



Vigilância epidemiológica no âmbito hospitalar: instrumentos legais publicados no Brasil nas últimas cinco décadas

Epidemiological surveillance in the hospital environment: legal instruments published in Brazil in the last five decades

Vigilancia epidemiológica en el ambiente hospitalario: instrumentos legales publicados en Brasil en las últimas cinco décadas

Rodrigo Faria Dornelas¹, Ana Luiza Lima Sousa¹, Ana Carolina Figueiredo Modesto¹, Sergiane Bisinoto Alves¹, Patricia Silva Nunes², Tamiris Augusto Marinho².

RESUMO

Objetivo: Verificar, por meio da literatura legal de âmbito federal, os elementos para a estruturação da Vigilância Epidemiológica Hospitalar. **Métodos:** Análise das disposições legais promulgadas no Sistema de Legislação em Saúde - Saúde Legis, aplicando o descritor: "vigilância epidemiológica". Para o descritor selecionado, foram pesquisados todos os tipos de dispositivos normativos, cuja promulgação ocorreu entre 01 de janeiro de 1970 a 31 de dezembro de 2021. As publicações que atenderam aos critérios estabelecidos foram categorizadas em cinco grupos distintos. Sendo o Grupo I e II os objetos do estudo., a saber: Grupo I: criação e estruturação da vigilância epidemiológica hospitalar; Grupo II: recursos financeiros no âmbito da vigilância epidemiológica hospitalar. **Resultados:** Foram encontrados 204 resultados, dos quais 172 foram selecionados para análise e incluído 80 normativas. As normas no Âmbito da Vigilância Epidemiológica Hospitalar estiveram presentes no período de 2004 a 2021, apresentando maior volume de publicações entre os anos de 2004 e 2010, com um total de 69 (86,3%) publicações nos Grupos I e II. **Conclusão:** A regulação para as atividades de vigilância epidemiológica hospitalar é algo recente no campo da saúde pública brasileira, e tratam de forma mais direta da criação, estruturação e atuação dos profissionais.

Palavras-chave: Unidades hospitalares, Epidemiologia, Revisão.

ABSTRACT

Objective: To verify, through the legal literature at the federal level, the elements for structuring Hospital Epidemiological Surveillance. **Methods:** Review of the legal provisions enacted in the Health Legislation System - Saúde Legis, applying the descriptor: "epidemiological surveillance". For the selected descriptor, all types of normative devices were searched, whose promulgation occurred between January 1, 1970 and December 31, 2021. The publications that met the established criteria were categorized into five distinct groups. Groups I and II were the objects of the study, namely: Group I: creation and structuring of hospital

¹ Universidade Federal de Goiás (UFG), Goiânia - GO.

² Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás (IFG), Goiânia - GO.

epidemiological surveillance; Group II: financial resources in the scope of hospital epidemiological surveillance. **Results:** 204 results were found, of which 172 were selected for analysis, including 80 regulations. The regulations in the field of Hospital Epidemiological Surveillance were present from 2004 to 2021, with a higher volume of publications between the years 2004 and 2010, totaling 69 (86.3%) publications in Groups I and II. **Conclusion:** Regulation for hospital epidemiological surveillance activities is a recent development in the field of Brazilian public health, focusing more directly on the creation, structuring, and performance of professionals.

Keywords: Hospital units, Epidemiology, Review.

RESUMEN

Objetivo: Verificar, a través de la literatura jurídica federal, los elementos para estructurar la Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria. **Métodos:** Revisión de las disposiciones legales promulgadas en el Sistema de Legislación en Salud - Health Legis, aplicando el descriptor: "vigilancia epidemiológica". Se investigaron todo tipo de dispositivos normativos, cuya promulgación ocurrió entre el 1 de enero de 1970 y el 31 de diciembre de 2021. Las publicaciones que cumplieron con los criterios establecidos fueron categorizadas en cinco grupos distintos. Los Grupos I y II fueron los objetos de estudio, a saber: Grupo I: creación y estructuración de la vigilancia epidemiológica hospitalaria; Grupo II: recursos financieros en el ámbito de la vigilancia epidemiológica hospitalaria. **Resultados:** Se encontraron 204 resultados, de los cuales 172 fueron seleccionados para el análisis, incluyendo 80 normativas. Las normas en el ámbito de la Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria estuvieron presentes desde 2004 hasta 2021, con un mayor volumen de publicaciones entre los años 2004 y 2010, totalizando 69 (86.3%) publicaciones. **Conclusión:** La regulación de las actividades de vigilancia epidemiológica hospitalaria es algo reciente en el campo de la salud pública brasileña, abordando de manera más directa la creación, estructuración y desempeño de los profesionales.

Palabras clave: Unidades hospitalarias, Epidemiología, Revisión.

INTRODUÇÃO

A Vigilância Epidemiológica (VE), instituída pela Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975, é um dos principais componentes da vigilância em saúde, sendo um instrumento fundamental para a gestão em saúde, utilizada como base para o planejamento, organização e operacionalização dos serviços de saúde (BRASIL, 1975; DANTAS DI, et al., 2014). A VE tem por finalidade coletar dados, monitorar e analisar a distribuição e incidência de doenças transmissíveis ou não, e de agravos na população, para proposição de medidas efetivas para redução e controle dessas (PICOLLI T, 2015).

A ampliação do escopo das ações de VE para o nível hospitalar teve início a partir da prerrogativa legal, Portaria nº 2.529, de 23 de novembro de 2004, que instituiu o Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em âmbito hospitalar e, assim, abriu caminho para a implantação dos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia (BRASIL, 2004). Os NHE, como unidades operacionais da VEH, devem obedecer às instruções normativas e toda regulação publicada. A regulação padroniza as atividades dos núcleos e permite que todas as atividades sejam registradas de forma sistematizada. A plena atuação dos NHE contribui para a segurança dos pacientes, a qualidade da assistência e a contenção da disseminação de doenças infecciosas nos hospitais (BRASIL, 2021).

Para conhecer este arcabouço regulatório foi necessário empreender um esforço que perdurou por alguns meses, na busca, identificação e organização do conjunto de normas que orienta e direciona a criação dos NHE. A revelação da gênese desses núcleos pode auxiliar na gestão e operacionalização de suas ações, dando a conhecer suas faces e interfaces. Diante disso, o objetivo do presente estudo, foi verificar, por meio de uma revisão da literatura legal de âmbito federal a trajetória histórica de criação e consolidação da VEH no Brasil no período de 1970 a 2021.

MÉTODOS

Estudo sobre as disposições legais promulgadas no âmbito federal (criação da VE), especificamente no contexto do SUS, abrangendo o período de 1970 a 2021. Definimos o início da década de 1970 por ser o período em que teve início a criação nas normativas legais no âmbito da VE. A plataforma de busca pertinente a essa pesquisa o Sistema de Legislação em Saúde - Saúde Legis, um portal *online* voltado à publicação de legislações que englobam atos normativos relacionados à saúde no âmbito federal brasileiro desde o ano de 1947 (BRASIL, 2024).

Vale destacar que essa plataforma tem como sua principal fonte de informação o Diário Oficial da União e os Boletins de Serviços do Ministério da Saúde, dispondo de uma gama de normas publicadas, incluindo decretos, portarias, leis, súmulas, notas técnicas, entre outras categorias normativas. Na formulação da estratégia de busca, o descritor "vigilância epidemiológica" foi empregado como meio de examinar de forma sensível todas as disposições legais publicadas. Assim estabelecemos um filtro de modo que pudéssemos detectar as disposições que apresentavam conexão com a vigilância epidemiológica hospitalar categorizadas nos grupos I e II a seguir.

Com o intuito de conduzir a coleta sistematizada dos dados, elaborou-se uma planilha englobando informações acerca do tipo de norma, sua procedência, ano de publicação e ementa. No processo de seleção das normas, procedeu-se à leitura da ementa correspondente, e, na ocorrência de incertezas sobre sua elegibilidade, realizou-se a análise dos termos de indexação. Dois pesquisadores examinaram de maneira independente as ementas e os termos de indexação, e em situações de divergência, procedeu-se à leitura conjunta do texto completo visando o consenso.

Foram examinados todos os documentos legais que atendiam ao critério de inclusão, a saber: normativas que ofereciam subsídios para a criação e estruturação da Vigilância Epidemiológica Hospitalar. Foram excluídos documentos que não continham requisitos fundamentais para a estruturação da Vigilância Epidemiológica Hospitalar, tais como prorrogações de prazos, delegações de competências a servidores, designação de funções públicas, homologações de dados, e outras disposições similares.

As publicações que atenderam aos critérios estabelecidos foram categorizadas em cinco grupos distintos, a saber:

Grupo I: criação e estruturação da vigilância epidemiológica hospitalar;

Grupo II: recursos financeiros no âmbito da vigilância epidemiológica hospitalar;

Grupo III: doenças, agravos e eventos em saúde pública;

Grupo IV: vigilância epidemiológica em outras áreas;

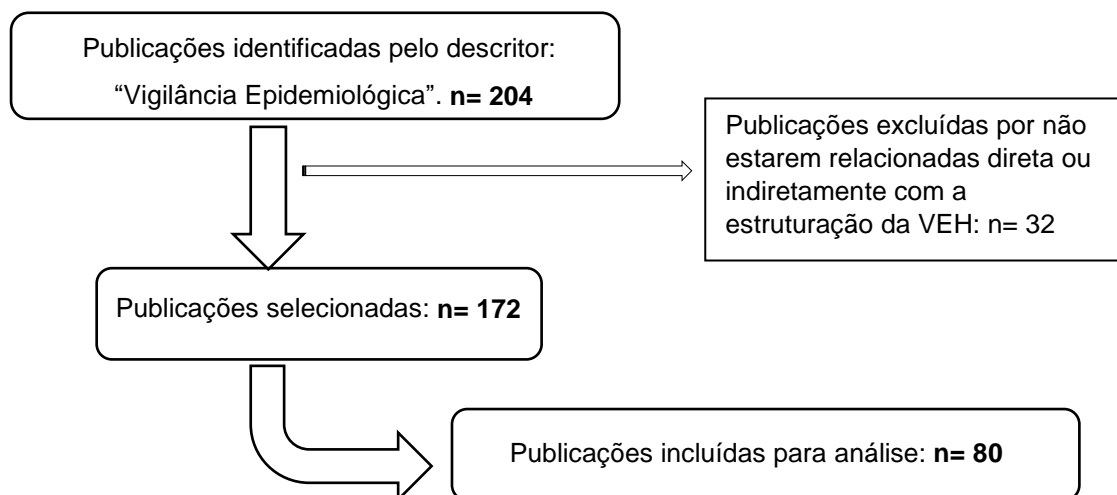
Grupo V: rede laboratorial nas ações de vigilância epidemiológica.

Considerando a natureza desta investigação, a qual se baseou em fonte pública de informações, não se fez necessária a apreciação por um Comitê de Ética e Pesquisa. Para atendimento ao objeto do estudo iremos focar no grupo I e II. Os outros grupos (III, IV e V) apesar de não fazerem parte da temática do estudo foram categorizados e apresentados na Tabela 1 para explanação do processo da VEH como parte estruturante da VE.

RESULTADOS

Foram identificados 204 resultados, dos quais 32 foram descartados devido à sua incompatibilidade com o tema da pesquisa, não apresentando a capacidade de influenciar, direta ou indiretamente, a configuração da Vigilância Epidemiológica Hospitalar. Ao término desse processo, um total de 172 normativas foi submetido à análise, sendo que em conformidade com os critérios de inclusão estabelecidos no objetivo do estudo foram incluídos 80 normativas (**Figura 1**).

Figura 1 - Diagrama de triagem das publicações no Sistema de Legislação da Saúde.



Fonte: Dornelas RF e Sousa AL, 2024. Dados do Sistema de Legislação em Saúde - Saúde Legis, 2022.

No conjunto das normas selecionadas (n=172), verificou-se 154 (89,5%) delas pertenciam à categoria de portarias, 05 (2,9%) eram classificadas como portarias conjuntas, 04 (2,3%) enquadravam-se como instruções normativas, 04 (2,3%) eram resoluções da diretoria colegiada, 02 (1,2%) eram resoluções simples, 01 (0,6%) correspondeu a uma consulta pública, 01 (0,6%) era uma Lei Federal, e 01 (0,6%) era classificada como portaria interministerial.

Em relação à fonte dessas normas, 122 (71,0%) delas foram emitidas pelo Gabinete Ministerial, enquanto as 50 restantes (29,0%) foram distribuídas entre diferentes setores da esfera federal, tais como a Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Fundação Nacional de Saúde, Conselho Nacional de Saúde e Agência Nacional de Vigilância Sanitária. No que concerne aos grupos temáticos estabelecidos no estudo, foram identificados nos grupos I e II, um total de 80 (46,5%) das normas encontradas (**Tabela 1**).

Tabela 1 - Disposição das publicações com base no ano de publicação, grupos temáticos e conteúdo no período de 1974–2021. Brasil, 2022.

Características	Grupos					Total (%)
	I	II	III	IV	V	
1974	-	-	1	1	-	02 (1,2)
1975	-	-	-	1	-	01 (0,6)
1977	-	-	-	-	1	01 (0,6)
1978	-	-	1	-	-	01 (0,6)
1987	-	-	2	-	-	02 (1,2)
1993	-	-	1	-	1	02 (1,2)
1995	-	-	1	-	-	01 (0,6)
1996	-	-	1	-	1	02 (1,2)
1998	-	-	2	5	-	07 (4,1)
1999	-	-	-	4	-	04 (2,3)
2000	-	-	3	2	-	05 (2,9)
2001	-	-	-	1	-	01 (0,6)
2002	-	-	3	2	1	06 (3,5)
2003	-	-	3	5	-	08 (4,7)
Ano						
2004	03	-	03	02	03	11 (6,4)
2005	03	23	-	06	-	32 (18,6)
2006	-	20	-	02	-	22 (12,8)

2007	-	11	02	02	-	15 (8,7)
2008	-	02	-	06	01	09 (5,2)
2009	1	3	1	-	-	05 (2,9)
2010	2	1	1	-	-	04 (2,3)
2011	-	1	2	-	1	04 (2,3)
2012	-	-	9	-	-	09 (5,2)
2013	-	-	1	-	-	01 (0,6)
2014	-	1	-	-	-	01 (0,6)
2016	-	2	-	-	-	02 (1,2)
2017	-	3	-	-	-	03 (1,7)
2018	-	1	4	-	-	05 (2,9)
2019	-	1	-	1	-	02 (1,2)
2020	-	-	1	-	-	01 (0,6)
2021	2	-	-	1	-	03 (1,7)
Origem						
MS*/GM**	05	69	28	17	03	122 (70,9)
MS*/Outro	06	-	14	24	06	50 (29,1)
Total (%)	11 (6,4)	69 (40,1)	42 (24,4)	41 (23,8)	9 (5,2)	172 (100%)

Fonte: Dornelas RF e Sousa AL, 2024. Dados do Sistema de Legislação em Saúde - Saúde Legis, 2022.

No que se refere ao conteúdo tratado em cada grupo, as publicações faziam menção a:

Grupo I: consulta pública, instituição e regulamentação do Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar (SNVEH); Comitê Técnico Assessor do SNVEH; Instituição da Vigilância Epidemiológica Hospitalar (VEH) e Rede Nacional de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (Renaveh); Autorizações de Internação Hospitalar e Desabilitação de hospitais;

Grupo II: Autorizações de repasse financeiro; alteração de credenciamento de estabelecimento de estado;

Grupo III: meningite; tétano; cólera; reações adversas a alimentos; dengue e febre amarela; óbito materno; doenças transmitidas por alimentos; HIV/Aids em indivíduos adultos e menores de 13 anos de idade; hepatites virais; febre do Nilo Ocidental; síndrome respiratória aguda grave; tuberculose; hanseníase, tracoma, esquistossomose e geohelmintíases; surtos; malária; influenza; sarampo; Covid-19;

Grupo IV: organização das ações de vigilância epidemiológica e Programa Nacional de Imunizações, aprovação da Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS; elaboração da gestão do projeto e Sistema Nacional de Vigilância em Saúde – VIGISUS; normas relativas à notificação compulsória de doenças; comissões interinstitucionais de epidemiologia; projeto de resolução de terminologia de vigilância epidemiológica entre os países do Mercosul; regulamentação da NOB SUS 01/96; consolidação do teto financeiro da epidemiologia; aprovação de regulamentos técnicos; aprovação da descentralização de dotações orçamentárias e recursos financeiros; instituição da rede de vigilância, alerta e resposta às emergências em saúde pública do SUS; regulamenta as atividades da vigilância epidemiológica; instituição da rede de vigilância, alerta e resposta às emergências em saúde pública do SUS (Rede VIGIAR-SUS).

Grupo V: instituição do Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública; inclusão do laboratório do Exército como participante do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica; relação de órgãos/entidades para integrar a Rede Nacional de Laboratórios de Vigilância Epidemiológica; organização do Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública; estabelece os critérios e a sistemática para habilitação de laboratórios de referência; habilitação de laboratórios.

Figura 2 - Linha do tempo da Vigilância Epidemiológica Hospitalar.



Fonte: Dornelas RF e Sousa AL, 2024. Dados do Sistema de Legislação em Saúde - Saúde Legis, 2022.

As normas no Âmbito da Vigilância Epidemiológica Hospitalar (Grupo I e II) estiveram presentes no período de 2004 a 2021 (n= 80, 100,0%), apresentando maior fluxo de publicações entre os anos de 2004 e 2010 (n= 69, 86,3%) no estudo (**Tabela 1 e Figura 2**). Conforme verificado na **Tabela 1**, a primeira citação de uma norma legal mencionando a Vigilância Epidemiológica Hospitalar ocorreu 30 anos após a primeira publicação normativa (1974) referente a VE.

DISCUSSÃO

A quantidade de legislações promulgadas durante o período analisado evidencia a constante atenção da administração pública de saúde a nível federal, no que diz respeito à estruturação da Vigilância Epidemiológica Hospitalar nas últimas duas décadas. O movimento que se percebe com o volume de aparatos legais voltados para a criação e estruturação dos NHE traduz o crescimento da vigilância epidemiológica, de forma orgânica em todo o sistema de saúde.

As estratégias e o estabelecimento de repasses financeiros encontrados nos Grupos I e II refletem esse movimento nacional para aprimorar a estruturação dos serviços e elevar a qualidade das ações no domínio da Vigilância Epidemiológica Hospitalar (BRASIL, 2021).

Em 2010, por meio da Portaria MS/GM nº 2.254, de 05 de agosto de 2010, revogando a Portaria nº 2.529 de 2004, foi instituída dentro do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (SNVS) a Vigilância Epidemiológica Hospitalar (VEH), já com uma rede inicial de 190 hospitais. O objetivo consistia em expandir as funções da VE para melhorar a vigilância em saúde a partir da visão hospitalar, com elementos já inerentes da VE que incluem atividades de coleta, análise, interpretação e divulgação das informações sobre problemas de saúde (BRASIL, 2010; DANTAS DI, et al., 2014).

Esta regulação norteou a forma de operacionalizar a VE dentro do cenário hospitalar. E, como estratégia para execução das atividades de VEH, o Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em âmbito hospitalar (BRASIL, 2010), integrado ao Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, definiu os Núcleos Hospitalares de Epidemiologia (NHE) como as unidades operacionais responsáveis pelo desenvolvimento das atividades de vigilância epidemiológica intra-hospitalar (BRASIL, 2010), facilitando o alcance dos objetivos previstos pela VEH (SÃO PAULO, 2007; GABROIS V, et al., 1995).

Atualmente, existem no Brasil 238 NHE distribuídos nas cinco regiões do país, categorizados em níveis crescentes em complexidade – níveis I a III. São considerados Núcleos Hospitalares de Epidemiologia de Nível I aqueles inseridos em hospitais regionais, com unidade de emergência e Unidade de Terapia Intensiva (UTI); hospitais de fronteira internacional com, no mínimo, 50 leitos; ou hospitais gerais ou pediátricos, universitários ou de ensino, com, no mínimo, 100 leitos.

Nível II aqueles inseridos em Hospital Geral ou Pediátrico, Universitário ou de Ensino com mais de 100 (cem) e menos de 250 (duzentos e cinquenta) leitos; ou Hospital Geral ou Pediátrico com mais de 100 (cem) e até 250 (duzentos e cinquenta) leitos, com Unidade de Emergência e leitos de Terapia Intensiva; ou Hospital especializado em Doenças Infecciosas com menos de 100 (cem) leitos. Nível III são aqueles Hospital Especializado em Doenças Infecciosas, Universitário ou de Ensino com mais de 100 (cem) leitos; ou Hospital Geral, Universitário ou de Ensino com mais de 250 (duzentos e cinquenta) leitos, com Unidade de Emergência e leitos de Terapia Intensiva (BRASIL, 2010, 2021).

A estruturação de um NHE de acordo com as normativas exige a presença de profissionais devidamente capacitados e em número adequado ao volume de trabalho. Estudo realizado na década de 2010, na cidade de Natal - RN considerou que a VE em âmbito hospitalar era um campo de atuação profissional recente, instituído em 2004, e que embora a maioria dos enfermeiros tivessem conhecimento teórico sobre as ações de VE, principalmente a notificação, a prática efetiva de notificar as DNC não ocorria conforme o esperado.

Questões de comunicação interna e externa aos núcleos fragmentam as informações e dificultam o seu fluxo. Outra dificuldade apontada nesse estudo foi que, embora esteja explicitado de forma clara nas

normativas a necessidade de profissionais com preparo técnico específico, bem como o quantitativo de pessoas que devem estar envolvidas na estruturação de um NHE, o que se observou foi recursos humanos insuficiente, com equipes de trabalho sobrecarregadas e sem a devida capacitação (MATIAS ACM, 2010).

As fragilidades que envolvem os recursos humanos também foram identificadas em outro estudo no mesmo período, desenvolvido em uma unidade hospitalar no município de Natal – RN, que observou que uma das maiores dificuldades para operacionalização das atividades dos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia é a deficiência de recurso humano qualificado na área (RIBEIRO LM, 2010).

Toda a parte de financiamento das ações dos NHE são reguladas, conforme pode ser identificado pela legislação. Com relação ao Grupo II, os incentivos financeiros de custeio referente às ações e serviços públicos estratégicos de vigilância epidemiológica hospitalar. A Portaria estabelece o Fator de Incentivo para Hospitais de Referência do Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar (FIVEH) dentro da Rede do Sistema Único de Saúde (SUS). O Fator de Incentivo, transferido mensalmente do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estadual ou Municipal de Saúde, varia conforme o nível do hospital.

Nos dois primeiros meses, o incentivo é pago em dobro para apoiar as despesas de implantação da atividade. A continuidade do repasse está condicionada à regularidade do cumprimento das obrigações pelo NHE, e unidades que não atendam a essas obrigações podem perder sua condição de Hospital de Referência. Estabelecimentos hospitalares que não prestam serviços ao SUS, mas atendem aos critérios definidos na

Portaria, podem integrar a Rede, mas não recebem o Fator de Incentivo. O processo de seleção e classificação das unidades para integrar a Rede é realizado pela Secretaria Estadual de Saúde, com aprovação da Comissão Intergestores Bipartite, e eventuais divergências são levadas à decisão da Comissão Intergestores Tripartite (BRASIL, 2004).

A normativa mais recente relacionada à VE instituiu a Rede Nacional de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (Renaveh) (Portaria Ministerial Nº 1.694/2021), estabelecendo diretrizes fundamentais para o funcionamento dos NHE. Este pode ser considerado um avanço ao fortalecer o trabalho em rede e a incorporação, cada vez mais necessária, das tecnologias da informação e da comunicação na operacionalização das ações dos NHE.

Destaca a necessidade de instalações físicas adequadas, com computadores conectados em rede (internet e uso de plataformas para comunicações e registros. Essa infraestrutura é crucial para viabilizar a utilização de programas e dos Sistemas de Informação e Saúde (SIS) nacionais, indicando uma abordagem tecnológica para a coleta e análise de dados epidemiológicos nos hospitais vinculados à Renaveh (BRASIL, 2021).

A mediação das tecnologias da informação e comunicação viabilizam que o trabalho da VE possa ser executado em rede, de uma forma impossível de ser realizada há três décadas. (BENDER JD, et al., 2024; UCHIDA TH, et al., 2020). E o trabalho em rede, o uso de tecnologias e a capacitação de recursos humanos demandam aporte financeiro. Além disso, deve ser considerado que a vigilância só se completa ao comunicar e retroalimentar o sistema, produzindo conhecimento para nortear o planejamento e a gestão. Portanto, na estruturação de um NHE, dentro da Renaveh, o financiamento deve ser considerado essencial e mais do que um incentivo.

Com relação aos critérios para a composição da equipe nos NHE, os profissionais devem possuir formação superior ou intermediária (nível técnico) e preferencialmente ter conhecimentos e experiência em vigilância epidemiológica. Recomenda-se ainda que a equipe seja multidisciplinar, dimensionada e estruturada para cumprir integralmente as atividades inerentes à sua função. (BRASIL, 2021).

Diante da complexidade da vigilância epidemiológica hospitalar e dos seus múltiplos objetivos, a interdisciplinaridade, deve ser desejada, e assumida como necessária; entendendo a interdisciplinaridade como a interação e cooperação entre os distintos saberes. (MAIA GC, 2020). Os profissionais devem ser designados pelo gestor do hospital em articulação com o responsável pela Renaveh nos âmbitos estadual e

municipal. Além disso, destaca-se que o responsável pelo NHE deve ser, preferencialmente, um profissional de saúde de nível superior com experiência em vigilância em saúde. Essa preferência ressalta a importância de uma liderança qualificada e experiente para supervisionar as atividades de vigilância epidemiológica hospitalar (BRASIL, 2021). A qualificação e capacitação da equipe deve ser de forma continuada e permanente, uma vez que as ações demandam atualização do conhecimento constantemente. (CAVALCANTI FD e GUIZARDI FL, 2018).

A regulação legal sobre as ações da VE no Brasil vem sendo atualizadas ao longo dos últimos 50 anos, a contar da data de sua instituição em 1975 (Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975) e as ações de VE no âmbito hospitalar é ainda mais recente, contando 20 anos desde a portaria que estabeleceu a criação dos NHE, chegando até a criação da Renaveh em 2021.

Este arcabouço legal tem sido construído de forma a dar robustez para o sistema de vigilância em saúde, dentro de um cenário de um país continental, com tantas diferenças regionais, sejam elas de desenvolvimento socioeconômico ou culturais, mas com um Sistema Único de Saúde. Dessa forma, as portarias proporcionam um arcabouço normativo que visa assegurar a infraestrutura necessária, a composição qualificada da equipe e uma liderança experiente nos NHE.

As diversas diretrizes normativas promulgadas ao longo do período de pesquisa, os grupos temáticos abordados e, adicionalmente, a instabilidade no cenário epidemiológico com ocorrência de doenças infecciosas alarmantes e sem precedentes, revelam a necessidade de estudos na temática em questão, como forma de ampliar o conhecimento sobre estruturação da VEH em ambientes hospitalares nos mais variados contextos epidemiológicos.

É importante destacar que o Saúde Legis não engloba a totalidade dos dispositivos legais publicados no contexto da Vigilância Epidemiológica Hospitalar em âmbito nacional. Isso ocorre em virtude da autonomia concedida aos estados e municípios brasileiros para promulgarem regulamentações destinadas à organização das atividades relacionadas à VEH em seus territórios.

O presente estudo contribui para visualização de forma sistematizada dos caminhos para instrumentalizar a criação e estruturação da VEH no país. Todo o esforço foi para documentar os movimentos para a criação de uma estrutura específica de vigilância epidemiológica dentro do ambiente hospitalar, revelando o objeto em sua gênese. Contudo, os desafios, dificuldades e estratégias para a concretização da VEH nos territórios de cada região brasileira, ainda são pouco conhecidos. São necessários estudos com propostas de análises detalhadas que considerem avaliar não só a estrutura, mas também o processo e resultados dos NHE.

CONCLUSÃO

Apesar dos esforços evidenciados pela administração federal na elaboração e implementação de diretrizes normativas orientadoras, enfrenta-se desafios significativos na plena operacionalização da Vigilância Epidemiológica Hospitalar no cenário da saúde pública brasileira, dada a sua relativa novidade. A vigilância epidemiológica transcende a mera coleta de dados, englobando análise, divulgação de informações cruciais, proposição de medidas de controle e apoio ao planejamento e gestão do sistema de saúde em todas as esferas. No contexto hospitalar, tais atividades demandam esforços adicionais desde o diagnóstico e monitoramento, especialmente em casos graves que necessitam de internação e cuidados intensivos. A legislação brasileira referente à Vigilância Epidemiológica, estabelecendo os NHE em 2004, delinea claramente a estrutura necessária, ações, financiamento e recursos humanos, promovendo a atuação desses núcleos em uma Rede Nacional com a aplicação de tecnologias da informação e comunicação. No entanto, como um sistema ainda em desenvolvimento, percebem-se lacunas na legislação, como a ausência de mecanismos de avaliação do desempenho dos NHE e indicadores de eficácia e eficiência. A avaliação tem se concentrado em aspectos estruturais e de recursos humanos, sem avançar na análise de resultados e na produção de conhecimento.

REFERÊNCIAS

1. BENDER JD, et al. The use of Information and Communication Technologies in Primary Health Care in Brazil - the period of 2014 to 2018. *Ciência & Saúde Coletiva*, [s. l.], 2024; 29(1): 19882022.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975. Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências. *Diário Oficial da União: seção 1*, Brasília, DF, 1975; 14.433. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6259.htm. Acessado em: 12 de dezembro de 2023.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria conjunta nº 20, de 25 de maio de 2005. Estabelece que todas AIHs com agravos de notificação compulsória sejam avaliadas pela equipe da vigilância epidemiológica em âmbito hospitalar. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2005/poc0020_25_05_2005.html. Acessado em: 12 de dezembro de 2023.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS n.º 1.693, de 23 de julho de 2021. Institui a Vigilância Epidemiológica Hospitalar (VEH). Brasília: Ministério da Saúde, 2021.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS n.º 1.694, de 23 de julho de 2021. Institui a Rede Nacional de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (Renaveh). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt1693_26_07_2021.html. Acessado em: 12 de dezembro de 2023.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n.º 2.254, de 5 de agosto de 2010. Institui a Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar, define as competências para a União, os Estados, o Distrito Federal, os Municípios, os critérios para a qualificação das unidades hospitalares de referência nacional e define também o escopo das atividades a serem desenvolvidas pelos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/%20prt2254_05_08_2010. Acessado em: 20 nov. 2022.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Saúde Ambiental, do Trabalhador e Vigilância das Emergências em Saúde Pública. Plano de Fortalecimento e Ampliação da Rede Nacional de Vigilância Epidemiológica Hospitalar – Renaveh [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Saúde Ambiental, do Trabalhador e Vigilância das Emergências em Saúde Pública – Brasília: Ministério da Saúde, 2021. 34 p.: il. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigilancia-epidemiologica/plano_fortalecimento_ampliacao_renaveh_1ed-1.pdf/view. Acessado em: 12 de dezembro de 2023.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.529, de 23 de novembro de 2004. Institui o Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar, define competências para os estabelecimentos hospitalares, a União, os estados, o Distrito Federal e os municípios, cria a Rede Nacional de Hospitais de Referência para o referido Subsistema e define critérios para qualificação de estabelecimentos. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, 2005; 35(1). Disponível em: http://www2.saude.ba.gov.br/hgvp/portaria_n_2529-2004-svs.htm. Acessado em: 12 de dezembro de 2023.
9. BRASIL. Saúde Legis, 2024. Sistema de pesquisa de legislação que reúne os atos normativos do Sistema Único de Saúde (SUS), no âmbito da esfera federal. Disponível em: <https://saudelegis.saude.gov.br/saudelegis/secure/norma/listPublic.xhtml>. Acesso em: 30 jan. 2024.
10. CAVALCANTI FDOL e GUIZARDI FL. Educação continuada ou permanente em saúde? Análise da produção Pan-Americana Da Saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, [s. l.], 2018; 16(1): 99–122.
11. DANTAS DI, et al. Contribuição do Núcleo de Vigilância Epidemiológica em uma Unidade de Pronto Atendimento para Notificação Compulsória de Agravos. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, 2014; 18(1): 21-26.

12. GABROIS V, et al. Gestão hospitalar: um desafio para o hospital brasileiro. Rio de Janeiro: ENSP, 1995; 235.
13. LIMA CRC, et al. Núcleos Hospitalares de Vigilância Epidemiológica no Brasil: Uma Revisão Integrativa de Literatura Científica. *Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção*, 2019; 9(2): 167-176.
14. MAIA GC. Diferenças entre - Multidisciplinaridade, Interdisciplinaridade e Transdisciplinaridade. [S. l.], 2020. Disponível em: <https://www.gilsommaia psicologo.com/post/diferencas-entre-multidisciplinaridade-interdisciplinaridade-e-transdisciplinaridade>. Acesso em: 30 jan. 2024.
15. MATIAS ACM. Clima organizacional e satisfação laboral: um estudo sobre os Núcleos Hospitalares de Epidemiologia de Natal/RN. Dissertação de Mestrado (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2010; 138.
16. PICOLLI T. Vigilância em Saúde na Atenção Terciária: um Estudo sobre os Núcleos Hospitalares de Epidemiologia. Dissertação de Mestrado (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015; 153.
17. RIBEIRO LM. Conhecimento do enfermeiro sobre as ações de vigilância epidemiológica no Hospital Universitário Onofre Lopes, Natal, RN. Dissertação de Mestrado (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2010; 148.
18. SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadoria de Controle de Doenças. Vigilância Epidemiológica em âmbito Hospitalar. *Revista de Saúde Pública*, 2007; 41(3): 487-491.
19. SIQUEIRA NTF, et al. Avaliação do Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar no Estado de Pernambuco, Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 2011; 20(3): 307-317.
20. UCHIDA TH, et al. Percepção de profissionais de saúde sobre utilização de tecnologias de informação e comunicação. *Revista Sustinere*, [s. l.], 2020; 8(1): 4–22.