidade, com aterros de pântanos, demarcação de ruas e lugares de construção, implantação de rede de água e esgoto, organização dos cemitérios, criação de normas higiênicas para enterro dos mortos, etc. Uma outra causa das doenças estaria ligada à alimentação. Para enfrentá-la, haveria de combater 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 viria a ser abatido na cidade.

Outra causa a que se atribuía a doença seria a circulação das pessoas e mercadorias pelos portos. Para evitá-la, propõe-se a criação de um lazareto para quarentena dos escravos portadores de moléstias epidêmicas e cutâneas. Essas ações de profilaxia das moléstias transmissíveis consistiam, fundamentalmente, na fiscalização rigorosa das embarcações que poderiam trazer a peste ou outras moléstias epidêmicas, o que viria a constituir a vigilância sanitária dos portos. A depender das moléstias que trouxessem ou do número de óbitos ocorridos a bordo, procedia-se à quarentena dos navios, dos indivíduos ou dos doentes nos “Lazaretos”. Somente a autoridade sanitária poderia conceder a essas pessoas visto de entrada na cidade. Aqui, já aparece a preocupação com o indivíduo, esboçando-se a **noção de caso**, além da vigilância da cidade já citada. Sobre essa noção de caso, fundamentam-se, progressivamente, ações restritas ao indivíduo portador: isolamento do paciente, seu controle, manipulação e até punição.

A abertura dos portos às nações amigas pelo Decreto do Príncipe Regente, de 28 de janeiro de 1808, foi seguida da criação do Cargo de Provedor Mor da Saúde da Corte, em 28 de julho de 1809, que desvincula às ações de saúde da inspeção das Câmaras. Neste último Decreto já aparece a palavra “vigilância”, baseada na noção de contágio, e medidas de isolamento para as embarcações vindas de áreas suspeitas de peste ou doenças contagiosas, bem como controle sanitário sobre as mercadorias à bordo, a saber:

*“... da conservação da saúde pública; devendo haver todo o zelo, cuidado e VIGILÂNCIA, em que ela não perigue por CONTÁGIO, fiscalizando-se o estado de saúde das equipagens das embarcações, que vêm de diversos Portos, e obrigando-se a dar fundeio em mais distâncias as que saírem de áreas suspeitas de peste, ou moléstias contagiosas, e a demorar-se por algum tempo os que nelas se transportarem; e em se afastarem do uso, e mercados comuns, os comestíveis, os gêneros corrompidos, ou iscados de princípios de podridão...” (Decreto do Príncipe Regente, Palácio do Rio de Janeiro em vinte e oito de julho de 1809).*

No ano de 1810, o Alvará de 22 de janeiro, institui dá Regimento ao Provedor Mor da Saúde, onde se determina a construção de Lazareto para quarentena de viajantes e ancoradouro especial para embarcações suspeitas, inclusive com taxas públicas para este serviço de saúde. Trata-se de um dos primeiros regulamentos para o controle sanitário de pessoas/viajantes, cargas/mercadorias e embarcações nos portos no Brasil. É o nascimento da vigilância em saúde nos portos, aeroportos e fronteiras baseada em medidas de controle para doenças contagiosas.

Em 1811, foi criada a Junta de Instituição Vacínica, sob a direção do Intendente Geral da Polícia da Corte e do Estado do Brasil, e do Físico-mor do Reino. Então, é executada a vacinação antivariólica como uma nova prática de controle da doença, cujo conhecimento já incorpora a noção de **agente etiológico**.

Com a mudança da sede do governo português para o Brasil, a Colônia ganha importância e a abertura dos portos, como uma de suas conseqüências, intensifica o comércio exterior e 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, em que se buscava o controle das epidemias e do meio ambiente.

### Período do Brasil Império - 1822 a 1889

O cargo de Provedor Mor da Saúde da Corte, criado em 1809, é extinto por meio da Lei de 30 de agosto de 1828, quando também, em 1828, foi organizada a Inspetoria de Saúde dos Portos. Todas as embarcações suspeitas de transportarem doentes passaram a ser, obrigatoriamente, submetidas a **quarentena**. Por Decreto Imperial, as responsabilidades dos serviços da Saúde Pública foram atribuídas aos Municípios. Essa medida, porém, não foi eficaz e, em 1843, o Serviço de Inspeção de Saúde dos Portos passou à jurisdição privativa do Ministério do Império. Em 1846, também por um Decreto do Imperador, tornou-se obrigatória, em todo o Império do Brasil, a vacinação antivariólica.

Em 1849, durante um contexto epidêmico, se revogou a municipalização, recriando-se órgãos centralizados, para melhorar os Serviços Sanitários do Império e, em 1850, por ocasião da segunda grande epidemia de febre amarela, iniciada no Rio de Janeiro no ano anterior (demonstrando a precariedade da organização sanitária municipal), foi criada a Junta Central de Saúde Pública, embrião do que viria a se constituir no Ministério da Saúde. A Junta Central de Saúde Pública incorporou os estabelecimentos de Inspeção de Saúde dos Portos do Rio de Janeiro e do Instituto Vacínico. Nessa época, a chamada Medicina Tropical – responsável pela atenção a doenças como malária, febre amarela e várias parasitoses –, passou a ser objeto de interesse não apenas médico ou sanitário, mas também econômico e político.

Com o desenvolvimento da bacteriologia (Era Bacteriológica)<sup>6</sup> e da utilização de recursos que possibilitaram a descoberta dos microrganismos, surgiu a identificação 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 antivariólica, iniciando uma nova prática de controle das doenças, com repercussões na forma de organização de serviços e ações em saúde coletiva.

Como conseqüência da redução da importância do meio na ocorrência das doenças, característico da teoria miasmática, progressivamente, as ações tornam-se mais restritas ao indivíduo portador, para o qual seriam dirigidas as ações de controle. Além da utilização do **isolamento do paciente**, este seria objeto de intervenção dos serviços de saúde da época.

### Período da República Velha - 1889 a 1930

No final do século XIX e começo do século XX, ocorreu grande aumento da emigração européia para o Brasil, formada por pessoas muito suscetíveis às doenças tropicais. A péssima situação sanitária do País prejudicava até mesmo a economia, que dependia, fundamentalmente, da exportação do café. Navios recusavam-se a vir ao Brasil.

<sup>6</sup> Em 1864, Louis Pasteur identifica a levedura como agente responsável pela fermentação alcoólica e dá início à chamada Era Bacteriológica.

As necessidades de saúde geradas no processo de desenvolvimento econômico e social, de controle de doenças que visavam à manutenção da força de trabalho em quantidade e qualidade adequadas, determinaram, como parte do processo de organização do Estado republicano, a montagem da estrutura sanitária encarregada de responder a essa demanda. A simples fiscalização não resolveria o problema: era preciso uma ação governamental mais abrangente, em bases mais científicas.

Em 1889, a proclamação da República acontecia embalada por uma idéia principal: modernizar o Brasil a todo custo. Destituíram-se as Juntas e Inspetorias de Higiene provinciais, substituídas pelos Serviços Sanitários Estaduais, estes bastante deficientes inicialmente. A desorganização desses serviços facilitou a ocorrência de novas ondas epidêmicas no país, logo nos primeiros anos da República. Entre 1890 e 1900, o Rio de Janeiro e as principais cidades brasileiras continuaram a ser vitimadas por varíola, febre amarela, peste bubônica, febre tifóide e cólera, que matavam milhares de pessoas.

Diante dessa situação, os médicos higienistas passaram a receber incentivo do governo federal para ocupar cargos importantes na administração pública. Em contrapartida, assumiram o compromisso de estabelecer estratégias para o saneamento das áreas atingidas pelas epidemias, como veremos a seguir.

A Bacteriologia vivia seu auge em todo mundo, a medicina higienista começava a ganhar força no Brasil e a pautar o planejamento urbano da maioria das cidades. No momento em que os tripulantes estrangeiros recebiam desembarcar nos portos brasileiros, pela temeridade de contrair inúmeras doenças que proliferavam aqui, o **saneamento** foi a solução encontrada para, literalmente, mudar a imagem do País lá fora.

Os problemas de saúde que, então, aparecem como preocupação maior do Poder Público são as endemias e as questões gerais de saneamento nos núcleos urbanos e nos portos, principalmente naqueles vinculados ao segmento comercial voltado à 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. São Paulo, Santos e Rio de Janeiro foram os primeiros Municípios contemplados com programas de obras que visavam ao saneamento da zona urbana.

As doenças pestilenciais como 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. A estratégia adotada para resolver esses problemas, entretanto, obedecia, principalmente, à necessidade de atrair e reter mão-de-obra e visava dar condições mínimas para o combate à febre amarela iniciado por Oswaldo Cruz no ano de 1903, em nível nacional; além de garantir medidas vacinais obrigatórias contra a varíola, cuja lei foi promulgada em 1904 e que gerou a polêmica Revolta da Vacina.

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 de notificação de doenças, vacinação obrigatória e vigilância sanitária em geral. No seu conjunto, não ultrapassavam os limites de soluções imediatistas a problemas agudos que, de uma forma ou de outra, poderiam comprometer o desenvolvimento da economia cafeeira. Senão, essas medidas representavam, tão somente, tentativas de respostas aos quadros epidêmicos calamitosos que ameaçavam a população em geral e que, por vezes, davam motivos às pressões políticas.

Como fator limitante para a ação da 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 1920, a Saúde Pública cresce como questão social, com o auge da economia cafeeira. A partir de então, suas medidas caracterizam-se pela tentativa de extensão de seus serviços a todo o País.

As unidades de Saúde Pública existentes estavam vinculadas aos governos estaduais, situadas nas capitais e principais cidades do interior, atuando na assistência médica, assistência materno-infantil, orientação alimentar, fiscalização de alimentos, fiscalização de laboratórios e do exercício da medicina. Os governos estaduais financiavam, também, serviços voltados para a área rural.

Em 1923, o estabelecimento de convênio entre o governo brasileiro e a Fundação Rockefeller garantiu a cooperação médico-sanitária e educacional para a implementação de programas de erradicação das endemias, sobretudo nas regiões do interior, onde os trabalhos se concentraram no combate à febre amarela e, mais tarde, à malária. Como iniciativa de ação coadjuvante com aos serviços estaduais e municipais no combate a doenças como ancilostomíase, esse acordo tinha duplo interesse para o País: científico e econômico, porque, além de proteger as populações, aumentaria a sua produtividade.

Com a finalidade de controlar e regulamentar o mercado de trabalho, são promulgadas leis. A de maior importância, denominada lei Elói Chaves, de 1923, promulgada pelo Presidente Artur Bernardes, instituiu o Sistema das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP), embrião do seguro social no Brasil. As CAP eram financiadas pela União, pelas empresas empregadoras (1% da receita bruta) e pelos empregados (3% do salário). Eram organizadas pelas empresas, de modo que só os grandes estabelecimentos reuniam condições para isso. Empregadores e empregados participavam, paritariamente, da administração. As CAP previam os seguintes benefícios: assistência médica curativa e fornecimento de medicamentos, aposentadoria por tempo de serviço, velhice ou invalidez; pensões para dependentes dos empregados e auxílios para funeral.

Embora fosse regulado pelo Estado, o rápido crescimento do sistema de caixas não permitia ao governo monitorar o seu funcionamento, especialmente no final da República Velha (anos 20), quando o Estado era desprovido, quase totalmente, de instâncias de fiscalização das ações da sociedade civil. O sistema apresentava grandes diferenças entre os planos de benefícios e inexistiam regras comuns de funcionamento técnico-administrativo.

Os primeiros a organizar as CAP em suas empresas foram os ferroviários, em 1923, e os estivadores, em 1926 – então, as categorias de trabalhadores mais combativas politicamente. As outras categorias tinham, então, de recorrer a serviços públicos e beneficentes e a profissionais liberais. A partir de 1930, com a alteração do caráter do Estado e a necessária ampliação de suas bases sociais, esses problemas passaram a fazer parte da problemática do elenco de questões do poder instituído. Apenas em um segundo momento, de desenvolvimento da indústria, esse processo ganha respaldo econômico.

Ainda em 1923, como tentativa de forçar o processo de centralização, foi criado o Departamento Nacional de Saúde Pública. Entre suas funções, estava a higiene infantil, a industrial e profissional, a propaganda sanitária, a saúde dos portos e o combate às endemias rurais, que não entraram em vigência imediatamente, dada a falta de estrutura e condições desse Departamento. Ademais, o saneamento e o combate às endemias rurais permaneciam sob a responsabilidade do nível local.

Em 31 de dezembro de 1923, o Decreto nº 16.300 pôs em vigor o Regulamento Sanitário Federal, primeiro código sanitário nacional, que incorporou a expressão Vigilância Sanitária, empregada, indistintamente, tanto para o controle sanitário de pessoas doentes ou suspeitas de doenças transmissíveis como para o controle de estabelecimentos e locais.

Na gestão de Carlos Chagas, a partir de 1923, sob influência da Saúde Pública norte-americana, foram criados os primeiros Centros de Saúde no Brasil, organizados a partir do trabalho assistencial da enfermeira visitadora. Os centros de saúde, fora da lógica das campanhas de antes, passaram a constituir uma estrutura assistencial básica permanente, incorporando, entre as suas rotinas, o trabalho de visitas a serviço de uma rede básica. Essa permanência e ação contínua eram características que as campanhas de Oswaldo Cruz não possuíam. O primeiro centro de saúde do Brasil foi implantado no Rio de Janeiro.

Outro aspecto das formas de atendimento à saúde é o vínculo à política das empresas. Visando atrair e reter mão-de-obra, foram desenvolvidas práticas de higiene e saúde, tanto por iniciativa pública como fruto da estratégia de empresas maiores. Estas, em alguns casos, adotavam medidas de proteção e recuperação da saúde de seus trabalhadores e ofereciam outros “benefícios previdenciários” – creches e jardins de infância, armazéns e restaurantes de companhias, casas fornecidas pelos empregadores e assistência médica –, mantendo, porém, os salários no nível de subsistência.

## **Era Vargas - 1930 a 1945**

### **Período da República Nova - 1930 a 1937**

A década de 1930 apresentou importantes alterações socioeconômicas 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.

Com a crise política dos anos 20 e o advento da Revolução de 1930, liderada por Getúlio Vargas, ocorreram muitas mudanças, aumentando o centralismo estatal. Os setores da Saúde e da Previdência não fugiram a esse movimento. Ao longo dos anos 30, a estrutura das CAP foi incorporada pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP), autarquias centralizadas no governo federal, supervisionadas pelo Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio. Essas estruturas, organizadas por ramos de atividade, absorveram a maioria das antigas CAP, embora algumas tenham sobrevivido até os anos 60.

A crescente organização e mobilização de importantes parcelas dos trabalhadores, desde décadas anteriores, motivou um controle social pelo Estado, o qual, se fez avançar as políticas sociais e a legislação sobre as necessidades da classe trabalhadora, manteve-a em um jogo limitante da sua autonomia política.

A maior autonomia relativa do poder central e a disposição de controle social fazem com que o Estado promova 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 sob precárias condições de higiene, saúde e habitação, etc., fazendo com que novas exigências pressionem no sentido de efetivação e ampliação das políticas sociais. Desde então, pode-se, 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; o segundo se amplia a partir de fins da década de 1950, assumindo predominância em meados da década de 1960.

Os programas de Saúde Pública estão relacionados aos processos de imigração, urbanização e industrialização, visando, principalmente, à criação de condições sanitárias mínimas para as populações urbanas. São programas limitados, diante das necessidades, pela reduzida capacidade financeira do Estado em sua opção política de gastos.

Acentua-se, nesse período, o processo de centralização com a destruição do excesso de federalismo da primeira república, dando início a um processo de redução da autonomia dos Estados. Podemos identificar este processo, no plano da política de saúde, com a criação, em 1930, do Ministério da Educação e Saúde, constituído de dois Departamentos Nacionais: um de Educação e outro de Saúde.

### Período do Estado Novo - 1937 a 1945

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 são questões prioritárias, glorifica a ideologia dos executores, caracterizando a própria configuração da Saúde Pública no País. Os recursos envolvidos nas campanhas fazem com que essas instituições se cristalizem em serviços de combate às doenças por tempo indefinido, criando o Serviço Nacional de Febre Amarela, em 1937, e, em 1939, o Serviço de Malária do Nordeste (ambos em convênio com a Fundação Rockefeller), além do serviço de combate à tuberculose e outras. Estes programas foram incorporados ao Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu), criado em 1956 e subordinado ao Ministério da Saúde.

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.

Enquanto a assistência médica evoluía de forma segmentada e restrita aos contribuintes urbanos da previdência social, no âmbito da Saúde Pública, a primeira mudança na cultura campanhista do governo federal, de atuação verticalizada, ocorreu em 1942. Durante a II Guerra Mundial, por razões de ordem estratégica vinculada à produção de borracha<sup>7</sup> na Amazônia e à extração de manganês no Vale do Rio Doce, onde os trabalhadores eram dizimados pela malária e pela febre amarela sistematicamente, foi criado o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP). O SESP tinha por objetivo fundamental proporcionar o apoio médico-sanitário às regiões de produção de materiais estratégicos que representavam, naquela época, uma inestimável contribuição do Brasil ao esforço de guerra.<sup>8</sup>

O SESP disseminou pelo Brasil, ao longo de quase 30 anos, unidades sanitárias modelo, inadequadas à estrutura brasileira e às nossas possibilidades financeiras, fato reconhecido em 1956, em autocrítica da própria SESP e em mensagem ao Congresso, do Presidente Juscelino Kubitschek. No decorrer de sua existência, o SESP – transformado, em 1960, em fundação do Ministério da Saúde – destacou-se pela atuação em áreas geográficas distantes e carentes e pela introdução de inovações na assistência médico-sanitária, como técnicas de programação e avaliação e métodos de capacitação de pessoal em Saúde Pública. Foi, também, pioneiro na atenção básica domiciliar, com o uso de pessoal auxiliar e, sobretudo, na implantação de redes hierarquizadas de atenção integrada à saúde, proporcionando serviços preventivos e curativos, inclusive internação em especialidades básicas em suas unidades mistas.

<sup>7</sup> A invasão da Indochina pelos japoneses coloca as fontes produtoras de borracha e de quineiras, de cuja casca é extraído o quinino, nas mãos das "potências do Eixo". Essa situação determina três providências dos "países aliados" e dos Estados Unidos da América: as tentativas de aclimatização de quineiras na América Latina; a pesquisa de antimaláricos sintéticos; e a criação de serviços para o controle de malária nas regiões produtoras de matérias primas essenciais – no Brasil, a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP).

<sup>8</sup> Em função do acordo com a "Rubber Reserve Co.", como consequência do convênio firmado entre os governos do Brasil e dos Estados Unidos, durante a Terceira Reunião de Consulta aos Ministérios das Relações Exteriores das Repúblicas Americanas, realizada no Rio de Janeiro em 1942, sob o patrocínio técnico-financeiro da Fundação Rockefeller.

## Período Desenvolvimentista - 1945 a 1964

Na assistência à saúde, a maior inovação aconteceu em 1949, durante o segundo governo de Gaspar Dutra, quando foi criado o Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (Samdu). A importância histórica desse evento decorre de três características inovadoras da iniciativa: o atendimento médico domiciliar, até então inexistente no setor público, embora comum na prática privada; o financiamento consorciado entre todos os IAP; e, principalmente, o atendimento universal, ainda que limitado aos casos de urgência.

Na década de 1950, o movimento de urbanização é intenso, acarretando uma transformação do perfil urbano-rural: aumento da ocupação do setor industrial, favorecido pelo constante fluxo de capital estrangeiro; intensificação do processo de mecanização agrícola, com a destruição do sistema de colonato; e transformação dos colonos em trabalhadores volantes (bóias frias), que passam a residir na periferia dos núcleos urbanos.

É nos anos 50 que se recoloca a discussão do padrão de política de Saúde Pública existente, dentro de uma discussão mais geral que pretendia que o desenvolvimento econômico-industrial tivesse a capacidade de resolver os problemas sociais; entre eles, os de saúde.

A primeira questão pode ser resumida no que veio a ser conhecido como o círculo vicioso da pobreza e doença, que estabelecia uma relação causal: a doença gerava a pobreza. Imaginava-se que, para alcançar o mesmo nível de saúde de países desenvolvidos, bastaria gastar os mesmos recursos e montar a mesma estrutura de saúde desses países. Investiu-se, durante muitos anos, nessa estratégia, até que se chegasse à conclusão da sua irrealidade.

Na metade dos anos 50, a ideologia desenvolvimentista<sup>9</sup> coloca a questão de outra forma, invertendo os termos da relação pobreza *versus* doença, ao afirmar que o desenvolvimento econômico traria consigo, necessariamente, melhorias no nível de saúde da população. Passou-se a investir o pouco recurso público existente na promoção desse desenvolvimento econômico. Aliada à concentração de renda, essa política trouxe, na verdade, a piora das condições de saúde da população.

Em 1953, é criado o Ministério da Saúde e, em 1956, o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu), 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.

Em 1961, ao final do governo Kubitschek, foi regulamentado o Código Nacional de Saúde, criado pela Lei nº 2.312/54. Ele atribuía ao Ministério da Saúde extenso espectro de atuação na regulação de alimentos, estabelecimentos industriais e comerciais, pessoal, veículos; e na distribuição, na propaganda comercial e no controle de resíduos de pesticidas.

Com o objetivo de combater a malária e a varíola, foram criados órgãos executivos autônomos, a Campanha de Erradicação da Malária (CEM), em 1962, e a Campanha de Erradicação da Varíola (CEV) em 1966, os quais posteriormente, junto com o DNERu, foram incorporados à Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (Sucam), criada em 1970.

A Campanha de Erradicação da Varíola deu importante contribuição à organização do **sistema de notificação e investigação de casos suspeitos da doença**, em todo o território nacional, segundo a nova conceituação de vigilância epidemiológica, então amplamente difundida pela Organização

<sup>9</sup> No governo de presidente Juscelino Kubitschek, o nacionalismo da era Vargas foi substituído pelo desenvolvimentismo, com o lema: "50 anos em cinco", ou seja, 50 anos de progresso em cinco anos de governo.

Mundial da Saúde (OMS). Uma das recomendações básicas preconizadas era a divulgação regular de dados atualizados sobre a situação epidemiológica da doença e das ações de controle realizadas, como instrumento essencial para manter em funcionamento o sistema de notificações. Com essa finalidade, a CEV criou uma publicação semanal que circulou durante toda a duração do programa (1967 a 1974), informando e estimulando os responsáveis pelas atividades de campo: o Boletim da Campanha de Erradicação da Varíola.

A CEV implantou dois mecanismos operacionais de grande importância para a expansão das atividades nacionais no campo da epidemiologia aplicada ao controle das doenças transmissíveis:

- **organização de Unidades de Vigilância Epidemiológica (UVE)**, na estrutura das Secretarias de Saúde de todos os Estados, com a finalidade primordial de implantar um sistema semanal e de investigação imediata de casos suspeitos de varíola;
- **delegação de competência à Fundação SESP para coordenar**, nacionalmente, a rede de UVE, objetivando assegurar a continuidade das atividades nas Secretarias de Estado de Saúde, com o apoio técnico-administrativo permanente das estruturas regionais da Fundação.

No final da década de 50 e até 1966, ao mesmo tempo em que se processava a expansão da medicina previdenciária, montava-se uma estrutura de atendimento hospitalar já, basicamente, de natureza privada, apontando na direção da formação de empresas médicas.

#### **Período do Regime Militar - 1964 a 1984**

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 à 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 encarregadas de prestar assistência à saúde no Brasil.

Em todos os países, elevavam-se, extraordinariamente, os custos de assistência à saúde, em consequência das próprias transformações científicas e tecnológicas por que passava o ato médico. 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 economia desenvolvera-se profundamente, nos dez anos anteriores, criando as bases para o novo desenvolvimento da industrialização. Exigia-se que o aparelho do Estado também se transformasse, para atender as exigências da acumulação capitalista; ou seja, que fossem criadas as bases financeiras adequadas à nova etapa de desenvolvimento. Assim, logo após o golpe de 1964, foram implementadas reformas administrativas, tributárias, financeiras, etc.

As transformações do setor Saúde ocorridas nessa época só podem ser entendidas quando vistas no interior dessas mudanças mais amplas. À sua sombra, brotaram transformações em nível de Estado que possibilitaram que a atenção à saúde ocupasse o papel a ela destinado naquele momento (e anunciado pelas transformações tecnológicas no exterior), e que assumisse as características de setor plenamente capitalista. A unificação dos institutos previdenciários, com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1966, insere-se nesse contexto mais amplo.

A resposta do Estado à crise vivenciada pelo setor dá-se com a sua reestruturação, após 1966, no contexto das mudanças promovidas pelo governo militar. Mais precisamente, sua solução imediata constitui-se na reforma da Medicina Previdenciária, ao mesmo tempo em que o atendimento à Saúde Pública fica relegado a segundo plano.

Pode-se afirmar que a reforma previdenciária assenta-se em três pilares fundamentais:

- a) na ampliação do campo de ação das instituições estatais – entre as quais, destaca-se o INPS –, feita de forma a assegurar ampla predominância da empresa privada, o que leva à tecnificação do ato médico, à constituição de empresas capitalistas no setor e, conseqüentemente, ao assalariamento em larga escala dos profissionais da medicina; e
- b) na ampliação dos recursos financeiros do Estado, disponível com o aumento da contribuição da previdência e da extensão da cobertura; e
- c) no acentuado papel de mobilização e centralização financeira do Estado, de que é expressão maior a unificação dos institutos previdenciários.

Em 1968, a Fundação SESP criou, em sua estrutura, o Centro de Investigações Epidemiológicas (CIE), primeiro órgão federal com responsabilidades abrangentes na área de epidemiologia. O CIE promoveu a articulação com órgãos nacionais e internacionais ligados à área, estimulou as atividades de vigilância epidemiológica junto às Secretarias de Estado de Saúde, e, por intermédio das UVE, organizou um sistema de notificação semanal de algumas doenças transmissíveis, ainda não trabalhadas nacionalmente.

Fato relevante da atuação da Fundação SESP foi a criação do Boletim Epidemiológico, que circulou, ininterruptamente, de 1969 a junho de 1987.

Durante a década de 70, no que diz respeito à ocorrência de doenças, constatava-se a permanência de graves problemas de saúde na população. Por um lado, atribuía-se essa situação 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, ao insuficiente desenvolvimento das medidas de Saúde Pública e de saneamento básico.

O quadro nosológico brasileiro apresentava, no início da década de 70, ao lado das doenças infectocontagiosas, características das sociedades subdesenvolvidas, as doenças crônico-degenerativas, características de sociedades industrializadas. Endemias antes relacionadas com o meio rural, tornaram-se urbanas; agravaram-se a desnutrição, a tuberculose e a hanseníase; e a malária voltou 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.

A rigor, a **vigilância epidemiológica**, enquanto atividade dos serviços de saúde, foi introduzida no Brasil, oficialmente, 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 institucionalizada.

Em 1970, o Ministério da Saúde criou um órgão responsável pela área de epidemiologia e vinculado à administração direta, a Divisão Nacional de Epidemiologia e Estatística de Saúde (DNEES), que veio a ser substituída, em 1976, pela Divisão Nacional de Epidemiologia (DNE), da Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde (SNABS).

Em 1974, quando da mudança do Ministério da Saúde para Brasília, o CIE foi transformado na Divisão de Epidemiologia, Estatística e Informação (Deesi), mantendo a mesma linha de trabalho.

No final da primeira metade da década de 70, ocorre uma crise política, reflexo da crise financeira que teve, como uma das suas causas, a falta de controle sobre as contas do serviço contratado. Um dos fatores para solucionar a crise do sistema previdenciário foi a reforma institucional que elevou o órgão da previdência social ao *status* de Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), em 1974. Outra resposta foi a expansão da cobertura dos serviços a categorias ainda não cobertas – como a dos trabalhadores rurais, pelo Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (Funrural) – e a extensão do atendimento de urgência para indigentes nas áreas urbanas, como o Programa de Pronta Ação (PPA).

Em nível interministerial, no ano de 1975, no bojo de uma grave crise sanitária no país – epidemia de doença meningocócica, aumento da mortalidade infantil e grande crescimento do número de acidentes de trabalho –, organiza-se o Sistema Nacional de Saúde, com a promulgação da Lei nº6229, que propunha a rearticulação das diversas esferas do governo, com os seguintes objetivos:

- I. Integrar as práticas de Saúde Pública e medicina previdenciária.
- II. Rearticular as unidades do setor público e estas com o setor privado.
- III. Regionalizar e hierarquizar a assistência médico-sanitária de acordo com os perfis epidemiológicos de cada área do País.

O que se consolidou, no entanto, foi a centralização das decisões e mesmo da execução de parte das ações de Saúde Pública, no nível federal, permanecendo a desarticulação entre as atribuições cabíveis a cada Ministério, muito diferentes no que concerne ao poder político e financeiro, com a separação entre a medicina preventiva, objeto das ações do Ministério da Saúde, e a medicina curativa, cujas ações são atribuídas ao Ministério da Previdência e Assistência Social. Nesse contexto, criam-se o **Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE)**, o Programa Nacional de Imunização (PNI) e do **Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS)**.

Com a criação desses 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 definidas inter-relações entre as duas estruturas, a automização dessas práticas consolidou-se.

Em 1977, a persistência da crise promove um movimento burocrático administrativo que tenta reordenar o sistema, dividindo as atribuições da Previdência em órgãos especializados. Cria-se o Sistema Nacional de Previdência (Sinpas) congregando o Instituto de Administração da Previdência e Assistência Social (Iapas), o INPS e o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps). Esta estrutura manteve-se até o advento da Constituição de 1988, que definiu um conceito de Seguridade Social abrangente e universal, estendendo os direitos à cobertura previdenciária, à saúde e à assistência social, para a totalidade da população, independentemente do exercício profissional e da existência de vínculo contributivo.

De 1981 em diante, a SNABS, por meio da Divisão Nacional de Epidemiologia (DNE), assumiu a coordenação do sistema de notificações organizado pela Fundação SESP, passando a centralizar a coleta dos dados no nível nacional.

## **Período da Nova República - de 1985 aos dias de hoje**

### **O Sistema Único de Saúde (SUS)**

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

Como consequência do mesmo processo, na década de 80, é desenvolvida uma série de tentativas de reestruturação da Saúde, organizadas pelo movimento denominado de Reforma Sanitária, com medidas que apontavam para a unificação dos componentes assistencial e preventivo em um comando único, organizado de forma descentralizada. A dimensão doutrinária dessa Reforma consolidou-se progressivamente, culminando com a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, durante a chamada Nova República. Contando com intensa participação de representações da sociedade organizada, consolida-se uma nova proposta para o sistema de saúde, que se constituirá, mais adiante, no Sistema Único de Saúde, o SUS.

A histórica Conferência, no seu relatório final, transcreveu o projeto da Reforma Sanitária com conteúdo político-ideológico claro e objetivo, nucleando a saúde como determinante histórica e social, resultante do processo de organização da sociedade relacionado a um conjunto ampliado de políticas públicas – habitação, emprego, alimentação, etc –, caracterizada como direito de cidadania e dever do Estado. A transformação do Sistema Nacional de Saúde na direção de um Sistema Único de Saúde, apresentada como condição para a implementação dessa grande reforma sanitária, pautava-se nos princípios da universalização, descentralização com comando único em cada esfera de governo, integralidade de ações e controle social.

Entre a promulgação da Constituição de 1988, que criou o SUS, e a sua regulamentação dada pela Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº 8.142, de 20 de dezembro de 1990, agregando todos os serviços da esfera federal, estadual, municipal e os serviços privados, passaram-se quase dois anos de convivência com uma vasta legislação normativa que, ainda, regulava mecanismos e condições de repasse de recursos aos Estados e Municípios, até a efetiva unificação do setor no Ministério da Saúde.

A partir da Constituição de 1988, que preconiza o acesso universal, igualitário e integral da população aos serviços e ações de proteção e recuperação da saúde, várias iniciativas institucionais, legais e comunitárias foram desenvolvidas no sentido de criar condições de viabilização integral desses direitos.

Em 1990, com a extinção da SNABS, as ações nacionais de vigilância epidemiológica e todo o seu acervo documental foram absorvidos pela recém-instituída Fundação Nacional de Saúde (Funasa) que incorporou a FSESP, a Sucam e, posteriormente, áreas técnicas remanescentes da SNABS e da também extinta Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde (SNPES).

A proposta de criação do Centro Nacional de Epidemiologia (Cenepi), vinculado à Fundação Nacional de Saúde, surgiu em 1990. Desde a sua criação, o Cenepi buscou promover o uso da epidemiologia em todos os níveis do SUS e subsidiou a formulação e a implementação das políticas de saúde nacionais. O Cenepi desenvolveu trabalhos conjuntos, integrando universidades e serviços de saúde, para o estabelecimento e consolidação de sistemas de informação [Sistema Nacional de Mortalidade (SIM), Sistema Nacional de Nascidos Vivos (Sinasc), Sistema Nacional de Agravos de Notificação (Sinan), entre outros], constituição da Rede Nacional de Informação para a Saúde (RNIS) e da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa), capacitação de recursos humanos e apoio à pesquisa. Principalmente, o Cenepi acumulou importante experiência em vigilância epidemiológica de doenças e agravos inusitados à saúde.

Um dos pilares do Sistema Único de Saúde passa 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 incorpora as ações de vigilância epidemiológica de acordo com o grau de complexidade e estrutura do seu sistema de gestão.

Os instrumentos legais que propiciarão a nova organização do sistema de saúde são as Normas Operacionais Básicas (NOB), editadas entre os anos de 1991 e 1996, cuja finalidade é promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público estadual e municipal, da função de gestão da atenção à saúde. As NOB definem a forma de financiamento, os mecanismos de repasse de recursos, nas relações entre os gestores dos três níveis, enfatizando as descentralizações aos Municípios e criando categorias de gestão diferenciadas, segundo um processo de habilitação.

Em 1996, o Ministério da Saúde emite a Portaria nº 1.742, publicada no Diário Oficial da União de 6 de novembro daquele ano, que institui a Norma Operacional Básica 1996 (NOB-SUS 96) e que aponta 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, a NOB-SUS 96 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 o responsável imediato, de fato, pelo atendimento das necessidades e demandas de saúde da sua população e das exigências de intervenção saneadoras no seu território, de acordo com a sua capacidade de atuação dentro do sistema. A NOB-SUS 96 vem reafirmar a necessidade de aperfeiçoamento da gestão do SUS e reordenação do modelo de atenção à saúde, na valorização dos resultados advindos de programações com critérios epidemiológicos e desempenho das ações com qualidade.

A atribuição das ações desenvolvidas foi definida pela elaboração de uma programação que toma, como base, desde o nível municipal de execução, articulado com os demais níveis. A isso, denominou-se Programação Pactuada Integrada (PPI), um processo de elaboração que deve respeitar a autonomia de cada nível gestor. O Estado deveria harmonizar e compatibilizar as programações municipais, incorporando as ações sob a sua responsabilidade direta, mediante negociações com os demais níveis.

Dessa forma, a NOB-SUS 96 direcionava, como prioridade do SNVE, o fortalecimento de sistemas municipais de vigilância, dotados de autonomia técnico-gerencial para enfocar os problemas de saúde próprios de suas respectivas áreas de abrangência.

As ações de vigilância epidemiológica eram distribuídas segundo graus de complexidade (baixo, médio e alto) e serviam como parâmetro nas propostas de habilitação do Município, quanto à sua gestão.

Na gestão plena de atenção básica, o Município se comprometia a notificar as doenças e agravos previstos na legislação vigente, de comum acordo com a Secretaria de Estado da Saúde; e a 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 deveria ser capaz de realizar, integralmente, as notificações de doenças de notificação compulsória, investigação epidemiológica – incluindo óbitos infantis e maternos –, consolidação e análise de dados.

Quanto mais eficiente fosse a gestão local no desempenho das funções de vigilância epidemiológica, maior seria a oportunidade para que as ações de controle fossem desencadeadas. Os âmbitos de gestão estadual e federal dedicar-se-iam, seletivamente, às questões mais complexas, emergenciais ou de maior extensão, que demandassem a participação de especialistas e centros de referências.

Em 27 de janeiro de 1999, o Congresso Nacional promulgou a Lei nº 9.782, que dispõe sobre o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), que substitui a Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária. A Anvisa tem por finalidade institucional “promover a proteção da saúde da população, por intermédio do controle sanitário da produção e da comercialização de produtos e serviços submetidos à Vigilância Sanitária, inclusive dos ambientes, dos processos, dos insumos e das tecnologias a eles relacionados, bem como o controle de portos, aeroportos e fronteiras.” Este mesmo instrumento define, no parágrafo 3º do seu artigo 7º, que “as atividades de vigilância epidemiológica e de controle de vetores relativas a portos, aeroportos e fronteiras, serão executadas pela Agência, sob orientação técnica e normativa do Ministério da Saúde”, estabelecendo-se aí o vínculo entre a execução de atividades de vigilância e controle sanitário realizadas pela ANVISA, naquelas áreas, e as orientações técnico-normativas emanadas do Ministério da Saúde, hoje à cargo da Secretaria de Vigilância em Saúde. São atividades fundamentadas no Regulamento Sanitário Internacional, instituído inicialmente pela OMS em 1951, com versão em vigor do ano de 1969 (modificado em 1973 e 1980), o qual privilegia o controle sobre doenças específicas (CÓLERA, FEBRE AMARELA E PESTE) e que teve sua última revisão adotada em maio de 2005 (que deve entrar em vigor em junho de 2007), ampliando sua abrangência para a verificação e notificação de todos os EVENTOS URGENTES DE IMPORTÂNCIA INTERNACIONAL, independente de sua natureza (eventos naturais, acidentais ou intencionais), origem e fontes (biológicas, químicas ou radionucleares), com vistas a adoção de medidas temporárias ou permanentes que impeçam a propagação de doenças e seus agentes pelo mundo, sem criar transtornos desnecessários ao tráfego e o comércio internacional.”

As NOB foram o principal instrumento legal para a descentralização das ações de saúde, particularmente as de atenção básica. O mesmo, entretanto, não se podia dizer dos serviços de alta complexidade. Faltava, ainda, uma abordagem regionalizada e mais adequada à estrutura administrativa do país e suas particularidades. É exemplo comum entre os Municípios habilitados em gestão plena e capacitados a oferecer serviços de maior complexidade tentar impedir o acesso a esse atendimento pelos moradores de cidades vizinhas, sob a argumentação de que os recursos que recebem já estão comprometidos com a assistência aos seus habitantes. Sem outra saída, os Municípios menores, ressentidos com as dificuldades dessa falta de autonomia no atendimento à sua população, são obrigados a expandir tais serviços sem uma escala de demanda que justifique o seu investimento.

Diante desse tipo de impedimento, era necessário pensar uma política de otimização de recursos pelo Município, ampliando a cobertura das ações e serviços além dos limites do município, com economia de despesas e ganho de qualidade para a saúde. Em janeiro de 2001, o Ministério da Saúde, apoiado pela Comissão Intergestores Tripartite, tomou a decisão de instituir a Norma Operacional à Saúde (NOAS-SUS) em substituição às NOB.

A publicação da NOAS-SUS 01/2001, instituída pela Portaria MS/GM nº 95, de 26 de janeiro de 2001, teve como objetivo central promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção. Ela amplia as responsabilidades dos Municípios na atenção básica, define o processo de regionalização da assistência, cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS e procede à atualização dos critérios de habilitação de Estados e Municípios. A NOAS-SUS 01/2001 prevê a organização de uma assistência qualificada e de melhor resolutividade na atenção básica, a partir da identificação de áreas estratégicas essenciais, relacionadas a problemas de saúde de abrangência nacional. Complementarmente, os gestores estaduais e municipais podem definir outras áreas de ação, de acordo com as especificidades locais.

A NOAS-SUS 01/2001 estabelece que o Município poderá pleitear a habilitação à gestão de Sistema Municipal de Saúde em dois níveis:

- a) Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada
- b) Gestão Plena do Sistema Municipal

Para a habilitação na condição de Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPABA), o Município deverá ter, como áreas de atuação estratégicas: o controle da tuberculose; a eliminação da hanseníase; o controle da hipertensão arterial e diabetes *mellitus*; a saúde da criança; a saúde da mulher; e a saúde bucal.

Para o financiamento do elenco de procedimentos da Atenção Básica Ampliada, foi instituído o PAB-Ampliado, no qual os Municípios que já recebem o PAB fixo em valor superior ao PAB-Ampliado não terão acréscimo no valor *per capita*.

O Município habilitado, ou que vier a se habilitar na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal, deve receber, diretamente, no seu Fundo Municipal de Saúde, o montante total de recursos federais correspondente ao limite financeiro programado para ele. Esse valor compreende a parcela destinada ao atendimento da população própria e, condicionada ao cumprimento dos Termos de Compromisso para Garantia de Acesso celebrados com o gestor estadual, a parcela destinada ao atendimento da população referenciada.

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

Em 9 de junho de 2003, pelo Decreto nº 4.726, foi criada a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), reforçando uma área extremamente estratégica do Ministério da Saúde, fortalecendo e ampliando as ações de vigilância epidemiológica. As atividades que eram desempenhadas pelo extinto Centro Nacional de Epidemiologia, da Funasa, passaram a ser executadas pela SVS/MS. Entre elas, incluem-se os programas nacionais de combate à dengue, à malária e a outras doenças transmitidas por vetores, o Programa Nacional de Imunização, a prevenção e controle de doenças imunopreveníveis, a vigilância das doenças de veiculação hídrica e alimentar, o controle de zoonoses e a vigilância de doenças emergentes.

A SVS também agrega importantes programas nacionais de combate a doenças que se encontravam em outras áreas do Ministério da Saúde, como tuberculose, hanseníase, hepatites virais, DST e aids. Atualmente, todas as ações de prevenção e controle de doenças são partes constitutivas da mesma estrutura, possibilitando uma abordagem, entre elas, mais integrada e eficaz.

A SVS também passa a coordenar as ações do Sistema Único de Saúde na área de Vigilância Ambiental e de Vigilância de Agravos de Doenças não Transmissíveis e seus fatores de risco. Com base nos dados epidemiológicos, a Secretaria também realiza análises da situação de saúde e o monitoramento de indicadores sanitários do país, possibilitando o aperfeiçoamento do processo de escolha de prioridades e de definição de políticas, bem como a avaliação dos resultados dos programas de saúde.

A SVS atua, ainda, na construção de parcerias com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, bem como com instituições de ensino e pesquisa nacionais e internacionais.

Em de 15 de junho de 2004, a Portaria MS/GM nº 1.172 definiu as atividades e parâmetros que integram a Programação Pactuada Integrada de Vigilância em Saúde (PPI-VS), que incorporou ações básicas de Vigilância Sanitária e revogou a Portaria MS/GM nº 1.399, de 15 de dezembro de 1999 (que regulamentou a NOB nº 1/1996, no que se refere às competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal, na área de Epidemiologia e Controle de Doenças e definia a sistemática de financiamento), e a Portaria MS/GM nº 1.147, de 20 de junho de 2002 (que alterou os artigos 19 e 20 da Portaria MS/GM nº 1.399/1996).

A Portaria MS/GM nº 2.023, de setembro de 2004, juntamente com as Portarias nº MS/GM 2.024 e 2.025, postulam a nova normatização da Atenção Primária. A primeira propõe a extinção das condições de Gestão Plena da Atenção Básica (GPAB) e da Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPAB-A) dos municípios e define que esses e o Distrito Federal são responsáveis pela organização do Sistema Municipal de Saúde, para gerenciar e executar as ações de Atenção Básica.

Em 23 de novembro de 2004, como forma de identificar um número maior de casos de doenças de notificação compulsória e outros agravos relevantes, a Portaria MS/GM nº 2.529 institui o Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar e cria a Rede Nacional de Hospitais de Referência para esse subsistema, definindo critérios de qualificação de estabelecimentos.

## Bibliografia

- Abrasco. Propostas para o Centro Nacional de Epidemiologia (Relatório do Seminário) [acessado durante o ano de 2004, para informações de 2001] [online]. Disponível em <http://www.abrasco.org.br/GTs/cenepi.pdf>
- Barata RB. Malária e seu controle. São Paulo, Editora Hucitec Ltda, 1998.
- Bertolli Filho C. História da Saúde Pública no Brasil. São Paulo, Editora Ática S/A. 1996 (Coleção: História em Movimento).
- Braga JCSB & Paula SG. Saúde e Previdência: Estudos de Política Social. São Paulo, Cebes/Hucitec. 1981.
- Medici AC. Evolução da Estrutura do Sistema de Saúde. [acessado durante o ano de 2004, para informações de 1923 a 1990] [online]. Disponível em <http://www.mre.gov.br/cdbrasil/itamaraty/web/port/polsoc/saude/estsist/cabecal.htm>
- Mercadante AO. Evolução das Políticas e do Sistema de Saúde no Brasil. In: Caminhos da Saúde Pública no Brasil. Sinkelman J (Org). Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2002.

- Ministério da Saúde. Estrutura do Ministério da Saúde. [acessado durante o ano de 2004, para informações de 2003 e 2004] [online]. Disponível em [http://portal.web02.saude.gov.br/saude/area.cfm?id\\_area=380](http://portal.web02.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=380). 2003.
- Ministério da Saúde. Evolução da Saúde Brasileira. [acessado durante o ano de 2005, para informações de 1550 a 1990] [online]. Disponível em [http://portal.web02.saude.gov.br/saude/area.cfm?id\\_area=125](http://portal.web02.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=125). 2003
- Paim, JS & Teixeira, MGLC. Reorganização do Sistema de Vigilância Epidemiológica na Perspectiva do Sistema Único de Saúde (SUS). In: Informe Técnico do SUS. Fundação Nacional da Saúde. Ano 1, n.5 (Out. 1992), Brasília: FNS, Cenepi, 1992.
- Pugin SR & Nascimento VB. Principais Marcos das Mudanças Institucionais no Setor Saúde (1974-1996). São Paulo, Cedec, 1996 (Série Didática nº 1, Orientação Cohn A).
- Risi Júnior, JB. Considerações sobre a Publicação de Dados Epidemiológicos pelo Ministério da Saúde. In: Informe Técnico do SUS. Fundação Nacional da Saúde. Ano 1, n.4 (Set. 1992), Brasília: FNS, Cenepi, 1992.
- Rozenfeld S. Fundamentos da Vigilância Sanitária. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2000.
- Santos Filho LC. Histórico Geral da Medicina Brasileira. São Paulo. Hucitec, 1977.
- São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. Centro de Vigilância Epidemiológica Prof. Alexandre Vranjac. Evolução Histórica do Setor Saúde no Brasil. In: Treinamento Básico em Vigilância Epidemiológica, Módulos Básicos - Monitor, 1998.
- São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. Centro de Vigilância Epidemiológica Prof. Alexandre Vranjac. Histórico do Combate às Doenças Transmissíveis no Brasil. In: Treinamento Básico em Vigilância Epidemiológica-Módulos Básicos, 1998.
- São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. Centro de Vigilância Epidemiológica Prof. Alexandre Vranjac. Sistema de Vigilância Epidemiológica
- São Paulo. SVE – SP. In: Treinamento Básico em Vigilância Epidemiológica-Módulos Básicos, 2002.
- Scliar M. Do Mágico ao Social: Trajetória da Saúde Pública. São Paulo, Editora Senac São Paulo. 2002.
- Scliar M. Políticas de Saúde Pública no Brasil: uma Visão Histórica, In: Saúde Pública: histórias, políticas e revolta. Scliar M, Pamplona MA, Rios MAT & Souza MHS, São Paulo, Scipione, 2020. (Coleção Mosaico: ensaios e documentos).
- Singer P, Campos O & Oliveira EM. Prevenir e Curar: o controle social através dos serviços de saúde. Rio de Janeiro, Editora Forense-Universitária, 1978.
- Souza AMAF. A Saúde no Último Quartel do Século XX: do Sistema Nacional de Saúde (SNS) ao Sistema Único de Saúde (SUS). Mimeo, 1998.