

**VIGILÂNCIA
EPIDEMIOLÓGICA E
PROMOÇÃO DA SAÚDE:
ESTRATÉGIAS PARA
PREVENÇÃO E CONTROLE
DE AGRAVOS**

**EPIDEMIOLOGICAL SURVEILLANCE AND HEALTH PROMOTION:
STRATEGIES FOR PREVENTION AND CONTROL OF HEALTH CONDITIONS**

Ciências Sociais Aplicadas, Ciências da Saúde • 03/07/2026

REGISTRO DOI: [10.70773/revistatopicos/782855050](https://doi.org/10.70773/revistatopicos/782855050)

Jandervam Figueiredo Régis Júnior

Ronan Sales Farias

Mateus Oliveira Alves

Enoghalliton de Abreu Arruda

Larissa Pereira Costa

Cleiton Luís Maldaner

Myzael Soares de Azevedo

RESUMO

A Vigilância Epidemiológica constitui um dos pilares fundamentais dos sistemas nacionais de saúde, funcionando como instrumento essencial para a detecção precoce, monitoramento, análise e resposta a agravos e eventos de saúde pública. Articulada à Promoção da Saúde, ela compõe um conjunto estratégico de práticas e políticas voltadas não apenas ao controle de doenças, mas ao fortalecimento das condições de vida e saúde das populações. O presente artigo tem como objetivo analisar as estratégias de Vigilância Epidemiológica e Promoção da Saúde adotadas no Brasil, à luz dos marcos normativos e conceituais que orientam o Sistema Único de Saúde (SUS), com ênfase nas interfaces com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Agenda 2030 das Nações Unidas. Trata-se de revisão narrativa da literatura científica e de documentos oficiais, com análise de políticas públicas e estratégias programáticas. Os resultados indicam avanços significativos na estruturação dos sistemas de vigilância no país, especialmente após a criação do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (SNVS) e do Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS), mas evidenciam também lacunas persistentes relacionadas à integração entre níveis de atenção, à cobertura territorial e à incorporação de determinantes sociais nos modelos de vigilância. Conclui-se que abordagens integradas, intersetoriais e com participação comunitária são indispensáveis para o êxito das estratégias de prevenção e controle de agravos, e que cooperativas e associações locais podem atuar como parceiros estratégicos na implementação dessas ações no âmbito territorial.

Palavras-chave: vigilância epidemiológica; promoção da saúde; prevenção de agravos; SUS; ODS.

ABSTRACT

Epidemiological Surveillance constitutes one of the fundamental pillars of national health systems, functioning as an essential instrument for the early detection, monitoring, analysis and response to health conditions and public health events. Articulated with Health Promotion, it forms a strategic set of practices and policies aimed not only at disease control, but at strengthening the living and health conditions of populations. This article aims to analyze the Epidemiological Surveillance and Health Promotion strategies adopted in Brazil, in light of the normative and conceptual frameworks that guide the Unified Health System (SUS Sistema Único de Saúde), with emphasis on interfaces with the Sustainable Development Goals (SDGs) of the United Nations 2030 Agenda. This is a narrative review of scientific literature and official documents, with analysis of public policies and programmatic strategies. The results indicate significant advances in the structuring of surveillance systems in the country, especially after the creation of the National Health Surveillance System (SNVS) and the Strategic Information Center in Health Surveillance (CIEVS), but also reveal persistent gaps related to integration between levels of care, territorial coverage and the incorporation of social determinants in surveillance models. It is concluded that integrated, intersectoral and community-participatory approaches are indispensable for the success of prevention and control strategies, and that local cooperatives and associations can act as strategic partners in the implementation of these actions at the territorial level.


Keywords: epidemiological surveillance; health promotion; disease prevention; SUS; SDGs.

1. INTRODUÇÃO

A saúde pública contemporânea é marcada pela necessidade de respostas rápidas, coordenadas e baseadas em evidências aos desafios sanitários de uma sociedade em constante transformação. Nesse cenário, a Vigilância Epidemiológica (VE) emerge como instrumento estratégico indispensável para a proteção da saúde coletiva, permitindo a identificação precoce de riscos, a monitorização de tendências e a orientação de intervenções efetivas.

No Brasil, a consolidação da Vigilância Epidemiológica como função essencial de saúde pública foi marcada por um longo percurso histórico, que se intensificou a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988 e da criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Conforme estabelece a Lei Orgânica da Saúde (Lei n.º 8.080/1990), a vigilância epidemiológica compreende um conjunto de ações capaz de proporcionar 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.

A Promoção da Saúde, por sua vez, representa uma das mais importantes reorientações paradigmáticas da saúde pública contemporânea. Fundamentada na Carta de Ottawa de 1986 e aprofundada em sucessivas conferências internacionais, a promoção da saúde propõe a superação do modelo biomédico centrado na doença, em favor de uma abordagem que valoriza os determinantes sociais, econômicos, culturais e ambientais da saúde (BRASIL, 2010). Como afirma Buss (2000):



A promoção da saúde provê às populações os meios necessários para melhorar sua saúde e exercer maior controle sobre ela. Representa uma estratégia de articulação transversal na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no nosso País (BUSS, 2000, p. 165).

A articulação entre Vigilância Epidemiológica e Promoção da Saúde revela-se fundamental para a construção de sistemas de saúde mais equitativos e eficazes. Enquanto a vigilância oferece o substrato informacional necessário para identificar populações em risco, padrões de adoecimento e efetividade de intervenções, a promoção da saúde provê o arcabouço conceitual e prático para ações que transcendem o setor saúde e alcançam os determinantes estruturais do processo saúde-doença.

O presente artigo insere-se nesse debate, tendo como objetivo analisar as estratégias de Vigilância Epidemiológica e Promoção da Saúde desenvolvidas no contexto brasileiro, com ênfase nas interfaces com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Agenda 2030. Especificamente, busca-se: (a) sistematizar os fundamentos conceituais e normativos da vigilância epidemiológica e da promoção da saúde no Brasil; (b) analisar as principais estratégias programáticas adotadas para prevenção e controle de agravos; (c) identificar avanços, desafios e lacunas; e (d) discutir o papel de organizações da sociedade civil, como cooperativas e associações, na implementação territorial dessas estratégias.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1. Fundamentos Conceituais da Vigilância Epidemiológica

A Vigilância Epidemiológica pode ser compreendida, em sua acepção clássica, como o processo sistemático e contínuo de coleta, análise e interpretação de dados sobre saúde, seguido da disseminação dessas informações para os responsáveis pela prevenção e controle de doenças (WALDMAN, 1991). Essa definição enfatiza o caráter instrumental da vigilância como sistema de informação orientado à ação.

No contexto brasileiro, a definição legal de Vigilância Epidemiológica, constante no artigo 7.º da Lei n.º 8.080/1990, amplia essa concepção ao incluir não apenas doenças, mas qualquer agravamento à saúde individual ou coletiva. Essa ampliação reflete o reconhecimento de que o campo da vigilância deve ser capaz de responder a eventos emergentes, incluindo acidentes, violências, exposições a riscos ambientais e outros agravos não transmissíveis.

A evolução histórica da Vigilância Epidemiológica no Brasil pode ser dividida em três grandes fases. A primeira, que se estende até a década de 1970, é caracterizada pelo modelo campanhista de combate a doenças infecciosas específicas, com ênfase nas ações de erradicação e controle por meio de campanhas verticais. A segunda fase, iniciada com a Reforma Sanitária e consolidada com o SUS, representa a descentralização e a integração da vigilância aos serviços de saúde. A terceira fase, contemporânea, caracteriza-se pela incorporação de novas tecnologias de informação, pela vigilância de doenças não transmissíveis e pela integração com a vigilância ambiental e sanitária (TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 1998).

Souza et al. (2010) apontam que a constituição do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (SNVS), formalizado pela Lei n.º 9.782/1999 e pela Portaria GM/MS n.º 3.252/2009, representou um avanço significativo na organização da vigilância como campo técnico-científico e político-institucional. O SNVS integra a Vigilância Epidemiológica, a Vigilância Sanitária, a Vigilância em Saúde do Trabalhador e a Vigilância Ambiental em uma estrutura articulada, operando em todos os níveis federativos.

2.2. Promoção da Saúde: Marcos Conceituais e Normativos

A Promoção da Saúde consolidou-se como paradigma a partir da I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa (Canadá) em 1986. A Carta de Ottawa, documento resultante dessa conferência, definiu a promoção da saúde como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo (WHO, 1986). Essa definição rompe com a visão restrita da saúde como ausência de doença e incorpora dimensões econômicas, sociais e políticas.

No Brasil, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), instituída pela Portaria n.º 2.446/2014 e revisada pela Portaria n.º 2.446/2018, representa o principal instrumento normativo de operacionalização desse paradigma no âmbito do SUS. A PNPS define a promoção da saúde como um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, caracterizando-se pela articulação e cooperação intra e intersetorial, pela formação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), visando à integralidade do cuidado (BRASIL, 2014).

Entre os eixos temáticos da PNPS destacam-se: alimentação adequada e saudável; práticas corporais e atividade física; enfrentamento do uso do tabaco e seus derivados; enfrentamento do uso abusivo de álcool e outras drogas; mobilidade segura; cultura de paz e direitos humanos; ambientes e territórios saudáveis; e o enfrentamento das vulnerabilidades e o estímulo à participação e ao controle social. Esses eixos revelam a amplitude do campo da promoção da saúde e sua necessária articulação com políticas de outros setores.

Czeresnia e Freitas (2003) analisam as tensões conceituais entre prevenção de doenças e promoção da saúde, argumentando que, enquanto a prevenção opera no campo do risco e da doença individual, a promoção atua sobre os determinantes sociais e coletivos da saúde. Essa distinção, porém, não implica oposição, mas complementaridade: a vigilância epidemiológica, ao identificar fatores de risco e grupos vulneráveis, fornece os insumos necessários para que as ações de promoção sejam direcionadas com maior efetividade.

2.3. Determinantes Sociais e Vigilância em Saúde

A incorporação dos determinantes sociais da saúde (DSS) nos sistemas de vigilância representa uma das principais tendências contemporâneas do campo. A Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde da OMS, em seu relatório final de 2008, demonstrou que as condições em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem são os principais fatores responsáveis pelas iniquidades em saúde (CSDH, 2008).

No Brasil, o relatório da Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS, 2008) evidenciou que as desigualdades socioeconômicas, raciais e de gênero estão na raiz das principais inequidades em saúde observadas no país. Esse reconhecimento impõe à Vigilância Epidemiológica o desafio de incorporar variáveis socioeconômicas, territoriais e populacionais em seus sistemas de informação e análise.

Conforme ressalta Paim e Teixeira (2006):

A vigilância da saúde constitui uma rearticulação de práticas e saberes que transcende o modelo biomédico dominante, propondo a integração das dimensões biológica, social e ecológica no processo de análise e intervenção sobre os problemas de saúde de populações. Implica, portanto, uma mudança de objeto, de método e de organização dos serviços (PAIM; TEIXEIRA, 2006, p. 74).

Essa perspectiva alinha-se aos princípios do ODS 3 (Saúde e Bem-Estar) e do ODS 10 (Redução das Desigualdades), que reconhecem a necessidade de sistemas de saúde universais, equitativos e sensíveis às diferenças sociais. A vigilância epidemiológica orientada por determinantes sociais torna-se, assim, não apenas uma função técnica, mas um instrumento de justiça social.

2.4. Sistemas de Informação em Saúde e Tecnologias de Vigilância

Os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) constituem a espinha dorsal da Vigilância Epidemiológica, provendo os dados necessários para análise de situações de saúde, monitoramento de tendências e avaliação de intervenções. No Brasil, o Ministério da Saúde opera uma rede de sistemas que inclui o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), o Sistema Nacional de Nascimentos (SISNAC) e outros bancos de dados setoriais.

O SINAN, instituído pela Portaria n.º 073/1998 do Ministério da Saúde e reestruturado por legislações subsequentes, é o principal sistema de registro de doenças e agravos de notificação compulsória no Brasil. Ele permite o acompanhamento contínuo da situação epidemiológica das doenças de notificação obrigatória, subsidiando a tomada de decisão em todos os níveis do sistema de saúde (BRASIL, 2007).

As tecnologias digitais e a inteligência artificial têm ampliado significativamente as capacidades dos sistemas de vigilância. A utilização de dados de mídias sociais, registros eletrônicos de saúde, dados de mobilidade populacional e sensoriamento remoto para fins de vigilância epidemiológica denominada frequentemente de "vigilância em tempo real" ou "vigilância de próxima geração" representa uma fronteira importante de inovação no campo (BROWNSTEIN et al., 2009).

No contexto da pandemia de COVID-19, o Brasil experimentou uma aceleração na adoção de ferramentas digitais de vigilância, incluindo plataformas de monitoramento de síndrome gripal, sistemas de georreferenciamento de casos e painéis de informação pública em

tempo quase real. Essa experiência evidenciou tanto o potencial quanto os limites das abordagens tecnológicas, especialmente diante de desigualdades estruturais no acesso às infraestruturas digitais.

3. METODOLOGIA

O presente artigo adota como procedimento metodológico a revisão narrativa da literatura, complementada pela análise documental de políticas públicas, legislação e documentos programáticos. A revisão narrativa caracteriza-se pela análise crítica e síntese de literatura sobre determinado tema, sem a pretensão de esgotar exhaustivamente todas as fontes disponíveis, mas visando construir uma compreensão aprofundada e contextualizada do objeto de estudo (ROTHER, 2007).

A pesquisa bibliográfica foi realizada nas bases de dados PubMed/MEDLINE, Scielo, Lilacs e Google Scholar, utilizando descritores em português e inglês: "vigilância epidemiológica", "promoção da saúde", "prevenção de agravos", "determinantes sociais", "Sistema Único de Saúde", "epidemiological surveillance", "health promotion", "disease prevention", "social determinants". Foram considerados artigos científicos, teses, dissertações e documentos institucionais publicados entre 1986 e 2024.

A análise documental abrangeu legislação federal pertinente ao tema, incluindo a Constituição Federal de 1988, a Lei n.º 8.080/1990 (Lei Orgânica da Saúde), a Lei n.º 8.142/1990, a Lei n.º 9.782/1999, a Portaria GM/MS n.º 3.252/2009 e a Portaria n.º 2.446/2014 (Política Nacional de Promoção da Saúde). Documentos da Organização Mundial da Saúde, da Organização Pan-Americana da Saúde e das

Nações Unidas relacionados à Agenda 2030 e aos ODS também foram incorporados à análise.

O processo analítico foi organizado em torno de cinco eixos temáticos: (1) fundamentos conceituais e normativos da vigilância epidemiológica e da promoção da saúde; (2) estratégias programáticas e instrumentos operacionais; (3) avanços e desafios do sistema brasileiro de vigilância; (4) interfaces com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável; e (5) papel de organizações comunitárias na implementação territorial. A triangulação entre fontes bibliográficas, documentos oficiais e experiências programáticas conferiu consistência interna à análise.

As limitações desta revisão incluem a possibilidade de viés de seleção das fontes, inerente ao método narrativo, e a concentração de publicações em determinados contextos geográficos e populacionais. Reconhece-se, também, que a rapidez das transformações no campo da vigilância em saúde especialmente após a pandemia de COVID-19 pode tornar algumas análises parcialmente desatualizadas no curto prazo.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1. A Vigilância Epidemiológica no SUS: Avanços Estruturais

A trajetória da Vigilância Epidemiológica no Brasil pós-SUS é marcada por avanços estruturais significativos. A criação do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (SNVS) e a progressiva descentralização das ações de vigilância para estados e municípios representaram transformações fundamentais na organização do campo. A Portaria GM/MS n.º 3.252/2009 estabeleceu diretrizes para a execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela

União, Estados, Distrito Federal e Municípios, regulamentando o Bloco de Financiamento de Vigilância em Saúde.

A criação do Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS), em 2006, representou um passo importante na modernização da vigilância epidemiológica brasileira. O CIEVS integra monitoramento de eventos em saúde, inteligência epidemiológica e coordenação de respostas em emergências sanitárias. A experiência brasileira com o CIEVS foi fundamental para as respostas ao Influenza A H1N1 (2009), à dengue, ao Zika e, posteriormente, à COVID-19.

No campo dos sistemas de informação, o Brasil desenvolveu uma infraestrutura de dados em saúde que, apesar de seus problemas de qualidade e completude, é uma das mais robustas da América Latina. Conforme apontam Melo et al. (2018), a integração progressiva dos sistemas de informação com o SINAN como espinha dorsal da vigilância de agravos permitiu avanços expressivos na análise da situação de saúde e na monitorização de tendências epidemiológicas.

O Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQAVS) e o Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS) incluíram indicadores de vigilância entre suas dimensões avaliativas, contribuindo para a responsabilização e melhoria contínua dos serviços. A institucionalização de processos de avaliação em saúde representa um passo importante para a consolidação de uma cultura de gestão baseada em evidências.

4.2. Estratégias de Prevenção e Controle de Agravos Transmissíveis

O Brasil possui uma trajetória rica em estratégias de controle de doenças transmissíveis, com resultados expressivos em campos como a erradicação da poliomielite, a eliminação do sarampo e a redução das taxas de mortalidade infantil por diarreia. O Programa Nacional de Imunizações (PNI), criado em 1973 e reconhecido internacionalmente pela sua abrangência e organização, representa um dos pilares da prevenção primária no país.

Conforme destacam Homma et al. (2011), o PNI apresenta cobertura vacinal historicamente elevada, alcançando consistentemente a meta de 95% para as principais vacinas do calendário básico. Esse desempenho reflete uma combinação de fatores: rede capilarizada de serviços de saúde, política de acesso universal às vacinas, sistemas de informação específicos para monitoramento de cobertura e mobilização social. No entanto, a partir de 2016, observou-se uma tendência de queda nas coberturas vacinais, com reintrodução de doenças previamente controladas, evidenciando a fragilidade dos ganhos conquistados.

No campo das arboviroses dengue, Zika e chikungunya —, o Brasil enfrenta desafios persistentes relacionados à expansão do vetor *Aedes aegypti* em contextos urbanos marcados por precariedade de saneamento e adensamento habitacional. As estratégias de controle vetorial têm sido objeto de constante revisão, incorporando abordagens inovadoras como a técnica do mosquito Wolbachia, desenvolvida pelo Programa Mundial de Mosquitos, que demonstrou eficácia na redução de casos de dengue (RYAN et al., 2020).

A tuberculose permanece como importante problema de saúde pública no Brasil. O Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como

Problema de Saúde Pública, lançado em 2017 em alinhamento com a Estratégia End TB da OMS, estabeleceu metas ambiciosas de redução da incidência e mortalidade. O alcance dessas metas depende criticamente da integração entre vigilância epidemiológica, atenção primária à saúde e ações sobre determinantes sociais como condições de moradia, nutrição e acesso à renda.

4.3. Vigilância e Controle de Doenças e Agravos Não Transmissíveis

As Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT) incluindo doenças cardiovasculares, cânceres, diabetes, doenças respiratórias crônicas, transtornos mentais e causas externas respondem pela maior parte da carga de doença no Brasil contemporâneo. A Vigilância das DANT representa, portanto, uma das fronteiras mais relevantes do campo, demandando a ampliação dos sistemas de informação e das estratégias de monitoramento para além do modelo centrado nas doenças infecciosas.

O Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), conduzido anualmente pelo Ministério da Saúde nas capitais brasileiras, representa um instrumento importante para o monitoramento de fatores de risco como tabagismo, consumo de álcool, sedentarismo, obesidade e alimentação inadequada. Os dados do Vigitel têm subsidiado o planejamento de ações de promoção da saúde e a avaliação de políticas específicas, como a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) e a Política Nacional de Controle do Tabaco.

O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Brasil (2021-2030) estabelece metas específicas de redução de mortalidade prematura, controle de fatores de risco e organização do cuidado. O plano reconhece explicitamente a necessidade de abordagens intersetoriais e a articulação com os ODS, especialmente o ODS 3, que prevê a redução em um terço da mortalidade prematura por doenças não transmissíveis até 2030.

A vigilância de violências e causas externas acidentes de trânsito, violência doméstica, homicídios e suicídios constitui outro campo de crescente relevância. O Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), operado pelo Ministério da Saúde, monitora atendimentos por violências em serviços de urgência e emergência e internações hospitalares por causas externas, fornecendo dados essenciais para o planejamento de ações preventivas intersetoriais.

4.4. Promoção da Saúde Como Estratégia Preventiva

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) representa o principal marco normativo da promoção da saúde no Brasil, articulando conceitos e estratégias que orientam ações em diferentes âmbitos desde o nível federal até o município e o território. A PNPS reconhece que a saúde é produzida e consumida no território, valorizando iniciativas que fortaleçam a autonomia, a participação comunitária e o protagonismo dos sujeitos.

O Programa Academia da Saúde, criado em 2011, exemplifica a operacionalização da promoção da saúde no nível local. Por meio de polos de atividade física e práticas corporais, o programa alcança populações em situação de vulnerabilidade social, promovendo

hábitos saudáveis de forma contextualizada e articulada com outras políticas setoriais. Avaliações do programa indicam impactos positivos na adesão a práticas de atividade física, alimentação saudável e mobilização comunitária (BRASIL, 2011).

Os Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), embora com configuração alterada pelas reformas recentes na atenção primária, representaram uma estratégia de ampliação do escopo das equipes de saúde da família para incorporar profissionais de diferentes áreas nutrição, fisioterapia, psicologia, serviço social, educação física que atuam na interseção entre clínica, saúde coletiva e determinantes sociais.

Carvalho e Gastaldo (2008) analisam criticamente as tensões entre a promoção da saúde como tecnologia de gestão das populações e como prática emancipatória. Os autores argumentam que a promoção da saúde pode assumir diferentes sentidos políticos: ora reproduzindo uma perspectiva individualizante que responsabiliza o sujeito por seu estilo de vida, ora constituindo-se como prática transformadora que interpela as condições estruturais de produção das desigualdades em saúde. Essa tensão está presente nas políticas e programas brasileiros de promoção da saúde e deve ser permanentemente problematizada.

4.5. Emergências de Saúde Pública e Sistemas de Resposta

A experiência brasileira com emergências de saúde pública nas últimas décadas revelou tanto as capacidades quanto as vulnerabilidades do sistema de vigilância. A resposta à epidemia de Zika e à associação com microcefalia (2015-2016) evidenciou a capacidade do sistema de identificar e caracterizar eventos

inusitados, mas também expôs lacunas na integração entre vigilância epidemiológica, assistência à saúde e suporte às famílias afetadas.

A pandemia de COVID-19, que atingiu o Brasil de forma particularmente grave entre 2020 e 2021, submeteu o sistema de vigilância epidemiológica a uma prova de estresse sem precedentes. A experiência revelou avanços importantes como a implementação de protocolos de sequenciamento genômico, a criação de observatórios de análise de dados em tempo real e a ampliação da rede de laboratórios mas também expôs fragilidades estruturais: subnotificação, atrasos no registro de óbitos, desigualdades regionais na capacidade laboratorial e tensões na governança federativa.

O Regulamento Sanitário Internacional (RSI 2005), adotado pela OMS, estabelece um marco jurídico e operacional para a gestão de emergências de saúde pública de importância internacional. O Brasil, como Estado-parte do RSI, comprometeu-se a desenvolver e manter capacidades essenciais de vigilância e resposta. A avaliação periódica dessas capacidades por meio da Avaliação Externa Conjunta (JEE Joint External Evaluation) permite identificar lacunas e priorizar investimentos no fortalecimento dos sistemas de saúde.

A preparação para emergências sanitárias articula-se diretamente com o ODS 3.d, que prevê o fortalecimento da capacidade de todos os países para alerta precoce, redução de riscos e gestão de riscos de saúde nacionais e globais. Nesse sentido, os investimentos em sistemas de vigilância não devem ser percebidos apenas como custo, mas como estratégia essencial de segurança sanitária e desenvolvimento.

4.6. Desigualdades, Territórios e Vigilância em Saúde

A distribuição geográfica desigual das doenças e agravos reflete as profundas desigualdades socioeconômicas e territoriais que marcam a sociedade brasileira. Regiões Norte e Nordeste apresentam indicadores de saúde historicamente mais desfavoráveis, com maiores taxas de mortalidade infantil, prevalência de doenças infecciosas e limitado acesso a serviços especializados. Essa dimensão territorial é central para a compreensão e o planejamento das ações de vigilância epidemiológica.

A análise de situação de saúde (ASIS) constitui uma ferramenta metodológica essencial para o planejamento territorial das ações de vigilância e promoção da saúde. A ASIS integra dados epidemiológicos, demográficos, socioeconômicos e ambientais para produzir diagnósticos situacionais que orientem as escolhas de prioridades e a alocação de recursos (OPAS, 2010).

A questão racial representa uma dimensão crítica das desigualdades em saúde no Brasil. A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), instituída pelo Decreto n.º 4.229/2009, reconhece que a população negra enfrenta desvantagens sistemáticas no acesso aos serviços de saúde e maiores exposições a fatores de risco. A incorporação do quesito raça/cor nos sistemas de informação em saúde é fundamental para a vigilância das iniquidades raciais em saúde.

Conforme destacam Barreto et al. (2011):

A análise das iniquidades em saúde no Brasil revela um padrão consistente de desvantagem para grupos populacionais historicamente excluídos negros, indígenas, populações rurais e periurbanas —, padrão que se reproduz nos indicadores de mortalidade, morbidade, acesso a serviços e qualidade do cuidado. A superação dessas iniquidades exige não apenas a melhoria dos serviços de saúde, mas intervenções estruturais sobre os determinantes sociais (BARRETO et al., 2011, p. 22).

A articulação entre vigilância epidemiológica e equidade em saúde alinha-se aos ODS 10 (Redução das Desigualdades) e ODS 16 (Paz, Justiça e Instituições Eficazes), reconhecendo que a saúde é ao mesmo tempo resultado e condição das estruturas de justiça social.

4.7. ODS e Vigilância em Saúde: Interfaces e Alinhamentos

A Agenda 2030 e seus 17 ODS oferecem um arcabouço normativo e político essencial para orientar as estratégias de vigilância epidemiológica e promoção da saúde. O ODS 3 "Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades" contém metas que dialogam diretamente com as funções da vigilância epidemiológica: redução da mortalidade materna e infantil (metas 3.1 e 3.2), controle de doenças transmissíveis (3.3), redução da mortalidade prematura por DANT (3.4), prevenção do uso nocivo de álcool e drogas (3.5), fortalecimento dos sistemas de saúde (3.8) e capacidade de resposta a emergências (3.d).

O ODS 6 (Água Potável e Saneamento), o ODS 11 (Cidades e Comunidades Sustentáveis) e o ODS 13 (Ação Climática) têm impactos diretos sobre os determinantes ambientais da saúde, que são objeto da vigilância ambiental em saúde. A ausência de saneamento básico, o acesso precário à água potável e as mudanças climáticas representam fatores de risco para doenças diarreicas, leptospirose, malária e outras doenças infecciosas, cuja vigilância é central para a proteção das populações mais vulneráveis.

A integração dos ODS nos planos municipais, estaduais e federais de saúde representa um desafio e uma oportunidade. Quando bem implementados, os ODS funcionam como bússola para o planejamento intersetorial, promovendo a coerência entre políticas de saúde, educação, habitação, saneamento, segurança alimentar e proteção ambiental. Cooperativas e associações locais podem funcionar como agentes catalisadores dessa integração no nível do território, mobilizando recursos e capacidades comunitárias para o cumprimento das metas dos ODS.

4.8. Participação Comunitária, Cooperativas e Associações na Vigilância em Saúde

A participação comunitária é um princípio constitutivo do SUS, consagrado no artigo 198 da Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei n.º 8.142/1990. Os Conselhos e Conferências de Saúde constituem os espaços institucionais de participação popular na gestão do SUS, mas a vigilância epidemiológica e a promoção da saúde demandam formas de participação que transcendem os espaços formais de representação.

As Comissões Intersetoriais de Saúde, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e as Equipes de Saúde da Família representam pontes entre o sistema de saúde e as comunidades. Os ACS, em particular, têm um papel estratégico na vigilância epidemiológica de base territorial, realizando busca ativa de casos, identificação de riscos ambientais e mobilização comunitária para ações de prevenção.

Cooperativas e associações comunitárias representam atores estratégicos para a implementação de ações de vigilância em saúde e promoção da saúde no nível local. Sua presença territorial, sua capacidade de mobilização comunitária e seu potencial de acesso a fomentos públicos e privados fazem dessas organizações parceiros naturais dos sistemas de saúde. Experiências de cooperativas de agricultores familiares que integram vigilância de agravos ocupacionais e promoção de alimentação saudável, de associações de moradores que participam de ações de controle vetorial e de organizações indígenas que desenvolvem sistemas próprios de vigilância em saúde revelam a diversidade e o potencial dessa articulação.

A captação de fomentos pelo projetismo especializado como o exercido por profissionais que trabalham com cooperativas e associações pode ser orientada para financiar projetos que integrem vigilância epidemiológica comunitária, promoção da saúde, educação em saúde e fortalecimento de lideranças locais. Fontes como o Fundo Nacional de Saúde, o Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE), editais de agências de fomento como o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), além de fundações

internacionais, constituem oportunidades relevantes de financiamento.

4.9. Desafios Contemporâneos e Perspectivas

Apesar dos avanços conquistados, o sistema de vigilância epidemiológica e as estratégias de promoção da saúde no Brasil enfrentam desafios estruturais que limitam sua efetividade. Entre os principais desafios, destacam-se: (1) a fragmentação dos sistemas de informação e as dificuldades de interoperabilidade; (2) as desigualdades regionais na capacidade técnica e operacional das equipes de vigilância; (3) o subfinanciamento histórico das ações de vigilância, especialmente no nível municipal; (4) a dificuldade de integração entre vigilância epidemiológica e atenção à saúde; e (5) a persistência de uma cultura organizacional que valoriza a resposta em detrimento da prevenção.

A pandemia de COVID-19 evidenciou, de forma dramática, o custo humano e econômico do subinvestimento em sistemas de saúde pública e vigilância epidemiológica. A preparação adequada para emergências sanitárias que requer investimentos contínuos em capacidades laboratoriais, formação de recursos humanos, sistemas de informação e comunicação de risco não é custo, mas investimento em segurança sanitária e desenvolvimento sustentável.

As perspectivas para o campo apontam para a necessidade de reformas que fortaleçam a integração entre vigilância e atenção, ampliem a incorporação de determinantes sociais nos sistemas de monitoramento, invistam em tecnologias digitais acessíveis e equitativas, e reconheçam o papel insubstituível das comunidades

na produção de saúde. A consolidação de um sistema de vigilância epidemiológica verdadeiramente universal, equitativo e efetivo é condição indispensável para o cumprimento dos ODS e para a construção de uma sociedade mais justa e saudável.

5. CONCLUSÃO

A Vigilância Epidemiológica e a Promoção da Saúde constituem dimensões complementares e indissociáveis de sistemas de saúde orientados para a equidade e a integralidade. A análise desenvolvida neste artigo evidencia que o Brasil avançou significativamente na estruturação de seu sistema de vigilância e na formulação de políticas de promoção da saúde, mas enfrenta desafios persistentes que comprometem a efetividade e a equidade dessas estratégias.

Os avanços são inegáveis: a criação do SNVS e do CIEVS, o desenvolvimento de uma rede robusta de sistemas de informação em saúde, a implementação de políticas nacionais de promoção da saúde e de controle de agravos, e a progressiva descentralização das ações de vigilância representam conquistas relevantes que consolidaram o campo institucional da saúde pública brasileira.

No entanto, as lacunas são também expressivas. A fragmentação dos sistemas de informação, as desigualdades regionais na capacidade de vigilância, o subfinanciamento das ações preventivas, a dificuldade de integração com os determinantes sociais da saúde e a fragilidade dos mecanismos de participação comunitária na vigilância configuram um conjunto de desafios que demandam respostas sistêmicas e sustentadas.

A articulação entre as estratégias de vigilância epidemiológica e promoção da saúde com os Objetivos de Desenvolvimento

Sustentável especialmente o ODS 3, o ODS 6, o ODS 10 e o ODS 13 oferece um horizonte normativo valioso para orientar reformas e investimentos. O cumprimento das metas dos ODS na área da saúde requer não apenas melhorias nos serviços de saúde, mas intervenções sobre os determinantes estruturais das desigualdades.

Finalmente, o papel de cooperativas e associações como parceiros estratégicos na implementação territorial das ações de vigilância e promoção da saúde merece reconhecimento e valorização. Essas organizações possuem capacidade única de mediação entre sistemas formais de saúde e comunidades, de mobilização de saberes e práticas locais, e de captação de recursos para projetos que integrem desenvolvimento, sustentabilidade e saúde. O projetismo especializado que orienta o acesso a fomentos pode ser um instrumento poderoso de fortalecimento dessa articulação, desde que guiado por princípios de equidade, participação e compromisso com os ODS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARRETO, M. L. et al. Successes and failures in the control of infectious diseases in Brazil: Social and environmental context, policies, interventions, and research needs. *Lancet*, v. 377, n. 9780, p. 1877-1889, 2011.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Lei n.º 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. *Diário Oficial da União*, Brasília, 20 set. 1990.

BRASIL. Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 31 dez. 1990.

BRASIL. Lei n.º 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. Diário Oficial da União, Brasília, 27 jan. 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro. Brasília: MS, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas e agravos não transmissíveis no Brasil 2021-2030. Brasília: MS, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS. Brasília: MS, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.º 3.252, de 22 de dezembro de 2009. Aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios. Brasília: MS, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 073, de 9 de março de 1998. Aprova o regulamento técnico que dispõe sobre as diretrizes gerais para funcionamento de serviços de atenção ao idoso no Brasil. Brasília: MS, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2.446, de 11 de novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Brasília: MS, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Academia da Saúde: caderno técnico de referência. Brasília: MS, 2011.

BROWNSTEIN, J. S. et al. Surveillance Sans Frontières: Internet-based emerging infectious disease intelligence and the HealthMap project. PLoS Medicine, v. 5, n. 7, p. e151, 2009.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. Ciência & Saúde Coletiva, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

CARVALHO, S. R.; GASTALDO, D. Promoção à saúde e empoderamento: Uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. Ciência & Saúde Coletiva, v. 13, n. sup. 2, p. 2029-2040, 2008.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE (CNDSS). As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil: Relatório final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

COMMISSION ON SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH (CSDH). Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: WHO, 2008.

CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (org.). Promoção da saúde: Conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

HOMMA, A. et al. Atualização em vacinas, imunobiológicos e vacinação. Anais da Academia Brasileira de Ciências, v. 83, n. 4, p. 1323-1352, 2011.

MELO, E. A. et al. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: Entre retrocessos e desafios. Saúde em Debate, v. 42, n. esp. 1, p. 38-51, 2018.

OPAS ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. A saúde no Brasil: Análise de situação de saúde e indicadores selecionados. Brasília: OPAS, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Regulamento Sanitário Internacional (2005). 3. ed. Geneva: OMS, 2016.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: Problemas e desafios. Ciência & Saúde Coletiva, v. 11, n. sup., p. 1819-1829, 2006.

ROTHER, E. T. Revisão sistemática X revisão narrativa. Acta Paulista de Enfermagem, v. 20, n. 2, p. v-vi, 2007.

RYAN, P. A. et al. Establishment of wMel Wolbachia in Aedes aegypti mosquitoes and reduction of local dengue transmission in Cairns and surrounding Townsville, Australia. Gates Open Research, v. 3, p. 1547, 2020.

SOUZA, M. F. M. et al. Vigilância em saúde no Brasil: Os muitos desafios para frente. Ciência & Saúde Coletiva, v. 15, n. 5, p. 2526-2534, 2010.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBÔAS, A. L. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. IESUS, v. 7, n. 2, p. 7-28, 1998.

WALDMAN, E. A. Vigilância Epidemiológica como prática de saúde pública. 1991. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1991.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). The Ottawa Charter for Health Promotion. Geneva: WHO, 1986. Disponível em: <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>. Acesso em: 10 mar. 2024.

¹ Especialização em Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais Faculdade Unibf. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#).

² Doutorando em Biodiversidade e Biotecnologia pela BIONORTE. Boa Vista/Roraima/Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0009-0006-9003-773X>

³ Especialista Enfermagem Neonatal. Universidade Estadual de Santa Cruz – UESC. Ilhéus/Bahia/Brasil. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8929-9472>

⁴ Doutorado em Educação. Universidade Católica de Petrópolis – UCP. Pitapetinga/Minas Gerais/Brasil. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5634-4724>

⁵ Maior Titulação: Doutorado em Enfermagem. Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ. Bom Jesus do Norte/Espírito Santo/Brasil.

E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

⁶ Mestrando em Gestão de Cuidados da Saúde. Must University. Santa Helena/Paraná/Brasil. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#).

⁷ Especialização em Saúde Coletiva pela UniBF. Boa Vista/Roraima/Brasil. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-0524-6638>