

FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA DE
MOSSORÓ - FACENE/RN

LORENA CHIANCA FORTE

**O PAPEL DA VIGILÂNCIA EPIDEMIPOLÓGICA: Teoria e
Realidade**

MOSSORÓ-RN
2010

LORENA CHIANCA FORTE

**O PAPEL DA VIGILÂNCIA EPIDEMIPOLÓGICA: Teoria e
Realidade**

Projeto de monografia apresentada à Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN, como requisito final para obtenção do título de Bacharel em enfermagem.

ORIENTADORA: Prof^ª. Esp. Patrícia Helena de Moraes Cruz Martins

MOSSORÓ-RN
2010

F844p

Forte, Lorena Chianca.

O papel da vigilância epidemiológica: teoria e realidade/ Lorena Chianca Forte. – Mossoró, 2010.
62f.

Orientador: Prof^a. Esp. Patricia Helena de Moraes Cruz Martins.

Monografia (Graduação em Enfermagem) – Faculdade Nova Esperança de Mossoró.

1.Enfermagem. 2.Epidemiologia - vigilância.
3.População. I. Título.

CDU 616-083

LORENA CHIANCA FORTE

O PAPEL DA VIGILÂNCIA EPIDEMIPOLÓGICA: teoria e realidade

Projeto de Monografia apresentada pela aluna Lorena Chianca Forte, do Curso de Bacharelado em Enfermagem, tendo obtido o conceito de _____, conforme a apreciação da Banca Examinadora constituída pelas professoras:

Aprovado em: ____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Esp. Patrícia Helena de Moraes Cruz Martins (FACENE/RN)
(ORIENTADORA)

Prof^ª. Ms. Jussara Vilar Formiga (FACENE/RN)
(MEMBRO)

Prof^ª. Esp. Raquel Mirtes Pereira da Silva (FACENE/RN)
(MEMBRO)

Dedico

A Deus por tudo em minha vida.

Aos meus pais queridos, razão maior do meu viver Jacinto Wberguês Forte e Maria Célia D. Chianca Forte pela dedicação, amor e carinho de toda minha vida.

Ao meu companheiro, Petrucio Dantas, pelo apoio, compreensão, sabedoria e muito amor.

A minha pedra preciosa, avó Rita Etelvina Forte, pela dedicação, amor materno, compreensão, carinho e amizade, é tudo em minha vida.

Ao meu anjo e inesquecível avô João Chianca, mestre pelo ensinamento de toda uma vida e pela confiança que me dedicou ao receber meus cuidados profissionais.

E a todos que de alguma forma, fizeram e/ou fazem parte dessa história.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à **Deus** por ser meu guia, por ter me iluminado durante todos os percursos vividos até aqui, pela incansável força e paciência que me foi transmitida. Ao senhor entrego minha vida e todo meu ser porque a ti pertence inclusive mais esta vitória.

Aos meus pais queridos, **Jacinto Wberguês Forte e Maria Célia Dantas Chianca Forte** obrigada pela instrução que me deram em toda minha vida, que me faz vitoriosa hoje, pela força que rompeu fronteiras e chegou a ter mim, nem a distância impediu a dedicação, apoio, renúncia, carinho e amor.

A minha jóia mais preciosa, avó **Rita Etelvina**, por ser minha melhor amiga, por sonhar mais do que eu com este sucesso, pelo apoio e amor incondicional, a quem dedico todo meu carinho e amor verdadeiro.

Ao meu companheiro **Petrúcio Dantas** pela dedicação, carinho, apoio, compreensão, paciência, amor e renúncia de muitos momentos em que o ofício me intimava.

Ao meu irmão único e querido **Lazaro Chianca**, pelo companheirismo, amor, compreensão, carinho, por ter lutado ao meu lado para esta vitória.

A minha **família**, que é o alicerce da minha vida e vitória, por está constantemente ao meu lado, incentivando-me e dando-me exemplos de lutas e conquistas com respeito, dignidade e honestidade.

A professora orientadora Esp. **Patrícia Helena**, por ter aceitado o convite de embarcar nessa loucura, pela confiança, dedicação, orientações, atenção, apoio, amizade, por não ter deixado que eu fracassasse, que Deus te recompense em dobro.

A **Ms. Jussara Vilar e Esp. Raquel Mirtis**, capacidade de profissionais, valeu por ter aceitado o convite de participar da minha banca avaliadora, pelo exemplo de plenitude, sabedoria, amizade, força, paciência e dedicação, a vocês dedico meu enorme carinho.

A **coordenação e direção** do curso de enfermagem, que contribuiu de forma indispensável para conclusão da graduação.

Aos meus **professores, mestres e amigos** por toda dedicação e ensinamento que ficarão comigo por toda minha vida.

Aos **funcionários da FACENE** pela paciência, dedicação, carinho e amizade em especial à **Diego, Ligia, Raimundo, Rita, Eguimara, Saulo e Emanuel** pelos toques de informática.

As minhas manas **Ana Cristina, Lívia Carrascosa e Erlane Nóbrega** por ter me amparado nas horas em que mais necessitei, pelo incentivo, amizade, carinho e acolhimento, muito obrigada. A **Estefany Caroline, Amanda Cristiane e Juraci**, obrigada pelo companheirismo de todos estes anos de academia.

Aos **secretários de saúde** que aceitaram participar desta pesquisa, que me ajudou muito para o meu crescimento profissional.

Aos **campos de estágios, professores supervisores e clientela** que me acolheram, proporcionando ensinamento, aprendizagem e sabedoria.

Ao casal **José Varelo Jales e Carmen Porto**, por terem acolhido-me como um membro da família, pelos conselhos, força, carinho e incentivo para tudo esta acontecendo hoje, o carinho.

O Sergio Ribeiro, pela confiança, amizade e pela ajuda com os livros que me serviram muito.

A inestimável pessoa de **Roberta Fernandes**, pela oportunidade, confiança, amizade, compreensão e todo carinho, muito obrigada por tudo que me proporcionou, nunca esquecerei.

Aos meus **colegas de trabalho da II URSAP**, por terem me recebido com muito carinho, pelo aprendizado que me transmitiram, pelo apoio, livros, compreensão, amizade, sabedoria, serei eternamente grata.

E por fim a todos que direta ou indiretamente colaboraram para realização do sonho e deste projeto.

“A gente pode morar numa casa mais ou menos, numa rua mais ou menos, numa cidade mais ou menos, e até ter um governo mais ou menos.

A gente pode dormir numa cama mais ou menos, comer um feijão mais ou menos, ter um transporte mais ou menos, e até ser obrigado a acreditar mais ou menos no futuro.

A gente pode olhar em volta e sentir que tudo está mais ou menos...

FUDDO BEM!

O que a gente não pode mesmo, nunca, de jeito nenhum... é amar mais ou menos, sonhar mais ou menos, ser amigo mais ou menos, namorar mais ou menos, ter fé mais ou menos, e acreditar mais ou menos.

Senão a gente corre a risco de se tornar uma pessoa mais ou menos” (Chico Xavier).

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 01	Distribuição dos secretários (as) conforme o número de habitantes dos municípios de jurisdição da II Unidade Regional de Saúde Pública (II URSAP) – Mossoró/RN.....	36
GRÁFICO 02	Existência de uma equipe de vigilância epidemiológica no município.....	40
GRÁFICO 03	Resposta dos secretários de saúde a respeito da quantidade de profissionais que fazem parte da equipe de vigilância e a formação destes.....	41
GRÁFICO 04	Resposta dos secretários a respeito dos fatores que interferem no desenvolvimento das atividades de vigilância epidemiológicas.....	45
GRÁFICO 05	Resposta dos secretários de saúde quanto a pergunta se todos os profissionais que trabalham na vigilância epidemiológica estão capacitados.....	48
GRÁFICO 06	Resposta dos secretários de saúde a respeito do desenvolvimento de atividade semanal de notificação de agravos.....	50

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Caracterização da profissão dos secretários de Saúde entrevistados que atuam nos municípios de jurisdição da II Unidade Regional de Saúde (II URSAP) de Mossoró/RN, 2010.....	34
Tabela 2	Caracterização da idade dos secretários de Saúde entrevistados que atuam nos municípios de jurisdição da II Unidade Regional de Saúde (II URSAP) de Mossoró/RN, 2010.....	35
Tabela 3	Caracterização do sexo dos secretários de Saúde entrevistados que atuam nos municípios de jurisdição da II Unidade Regional de Saúde (II URSAP) de Mossoró/RN, 2010.....	35

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1	Entendimento sobre VE.....	37
QUADRO 2	Atividades desenvolvidas nos municípios....	42
QUADRO 3	Fatores que interferem no desenvolvimento da VE.....	45
QUADRO 4	Motivos para os profissionais não estarem capacitados.....	49

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

EUA – Estados Unidos

LDNC – Lista Nacional de Notificação Compulsória

NOB – Norma Operacional Básica

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

RSI – Regulamento Sanitário Internacional

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SUS – Sistema Único de Saúde

SNVE – Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

II URSAP – II Unidade Regional De Saúde Pública

RESUMO

INTRODUÇÃO: A vigilância epidemiológica é um conjunto de ações que se preocupa com desenvolvimento de atividades voltadas ao processo de promoção e proteção a saúde da população. **OBJETIVOS:** Analisar o desenvolvimento das atividades em vigilância epidemiológica à nível regional; Descrever as atividades desenvolvidas na vigilância epidemiológica nos municípios da II URSAP; Identificar os fatores que interferem na prática da vigilância epidemiológica; Discutir a percepção dos profissionais acerca da vigilância epidemiológica **METODOLOGIA:** O estudo realizado foi do tipo descritivo e exploratório, com natureza quanti-qualitativa, com amostra de 10 secretários de saúde dos municípios de jurisdição da II URSAP, com análise do discurso do sujeito coletivo para os dados qualitativos e os dados quantitativos analisados estatisticamente utilizando o Excell 2007, os resultados apresentados em tabelas e quadros. **RESULTADOS:** as atividades desenvolvidas pelos pesquisados estão conforme ao preconizado pelo ministério, mesmo que de forma limitada. Já os fatores que interferem na prática foram evidenciados a falta de recursos humanos e financeiros. Enquanto a percepção dos profissionais pesquisados os mesmos demonstram familiaridade com o assunto, pois ha também profissionais que não têm muito entendimento, visto que eles não apresentam qualificação na área da saúde. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Se por um lado o uso da vigilância na saúde da coletividade já trilhou em nosso país uma longa trajetória, percebemos diante deste que deve existir uma preocupação e atenção maior tanto por parte dos profissionais, gestores e governantes em aprimorar a sua aplicação, adequando a uma nova realidade de acordo com as áreas de aplicação, em que a organização dos serviços de saúde caminha para a descentralização.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem. Vigilância Epidemiológica. População.

ABSTRACT

BACKGROUND: Epidemiological surveillance is a set of actions that is concerned with development activities geared towards the process of promoting and protecting the health of the population. To analyze the development of activities in the regional epidemiological surveillance; describe the activities in the epidemiological surveillance in the municipalities of URSAP II; identify factors that influence the practice of epidemiological surveillance; Discuss professionals' perceptions about the surveillance **METHODOLOGY:** study was conducted through a qualitative and quantitative research with a sample of 10 municipal health secretaries of jurisdiction IIURSAP, with discourse analysis of collective data for qualitative and quantitative data were statistically analyzed using Excel 2007, the results presented in tables and charts. **RESULTS:** The activities developed by the surveyed are as recommended by MS, even in a limited way . The factors that influence the practice were evident lack of human and financial resources. While the perception of the respondents show the same familiarity with the subject, because there are also professionals who have little understanding, since they have no qualification in health. **CONCLUSION:** On the one hand the use of surveillance on the health of the community in our country has trodden a long path, we realized before this that there must be a greater concern and attention by both professionals, managers and policy makers on improving its implementation, adapting to a new reality in accordance with the application areas where the organization of health services moves towards decentralization.

KEYWORDS: Nursing. Epidemiological Surveillance. population

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	15
1.1	CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA JUSTIFICATIVA.....	15
2	OBJETIVOS.....	18
2.1	OBJETIVO GERAL.....	18
2.2	OBJETIVO ESPECÍFICO.....	18
3	VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA.....	19
3.1	COLETA DE DADOS, INFORMAÇÕES E FONTE DE DADOS.....	24
3.2	DIAGNÓSTICO DE CASOS E INVESTIGAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA.....	26
3.3	PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS.....	28
3.4	PLANEJAMENTO E DECISÃO DA AÇÃO.....	29
4	PERCURSO METODOLÓGICO.....	30
4.1	TIPO DE PESQUISA.....	30
4.2	LOCAL DA PESQUISA.....	31
4.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	31
4.4	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	31
4.5	PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS.....	32
4.6	ANÁLISE DOS DADOS.....	32
4.7	ASPECTOS ÉTICOS.....	33
5	RESULTADO E DISCURSÕES.....	34
5.1	CARACTERIZAÇÕES DOS SUJEITOS DO ESTUDO.....	34
5.2	DADOS REFERENTES AO TEMA DA PESQUISA.....	36
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	51
	REFERÊNCIAS.....	53
	APÊNDICES.....	55
	ANEXO.....	60

1 INTRODUÇÃO

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA E JUSTIFICATIVA

A Vigilância Epidemiológica é determinante na colaboração da saúde da coletividade, pois apresenta riquezas de dados e notificações, proporcionando a prevenção, detecção de casos, ações de controle e estratégias, pode determinar as situações clínicas, permitindo que seja analisado os dados para conhecimento ou determinação de alguns perfis, desenvolver métodos científicos para cura de determinados agravos. Com base nesses resultados pode ser realizado o planejamento e oferecido orientações, tomadas de decisões e execuções de ações, para orientar a população quanto às medidas profiláticas de doenças ou agravos.

Sabe-se que o tema em discussão é de interesse de todas as esferas governamentais, pois se pode perceber o custo-benefício proporcionado pelo mesmo. Sendo assim, um dos inúmeros benefícios oferecidos com a completude do sistema, é o desenvolvimento de ações, após a investigação e planejamento, que podem prevenir e curar, impedindo assim que algum agravo se alastre. Pois tal conhecimento permitirá que gastos desnecessários sejam impedidos e possam proporcionar um melhor investimento em programas de prevenção e cura conforme necessidade.

Nesta perspectiva, julgamos importante o correto funcionamento do serviço de Vigilância Epidemiológica, tendo em vista que beneficia a população como um todo, servindo de eixo para o desenvolvimento na saúde.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2008), diz que Vigilância Epidemiológica é um conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção de prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual ou coletivo.

Sendo assim, é bem verdade que é um tema de discussão de suma importância para saúde pública, considerando que a Vigilância Epidemiológica permite e informa a situação de saúde de uma determinada população.

Enquanto prática acadêmica ajudará na construção de conhecimentos, chamando atenção dos docentes e discentes para importância de trabalhar melhor o tema em questão, sensibilizando para prática em vigilância Epidemiológica, e ao mesmo tempo fazendo perceber a responsabilidade atribuída a este sistema.

O interesse pelo tema surgiu de uma oportunidade de estágio na área da Enfermagem, no programa de Vigilância Epidemiológica, junto a II URSAP de Mossoró-RN. A II Regional de Saúde é uma instituição de saúde pública, que trabalha de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS, desenvolvendo suporte técnico para os seus 27 (vinte e sete) municípios. Abrangendo serviços de baixa complexidade e estratégias de serviços de alta complexidade (SESAP-RN, 2010).

Ocorreu a chance mais uma vez de conhecer o sistema de funcionamento da Vigilância Epidemiológica e ajudar no desenvolvimento de algumas atividades relacionadas. Desse modo foi percebida a responsabilidade atribuída aos profissionais da área com o programa. Além disso, percebemos a existência de algumas deficiências no desenvolvimento do programa como: subnotificações; ausência de uma equipe designada para o mesmo em alguns municípios; desinteresse por parte dos responsáveis no uso correto dos benefícios oferecidos; carência no desenvolvimento de ações; enfim inúmeras lacunas abertas que comprometem o programa.

Considerando as orientações, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008) preconiza a notificação como sendo responsabilidade do profissional que esteja a serviço da saúde, seja ele órgão público ou privado de notificar casos de doenças e agravos compulsórios, sabendo assim que a informação gerada é de grande valor na qualidade do processo saúde-doença, para o planejamento e desenvolvimento de ações com os dados existentes.

Diante do exposto e de acordo com a observação feita durante o estágio, percebe-se que há falha na alimentação do sistema de alguns municípios pertencentes a II URSAP, pois estes deixam de notificar por um determinado período. Sendo assim, buscamos determinar os fatores que possam comprometer o programa, investigar qual a atenção que os municípios da II URSAP dispõem para o mesmo, verificar qual o propósito dos municípios no desenvolvimento das atividades, se existe equipe formada para este, e observar a amplitude da equipe para que por meio desta seja possível chegar a um consenso coletivo.

Diante da realidade exposta, observou-se que as atividades desenvolvidas pelos municípios da II URSAP deixam lacunas no desenvolvimento do programa, referindo-se a notificação não realizada; investigação para encerramento de casos, onde fichas são encontradas fora do prazo de encerramento; análise dos dados obtidos não sendo confiável para alguns realizarem tal tarefa, já que não existe notificação; planejamento e

desenvolvimento de ações desconhecidas. Será que se pode depositar confiabilidade e construir informações para planejamento e desenvolvimento de ações, vindas destes? Como uma cidade pode ter seu perfil epidemiológico diante de casos como este? Ou é bem verdade que não ocorre nenhum tipo de agravo durante um mês em determinados municípios?

Dessa forma percebeu-se que a completitude do sistema é fundamental para o desenvolvimento das ações em saúde, ficando assim os municípios na qualidade de serviço descentralizado, responsável pela efetivação da vigilância Epidemiológica, não permitindo que ocorram entraves, já que também por meio deste são feitas as avaliações para liberação de alguns recursos.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar o desenvolvimento das atividades em vigilância epidemiológica à nível Regional.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever as atividades desenvolvidas na vigilância Epidemiológica nos municípios da II URSAP
- Identificar os fatores que interferem na prática da vigilância epidemiológica
- Discutir a percepção dos profissionais acerca da vigilância Epidemiológica

3 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

A epidemiologia teve início na Antiguidade Clássica por volta de 2.500 anos atrás. Teve uma grande ajuda do médico Grego Hipócrates em que analisava a doença como sendo um produto da relação do indivíduo com o meio ambiente, um pouco mais tarde surge a teoria Miasmáticas onde acreditavam que a doença passaria do doente para os indivíduos suscetíveis. Em 1620-1674 John Graunt analisa a mortalidade por sexo e região, selecionando determinadas causas e traçando proporções para o adoecer, foi considerado com suas brilhantes descobertas o pai das estatísticas vitais. No século XIX a Europa é palco das atenções nas ciências estimulando as pessoas e as idéias. Logo após surge a Revolução Industrial na Inglaterra e devido ao deslocamento das pessoas do campo para as cidades surgem as epidemias de cólera, febre tifóide e febre amarela, desenvolvendo graves problemas nas cidades, na época também nasciam grandes correntes filosóficas e políticas mostrando muitas repercussões que influenciaram a epidemiologia atual (PEREIRA, 2007).

A epidemiologia teve origem na idéia, primeira expressa acerca de 2000 anos por Hipocrates e outros, de que fatores ambientais podem influenciar a ocorrência das doenças. Entretanto, somente no século XIX a distribuição das doenças em grupo populacionais específicos passou a ser medida. Este trabalho marcou não somente o início formal da epidemiologia, como também uma das mais espetaculares conquistas. (BEAGLEHOLE; BONITA; KJELLSTROM, 2003, p.01).

No final do século XIX, com a necessidade do controle das pestes, são implantados serviços de saúde pública em muitos países, inclusive no Brasil. Na primeira metade do século XX surge o *Communicable Diseases Center* nos EUA, com o programa de controle da malária em regiões de guerra, e os programas nacionais de vigilância de doenças específicas, em praga. Um longo caminho foi percorrido da tábua de vida de John Grabnt (1620 – 1674) à aritmética política de William Farr (1807 – 1883), passando pela política médica de Johonn Peter Frank (1748 – 1821), chega-se no século XX, à consolidação de um sistema de coleta, análise e divulgação de estatísticas vitais (MEDRONHO, 2006).

As primeiras intervenções estatais no campo da prevenção e controle de doenças, desenvolvidas sob bases científicas modernas, datam do início do século XX e foram orientadas pelo avanço da era bacteriológica. Essas intervenções consistiram na vigilância de pessoas, através de medidas de isolamento ou quarentena, aplicadas individualmente e não de forma coletiva. Posteriormente campanhas sanitárias visavam a controlar doenças que comprometiam a atividade econômica, a exemplo da febre amarela, peste e da varíola (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003).

Na segunda metade do século XX, o termo vigilância em consequência das campanhas de erradicação de varíola e malária que foi baseada em atuações verticais, sob forte inspiração militar e compreendidas fases bem estabelecidas, passa a ser aplicado para designar a etapa de busca ativa de casos com o objetivo de realizar intervenções imediatas, a bloquear a cadeia de transmissão com a vacinação em massa da população, disseminando a aplicação de novos conceitos que se firmaram no âmbito internacional, no coletivo e em todas as áreas e períodos, não se vinculando a prévia realização de fase e ataque (MEDRONHO, 2006).

Na metade da década de 60 consolidou-se internacionalmente uma conceituação mais abrangente de vigilância epidemiológica, em que eram explicitados seus propósitos, funções, atividades, sistemas e modalidades operacionais. A vigilância epidemiológica passou então da definição de observação sistemática e ativa de casos suspeitos ou confirmados de doenças transmissíveis e de seus contatos para uma atual descrição de que passava a ser o conjunto de atividades que reúne a informação indispensável para conhecer a qualquer momento o comportamento ou história natural das doenças, bem como detectar ou prever alterações de seus fatores condicionantes, com a finalidade de recomendar oportunamente sobre bases firmes as medidas indicadas e eficientes que levem à prevenção e ao controle de determinadas doenças (BRASIL, 2002).

No Brasil, esse conceito foi inicialmente utilizado em algum programa de controle de doenças transmissíveis, coordenado pelo Ministério da Saúde. A campanha de erradicação da varíola é reconhecida como marco da institucionalização das ações de vigilância no país. A experiência da campanha motivou a aplicação dos princípios de vigilância epidemiológica e outras doenças evitáveis por imunização, de forma que em 1969, um sistema de notificação semanal de doenças pertinentes em um boletim epidemiológico de circulação quinzenal. Tal processo fundamentou a consolidação nos níveis nacionais e estaduais (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003).

Em 1975, por recomendação da 5ª Conferência Nacional de Saúde foi instituído o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica – SNVE. Este sistema, formalizado pela Lei 6.259 do mesmo ano e decreto 78.231, que a regulamentou em 1976. Esses instrumentos tornaram obrigatória a notificação de doença transmissível então considerada de maior relevância sanitária no país (BRASIL, 2002).

Concordando com Medronho (2006 p.77), no Brasil, o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiologia foi instituído em 1975, através da Lei Federal nº 6.529, onde também foi criada a obrigatoriedade da notificação compulsória de doenças. Desde então, a lista nacional de doenças de notificação compulsória vem sendo periodicamente atualizada.

O atual Sistema Único de Saúde (SUS), com a promulgação da Lei 8.080, de 1990, conceitua vigilância epidemiológica como “um conjunto de ações que proporciona 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”. Além de ampliar o conceito, desenvolve um contexto de profunda reorganização do sistema de saúde brasileiro, caracterizada pela descentralização de responsabilidade e pela integralidade da prestação de serviço (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003).

A vigilância epidemiológica tem como propósito, fornecer orientações técnicas permanentes para os responsáveis pela decisão e execução de ações de controle de doenças e agravos, tornando para este, informações atualizadas sobre a ocorrência desses agravos, bem como dos fatores condicionantes em determinada área geográfica ou população definida. Nesta perspectiva a vigilância epidemiológica constitui-se ainda em importante instrumento para planejamento, a organização e a operacionalização dos serviços de saúde, assim como também para normatização de atividades técnicas correlatas (BRASIL, 2002).

O propósito da operacionalização compreende um ciclo completo de funções específicas e intercomplementares desenvolvidas de modo contínuo, possibilitando conhecer a cada momento o comportamento da doença ou agravo apresentando como alvo das ações, para que as medidas de intervenções pertinentes possam ser

desencadeadas com oportunidade e eficácia (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003).

As atribuições pertencentes à vigilância epidemiológica se organizam de modo a garantir o cumprimento de suas principais atividades envolvendo a coleta e processamento de dados; análise e interpretação dos dados processados; investigação epidemiológica de casos e surtos; recomendações e promoção das medidas de controle adotadas; avaliação da eficácia efetiva das medidas adotadas, divulgação de informações pertinentes dentre outras (BRASIL, 2008).

Atualmente o desenvolvimento do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE) é para saúde pública o mais útil instrumento no cumprimento de sua missão de proteger a saúde da população, onde estabelece como prioridade o fortalecimento de sistemas municipais, oferecendo autonomia técnico-gerencial, com recursos locais para atender prioritariamente as demandas em termos de doença e agravos e necessidades da área de abrangência, visando controlar riscos e danos para população sobre tudo no nível local (BRASIL, 2010).

Para atender as diretrizes e princípios de descentralização e integralidade de ações do SUS, o SNVE compreende o conjunto interarticulado de instituições públicas, privadas e componentes do SUS, que direta ou indiretamente notificam doenças e agravos, orientam condutas, prestam serviços a grupos populacionais. Esses princípios e diretrizes do SUS e as ações e atividades do SNVE estão sendo repassados aos níveis descentralizados do sistema, de forma gradual, de acordo com o desenvolvimento dos locais de saúde, evitando a descontinuidade de rotinas e programas (BRASIL, 2010).

Para garantir a descentralização e os objetivos do SNVE, os recursos financeiros destinados ao desenvolvimento das atividades são repassados fundo-a-fundo para as secretarias estaduais e municipais de saúde, aprimorando o desenvolvimento de suas funções com autonomia técnica, administrativa e financeira. Para a permanência do suporte de recursos, dispõe-se atualmente de um instrumento legal que é a Norma Operacional Básica do SUS (NOB-SUS/96), representando um avanço e ganho na descentralização, mas são definidos alguns critérios e atividades mínimas a serem executadas pelos municípios para adesão da mesma. Fazendo necessário um cuidado para preservar o fluxo de informação e respeitar os diferentes perfis epidemiológicos que os agravos à saúde assumem em cada população (MEDRONHO, 2006)

A competência de cada um dos níveis do sistema de saúde (municipal, estadual e federal) tem atribuições de vigilância epidemiológica compreendendo, o conjunto das

funções já mencionadas. Quanto mais eficientemente essas funções forem realizadas no nível local, maior será a confiabilidade e a oportunidade com que as ações de controle tenderão a ser desencadeadas (BRASIL, 2002).

As responsabilidades e atribuições do nível municipal com o desenvolvimento das atividades em vigilância epidemiológica é analisar e acompanhar o comportamento epidemiológico das doenças e agravos de interesse nesse âmbito, no estadual e federal em articulação com órgãos correspondentes, respeitando a hierarquia entre eles, participando na formulação de políticas, planos e programas de saúde, implantação, gerenciamento e operacionalização dos sistemas, cumprimento dos requisitos técnicos para habilitação na NOB-SUS/96, realização das investigações de casos e surtos, execução de medidas de controle de doenças; estabelecimento de diretrizes operacionais, normas técnicas; programação, coordenação, acompanhamento e supervisão das atividades; estabelecimento junto as instâncias pertinentes da administração com coleta de dados e análise; identificação de novos agravos prioritários, apoio-técnico-científico distritais e locais; implementação de programas especiais; participação junto as instâncias responsáveis pela gestão municipal; promoção de educação continuada dos recursos humanos; elaboração e difusão de boletins epidemiológicos, comunicação social; acesso permanente e comunicação com centros de informação de saúde da administração e a retroalimentação do sistema de informações (AGUIAR; RIBEIRO, 2009).

Já no nível estadual compete a promoção de análise, estudos e pesquisas epidemiológicas; participação na formulação de políticas, planos e programas de saúde; assessoria e orientação técnica ao nível regional e municipal para controle de doenças e agravos à saúde; análise e acompanhamento do comportamento epidemiológico de interesse específico no âmbito municipal nas situações em que apresentarem dificuldades e no âmbito federal, em articulação com o ministério da saúde; estabelecimento de diretrizes operacionais, normas técnicas; programação coordenação e supervisão das atividades no âmbito estadual; coordenação e execução de atividades de vigilância em cooperação com os municípios, quando os agravos ultrapassarem o âmbito de ação estritamente municipal; elaboração de planos de atuação e cadastramento de pessoal para agir em situação emergencial; estabelecimento de mecanismo de apoio e estímulo aos municípios obedecendo a diretrizes e disposições da NOB/SUS/96; adoção de medidas de controle e a retroalimentação do sistema de informação (AGUIAR; RIBEIRO, 2009).

Nesta perspectiva as intervenções do nível estadual, e com maior razão, do federal tenderão a tornarem-se seletivas, voltadas para questões emergenciais ou que, pela sua necessidade, requerem avaliação complexa e abrangente, com participação de especialistas e centros de referências inclusive internacionais (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003).

No nível federal as atribuições, assessoramento, acompanhamento e avaliação dos problemas de saúde considerados de relevância nacional; ocorrência de agravos inusitados ou epidemias, que possam escapar do controle estadual; cooperação técnico-científica com estados e municípios; definição de diretrizes e bases técnicas para o SNVE; normatização de ações e atividades de controle dos programas de interesse nacional; elaboração de instrumentos e indicadores adequados para supervisão; coleta e análise de dados necessários e acompanhamento das condições de saúde da população em âmbito nacional; promoção de ações de comunicação social e capacitação de recursos humanos; ofertas de instrumentos de análise epidemiológicas; promoção de intercâmbio de conhecimento técnico-científico entre os diversos níveis do sistema; elaboração e divulgação de boletins, informes e outros instrumentos; estabelecimento de mecanismos para o aperfeiçoamento dos instrumentos técnicos da vigilância das fronteiras nacionais dos países (AGUIAR; RIBEIRO, 2009).

Sendo assim a orientação atual para o desenvolvimento do SNVE estabeleceu como prioridade o fortalecimento de sistemas municipais e vigilância epidemiológica dotados de autonomia técnico-gerencial para focar os problemas de saúde de suas áreas de abrangência (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003).

3.1 COLETAS DE DADOS, INFORMAÇÕES E FONTES DE DADOS

O desenvolvimento das funções de vigilância epidemiológica em obtenção de dados, ou seja, a disponibilidade de informações é primordial para o cumprimento do objetivo da mesma, servindo para subsidiar o desenvolvimento de ações de prevenção e controle de doenças e agravos. A qualidade e valor da informação dependem da adequada coleta de dados obtidos no local onde ocorre o agravo. É nesse nível que os dados coletados ao serem processados darão origem à informação que permite planejar a ação (MEDRONHO, 2006).

O cumprimento das funções de vigilância epidemiológica depende da disponibilidade de INFORMAÇÕES que sirvam para subsidiar o desenvolvimento de ações, INFORMAÇÃO PARA AÇÕES PARA AÇÃO. A qualidade da informação, por sua vez, depende da adequada coleta dos dados gerados no local onde ocorre o evento sanitário (dados coletados). É também nesse nível que os dados devem primariamente ser tratados e estruturados, para que então venha a se transformar em INFORMAÇÃO, com capacidade para estabelecer um processo dinâmico de planejamento, avaliação, manutenção e aprimoramento das ações (BRASIL, 2002, p.13).

Segundo Medronho (2006), a etapa de coleta de dados pode ser relacionada às categorias ou tipos de dados de interesse, as fontes onde estes podem ser obtidos e o fluxo que devem seguir dentro do sistema de informação. Sendo assim os dados e informações que alimentam o sistema de vigilância epidemiológica são os seguintes:

- ✓ Dados demográficos, socioeconômicos e ambientais; permite identificar o número de habitantes e a sua distribuição segundo diversos aspectos de vida;
- ✓ Morbidade, referindo-se a ocorrência isolada de agravos assintomáticos ou surtos e epidemias;
- ✓ Mortalidade, sendo proveniente de declaração de óbito;
- ✓ Notificação de surtos e epidemias, detectando precocemente surtos e epidemias que ocorre quando o sistema de vigilância epidemiológica local está estruturado.

De acordo com Brasil (2002, p.15), notificação é a comunicação da ocorrência de determinada doença ou agravo à saúde, feita à autoridade sanitária por profissionais de saúde ou qualquer cidadão, para fins de adoção de medidas de intervenção pertinentes.

Concomitantemente com Rouquayrol; Almeida Filho (2003), a informação para vigilância epidemiológica destina-se à tomada de decisão para informação. Entretanto para agilizar o processo de divulgação dos dados, deve caminhar ao lado da veracidade e preservar a qualidade da obtenção dos mesmos.

Os critérios aplicados no processo de seleção de notificação de doenças incluem a magnitude com elevada frequência da doença; potencial de disseminação, pela transmissibilidade da doença; transcendência, definido por conjunto de características apresentadas por doenças ou agravos; vulnerabilidade, com a disponibilidade de instrumento específicos de prevenção e controle; compromisso

internacional, pelo governo brasileiro, no âmbito de organismos internacionais como a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS); regulamento sanitário internacional, com doenças que estão definidas como notificação compulsória internacional; epidemias, surtos e agravos inusitados, sendo todos os suspeitos de epidemias ou de ocorrência de agravo inusitados. Considerando o exposto devem ser observados e analisados os critérios em conjunto, respeitando as características próprias de cada doença (BRASIL, 2002).

Sabe-se que o Sistema de Informação de Notificação de Agravo (SINAN) foi desenvolvido no início da década de 90, com o objetivo de padronizar a coleta e processamento dos dados sobre agravos de notificação em todo território nacional, seu uso foi regulamentado por meio da portaria GM/MS nº 1.882, de 18 de dezembro de 1997, ficando desse modo os profissionais da saúde no exercício da profissão, bem como os responsáveis por organizações e estabelecimentos públicos e particulares de saúde e ensino, tem a obrigação de comunicar aos gestores do Sistema Único de Saúde a ocorrência de casos suspeito-confirmados dos agravos listados na Lista Nacional de Notificação Compulsória em todo Território Nacional – LDNC (BRASIL, 2008).

A Lista Nacional de notificação Compulsória é atualizada periodicamente, a mais recente foi estabelecida pela portaria SUS/MS nº 05 de 21/02/2006, onde são postados diferentes tipos de agravos infecciosos e parasitários. Podendo os estados e municípios incluir outros problemas de saúde pública, que considerem importante para sua região, considerando que não podem ser reduzidos os agravos já existentes na listagem. A ampliação da mesma é decidida mediante alguns critérios e magnitudes como o potencial de disseminação; transcendência; vulnerabilidade; compromissos internacionais; regulamento sanitário internacional; epidemias; surtos e agravos inusitados, que devem ser considerados de modo não linear, não sendo necessário o atendimento de todas estas exigências (MEDRONHO, 2006).

3.2 DIAGNÓSTICOS DE CASOS E INVESTIGAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

O diagnóstico de caso, por sua vez, depende da confiabilidade do sistema de notificação, em grande parte da potencialidade dos serviços locais de saúde, que são os responsáveis pelo atendimento e diagnóstico correto dos casos de doenças e agravos. No entanto, os profissionais deverão estar tecnicamente capacitados e dispor de recursos complementares para a confirmação da suspeita clínica (BRASIL, 2002).

Apesar de ser imprescindível o diagnóstico para alimentação do sistema de dados de forma adequada, não se faz necessário aguardar resultados laboratoriais para iniciar medidas de controle. Pois em relação a cada doença são definidos critérios de confirmação, que em algumas situações dispensam a realização de exames complementares, baseando-se exclusivamente na história clínico - epidemiológica (MEDRONHO, 2006).

O tratamento dos pacientes que apresentam diagnósticos clínicos compatíveis com doenças incluídas na lista de notificação compulsória é necessário para que assim haja a interrupção da cadeia de transmissão do agravo, direcionando uma atenção especial da rede de saúde que devem disponibilizar procedimentos como, assistência médica com boa qualidade ao paciente, proteção individual e proteção da população, para que seja interrompido precocemente a cadeia de transmissão da doença e controlar a ocorrência de eventos adversos à saúde da população (MEDRONHO, 2006).

Com base nas informações contidas na notificação a investigação epidemiológica visa complementar, conferir, confirmar e se necessário corrigir os dados contidos na mesma, buscando em especial informações sobre as fontes de informação, mecanismos de transmissão e existência de novos casos da doença anteriores ou posteriores ao caso investigado. Sendo assim, a etapa mais nobre da vigilância epidemiológica é a que permite instruir oportunamente as medidas de controle (MEDRONHO, 2006).

Em concordância ao exposto anteriormente citado, Rouquayrol; Almeida Filho (2003, p.328), diz que:

Investigação epidemiológica é um trabalho de campo, realizado a partir de casos notificados (clinicamente declarados ou suspeitos) e seus contatos, que tem como principais objetivos: identificar fonte e modo de transmissão; grupos expostos a maior risco; fatores determinantes; confirma o diagnóstico e determina as principais características epidemiológicas. O seu propósito final é orientar medidas de controle para impedir a ocorrência de novos casos.

Segundo Brasil (2006), a Investigação é um método de trabalho utilizado na ocorrência de casos novos, epidemias de doenças transmissíveis e agravos, passíveis de prevenção e controle pelos serviços de saúde, situação estas que expõem a população a risco e ameaças à saúde, sendo necessário ser detectado e controlado ainda em seus

estágios iniciais. Para que tal situação se concretize a explicação encontra-se no controle inadequado de fatores de risco, por falha na assistência a saúde e/ou medidas de proteção, tornando indispensável a necessidade de um estudo de campo a partir das informações já existentes, objetivando avaliar a ocorrência do ponto de vista de suas implicações para a saúde coletiva e adotar medidas de prevenção e controle pertinentes.

Concordando ainda com Brasil (2010) a investigação é uma atividade obrigatória de qualquer sistema local, sendo ele público ou privado de vigilância, devendo ser iniciada imediatamente após a notificação de casos isolados ou agregados de doenças e agravos, e sempre que possível conduzir a confirmação do diagnóstico a determinação das características, identificação de casos do fenômeno e a orientação sobre as medidas de controle adequadas da doença, seguindo o roteiro de investigação, que devem ser levantadas indagações sobre o caso; finalidade da investigação com adoção de medidas em tempo hábil; ficha de investigação que são os formulários do serviço de saúde específico para cada tipo de agravo; busca de pistas, visando obter a origem da transmissão; busca ativa de casos, realizando com vistas ao conhecimento de magnitude de ocorrência do evento.

3.3 PROCESSAMENTOS E ANÁLISE DOS DADOS

Visando a disposição do sistema rotineiro de coleta de dados, as investigações epidemiológicas são consolidadas, em tempo, lugar e pessoa, em tabelas, gráficos, mapas da área em estudo, fluxo de pacientes fornecendo uma visão ampla das variáveis selecionadas para análise (quando? Onde? Quem?), possível relação causal (por quê?). Além destas frequências absolutas, devem ser calculados coeficientes (incidência, prevalência, letalidade e mortalidade, entre outros), que permitem melhorar a comparação das ocorrências (BRASIL, 2002).

Nesta perspectiva, processados, os dados deverão ser analisados criteriosamente. Quanto maior oportuna e adequada for a análise, maior será a completude dessas atividades, orientando com mais eficiência o processo de decisão da ação (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003).

3.4 PLANEJAMENTO E DECISÃO DA AÇÃO

O desenvolvimento do planejamento é um processo racional para escolha de prioridades e para avaliação dos escassos recursos em saúde, a escolha deve ser feita entre estratégias alternativas para melhoria dos níveis da saúde (BEAGLEHOLE; BONITA; KJELLSTROM, 2003).

O desencadeamento do processo de vigilância tem início com a informação do problema de saúde que se destina à tomada de decisões e, por essa razão define-se a vigilância epidemiológica por meio da tríade **informação - decisão – ação**. A VE constitui-se em importante instrumento de prevenção e controle de doenças e fornece importantes subsídios para o planejamento, organização e operacionalização dos serviços de saúde, como também para a normatização de atividades técnicas correlatas (BRASIL, 2010, p.25).

A capacidade de existência da vigilância epidemiológica é servir para adoção de medidas de controle das doenças, com objetivos de eliminá-las, preveni-las e erradicá-las, bem como evitar a ocorrência de casos de óbitos, seqüelas e reduzir a morbimortalidade, com as suas repercussões negativas sobre a sociedade e a prestação de serviços de saúde. Sendo assim acredita-se que a análise dos dados resulte imediatamente em orientações e na aplicação de medidas de prevenção e controle pertinentes. Devendo ocorrer à nível mais próximo da ocorrência do problema, para que a intervenção seja mais oportuna e conseqüentemente, mais eficaz (BRASIL, 2002).

As medidas de controle podem ser dirigidas contra a fonte e a difusão da infecção e através da proteção de pessoas expostas. Um componente considerado importante nas medidas de controle é informar aos profissionais de saúde e ao público as causas prováveis, o risco de contrair a doença e os passos necessários para combatê-la. Uma vez implementada, a vigilância deve continuar para assegurar sua aceitabilidade e efetividade por meio do monitoramento e o contínuo acompanhamento das atividades de forma a segurar que estejam acontecendo de acordo com o planejamento (BEAGLEHOLE; BONITA; KJELLSTROM, 2003).

4 PERCURSO METODOLÓGICO

Neste capítulo será apresentado o percurso metodológico que se fez necessário para o desenvolvimento de todo o processo da pesquisa e/ou descrito todos os caminhos metodológicos que viabilizaram o desenvolvimento do presente estudo. Para atender as características científicas o pesquisador deve ir de acordo com as ações orientadas para almejar seus objetivos. Concordando com Gil (1999) pesquisa é o processo formal e sistemático para o desenvolvimento do método científico, tendo como objetivo principal alcançar respostas para os problemas mediante a utilização de procedimentos técnicos científicos.

4.1 TIPO DE PESQUISA

Para compreender e analisar o desenvolvimento das atividades em vigilância epidemiológica à nível Regional, realizou-se uma pesquisa do tipo descritiva e exploratória, com natureza quanti-qualitativa, uma vez que este método tem como análise estatística a investigação dos significados das relações humanas, privilegiando melhor compreensão do tema a ser estudado. Já as pesquisas exploratórias propiciam maior familiaridade com o problema, ou seja, tem o intuito de torná-lo mais explícito. E as descritivas descrevem as características de determinada população ou fenômeno (FIGUEIREDO, 2004).

Para Minayo (1999), a abordagem quantitativa é definida pela população e busca um critério de representatividade numérica que possibilite a generalização dos conceitos teóricos que se quer testar. Ela transforma em números opiniões e informações oferecidas pelos pesquisados, por meio de recursos e técnicas estatísticas para classificá-las e analisá-las, tudo isso associado ao estudo descritivo e exploratório.

Partindo assim do pressuposto teórico descritivo e exploratório da pesquisa enfatizar-se-á a percepção que os participantes têm diante da prática profissional em vigilância epidemiológica, no contexto institucional no qual estão inseridos. Para atingirmos os objetivos propostos em relação ao desenvolvimento das atividades de vigilância epidemiológica, foi desenvolvido um levantamento bibliográfico com os autores que trabalham com o tema.

4.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada em 10 (dez) municípios que fazem parte da II Unidade Regional de Saúde, (II URSAP), em Mossoró-RN, a referida instituição foi de suma importância para o suporte técnico em saúde para os seus municípios pertencentes, foi o termo decisivo para nossa escolha, que tem como foco principal para pesquisa o programa de Vigilância Epidemiológica dos referidos municípios, em que todas as ações desenvolvidas pelos mesmos são baseadas a partir dos pressupostos do Sistema Único de Saúde – SUS.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

O universo da pesquisa foi composto por secretários municipais de saúde dos municípios pertencentes a II URSAP, que atuam na área de Saúde e teve uma amostra de 10 (dez) secretários, que corresponde a 37%%, dos 27 (vinte sete) municípios. A escolha dos mesmos foi realizada devido à ausência de coordenadores na Vigilância Epidemiológica da maioria dos municípios pertencentes a II URSAP, sendo eles os mais acessíveis e responsáveis indiretamente pela cobrança do devido funcionamento das atividades em seus municípios. Concordando com Parra; Santos (2003), quando dizem que sendo impossível de fazer um levantamento da população ou do universo dos elementos que a compõem, sendo na realidade deste 27 municípios, a técnica que vai ser utilizada é a de trabalhar com uma parcela dessa população, denominada amostra, que possa conter todas as características da população ou universo. O critério de escolha foi a amostragem casual estratificada, em que foram definidos os participantes por números de habitantes de cada município, dividindo por estratos, para melhorar a representatividade da amostra (HADDAD, 2004). E como critério de inclusão, necessitou-se que o participante pesquisado estivesse secretário de saúde de município da II URSAP, com disponibilidade e interesse para participar da pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.

4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Os dados da pesquisa foram coletados através da aplicação de questionário com perguntas abertas e fechadas estruturadas (Apêndice B), por se tratarem de

profissionais de uma mesma categoria. Na análise, foram identificados por números, partindo da elaboração de um plano esquematizado, a fim de facilitar o desenvolvimento, que especifique os pontos de pesquisa e os critérios para a seleção dos possíveis pesquisados e dos informantes que responderão aos questionários (ANDRADE, 2005).

4.5 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu no mês de setembro de 2010, desenvolvida nos municípios da II URSAP, de acordo com a disponibilidade e aceitabilidade de cada participante secretário de saúde, com início logo após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa institucional e assinatura do participante no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

As ordens para coleta de dados obedeceram às seguintes etapas:

A) Escolher os secretários municipais de saúde conforme os requisitos pré estabelecidos, em que será pesquisada a cidade por número de habitantes para que possamos estudar as realidades diversas;

B) Contactar os possíveis participantes informando o propósito da pesquisa, a importância da participação, garantia do anonimato e apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), observando a capacidade e interesse dos participantes convidados em contribuir para o estudo, agendando a entrega do questionário conforme a disponibilidade dos mesmos;

C) entregar questionário, colher assinatura no TCLE e determinar a data para devolução do mesmo.

4.6 ANÁLISES DOS DADOS

Para a análise dos dados desta pesquisa serão aplicados os métodos, quantitativo e qualitativo e os resultados serão discutidos utilizando-se a literatura pertinente ao tema.

Para os dados quantitativos serão analisados estatisticamente utilizando o Excell 2007, os resultados apresentados em tabelas e quadros. A obtenção da coleta de dados, análise e distribuição do conteúdo, se fez necessário a interpretação dos dados, buscando relação e respostas com padrões para confrontar os referidos dados com os

objetivos propostos. Foi utilizada a técnica de Análise do Discurso do Sujeito Coletivo, trabalhando a palavra, a prática da linguagem realizada por emissões identificáveis, levando em consideração o significado do conteúdo para as questões qualitativas (LEFEVRE, 2005). E a análise quantitativa que foi utilizada para apresentar os dados através de quadros e tabelas. No qual ofereceu suporte teórico metodológico no desenvolvimento e esclarecimento das questões elencadas no questionário aplicado.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

A resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196 de 10 de outubro de 1996, que aprova as normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, uma vez que incorpora a ótica do indivíduo e das coletividades, os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, benefícios e justiça, visando ainda assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao estado. Utilizou-se como base também a Resolução 311/07 COFEN, que rege a pesquisa com seres humanos. Foi utilizado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Apêndice A), em que exige o esclarecimento dos sujeitos, que se faça em linguagem acessível, incluindo os objetivos e procedimentos que serão utilizados, os desconfortos, riscos e benefícios esperados, objetivando respeitar todos os princípios que regem a participação de seres humanos em pesquisa (FONTINELE, 2003).

Esse projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE, para ser apreciado pelos membros deste e após aprovação foi emitida a certidão (ANEXO) para a realização da pesquisa. Após aprovação foi enviado Ofício a II URSAP para liberação do campo para realização da pesquisa. Cabe ressaltar que foi preservado o sigilo dos dados quanto à identidade dos indivíduos da pesquisa. Todos os indivíduos foram esclarecidos com relação ao objetivo desse estudo e receberam uma cópia do termo. Não houve recusa por parte dos entrevistados em participar da pesquisa.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Neste capítulo, será apresentada a análise e discussão dos resultados do estudo realizado, que põe em cena os secretários (as) de saúde sobre o papel da vigilância epidemiológica na teoria e realidade. Foi aplicado um questionário referente ao entendimento dos profissionais e o desenvolvimento das atividades em vigilância segundo a opinião dos colaboradores. Os dados foram analisados de forma quanti-qualitativa, análise esta dividida em nove questões norteadoras promovendo melhor compreensão aos leitores. E como forma de garantir o anonimato dos participantes, foi dividido por estratos para uma melhor representatividade da amostra de acordo com o número de habitantes de cada município que será identificado no presente estudo da seguinte forma: de 0 à 5.000 habitantes sua identificação será pela letra ‘A’; 5.001 à 10.000 habitantes, letra ‘B’; de 10.001 à 15.000 habitantes letra ‘C’; 15.001 à mais, letra ‘D’. e os respectivos municípios individualmente serão caracterizados por números que variam de 01 à 10.

5.1 CARACTERIZAÇÕES DOS SUJEITOS DO ESTUDO

Para caracterização da amostra dos 10 profissionais secretários (as) de saúde participantes da pesquisa que trabalham nos municípios de jurisdição da II Unidade Regional de Saúde Pública (II URSAP), utilizaram-se as variáveis: profissão, idade, sexo, município em que trabalham.

Tabela 1 – Caracterização da profissão dos secretários de Saúde entrevistados que atuam nos municípios de jurisdição da II Unidade Regional de Saúde (II URSAP) de Mossoró/RN, 2010.

FORMAÇÃO	nº	f (%)
Técnico de enfermagem	04	40%
Enfermeiro (a)	02	20%
Farmacêutico	01	10%
Outros	03	30%

Total	10	100%
--------------	----	------

Tabela 2 – Caracterização da idade dos secretários de Saúde entrevistados que atuam nos municípios de jurisdição da II Unidade Regional de Saúde (II URSAP) de Mossoró/RN, 2010.

IDADE	n°	f (%)
20 a 25	03	30%
26 a 30	03	30%
31 a 35	00	
36 a 40	00	
>40	04	40%
Total	10	100%

Tabela 3– Caracterização do sexo dos secretários de Saúde entrevistados que atuam nos municípios de jurisdição da II Unidade Regional de Saúde (II URSAP) de Mossoró/RN, 2010.

SEXO	n°	f (%)
Feminino	08	80%
Masculino	02	20%
Total	10	100%

Dos 10 secretários de saúde que correspondiam à amostra e atendia aos critérios de inclusão, que foram participar voluntariamente da pesquisa e concordar em assinar o TCLE, todos aceitaram, e a amostra final ficou composta por 10 secretários de saúde.

Como mostram os dados na tabela acima dos 10 (100%) pesquisados 02 são do

sexo masculino (20%), do sexo feminino 08 (80%) e a média de idade variou de 20 a mais de 40 anos. Ainda conforme pesquisa foi verificada que em relação à profissão destes, 04 (40%) são técnicos de saúde, 02 (20%) são enfermeiros, 01 (10%) farmacêuticos e 03 (30%) são outros, no qual não foram informados pelos pesquisados. Sendo assim, percebe-se que 70% dos entrevistados já têm algum tipo de qualificação na área da saúde, qualificação esta que reflete diretamente no desenvolvimento de suas atividades e atenção como gestor da saúde para a vigilância epidemiológica.

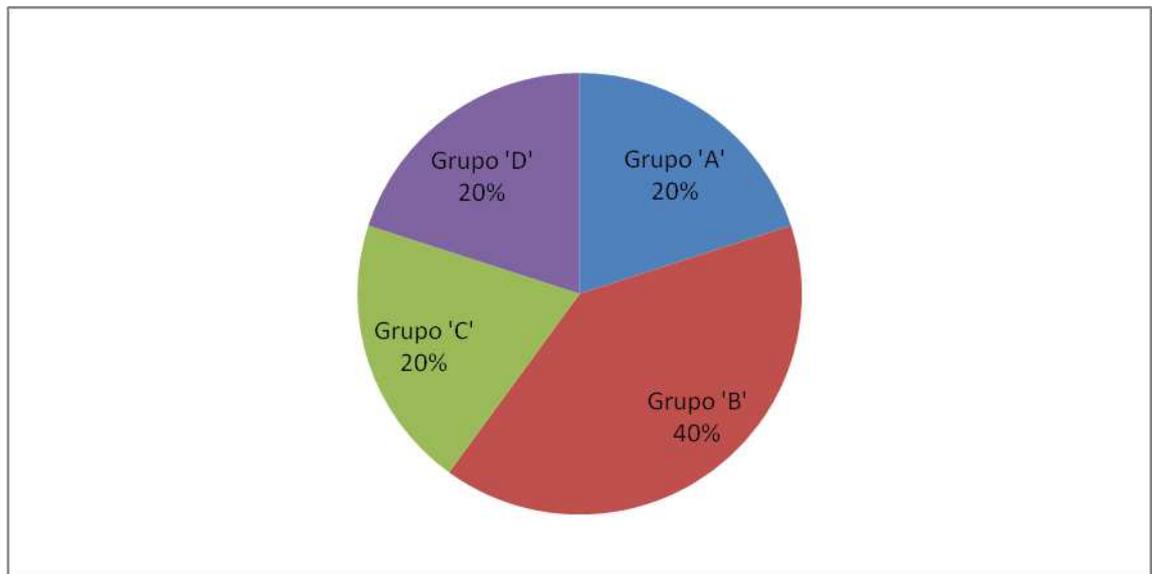


GRÁFICO 1. Distribuição dos secretários (as) conforme o número de habitantes dos municípios de jurisdição da II Unidade Regional de Saúde Pública (II URSAP) - Mossoró/RN.

Fonte: Pesquisa de campo, 2010.

Conforme dito a pesquisa foi realizada nos municípios de jurisdição da II Regional de Saúde Pública (II URSAP) de Mossoró-RN, sendo representada da seguinte forma após sorteio realizado: no Grupo 'A' ficaram os municípios que atingiam a margem de habitantes de 0 à 5.000, representando 20%, já no grupo 'B' 5.001 à 10.000 habitantes e representou 40%, para o grupo 'C' 10.001 à 15.000 habitantes ficou com 20%, no grupo 'D' finalizam os municípios com mais de 15.000 habitantes, 20%. Tais municípios foram escolhidos por esta representatividade para ter uma melhor representação da amostra com as realidades diversas da amostragem.

5.2 DADOS REFERENTES AO TEMA DA PESQUISA

Após o término do recolhimento de todos os questionários procedeu-se a

leitura exaustiva de todas as respostas, consolidação e análise, tendo-se como norteador o tema e os objetivos propostos para este estudo, buscando-se as representações concretas dos significados nas falas dos sujeitos. Os dados estão divididos a partir de questões norteadoras.

1. O que você entende por vigilância Epidemiológica?

IDÉIA CENTRAL	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO
A-01 Busca de dados e soluções	A-01 <i>“É a parte da saúde que é responsável pela busca de dados de agravos, para coletar, analisar e intervir e buscar soluções”.</i>
B-02 Gerar informações	B-02 <i>“Gerar informação pertinente e promover o seu uso, como propósito de medidas para a melhoria da saúde pública, detectar variações e tendência traçar o papel das doenças, priorizar problemas agir em função do diagnóstico da situação e etc”.</i>
D-03 Informações do processo saúde doença e construção do perfil epidemiológico	D-03 <i>“Sucintamente, informações colhidas sobre o processo saúde-doença utilizadas para o controle, cura, irradicação das doenças e agravos em saúde. Oferece subsídios para construção dos perfis epidemiológicos e sua modificação e aponta caminhos para novas políticas públicas em saúde”.</i>
C-04 Ferramenta metodológica mais importante para o controle de doenças	C-04 <i>“A vigilância é hoje a ferramenta metodológica mais importante para controle de doenças seja de casos isolados ou de surtos tendo como objetivo principal proteger a saúde pública em adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos”.</i>
B-05 Meio de gerenciar ações	B-05 <i>“É um meio de gerenciar ações de controle e estratégias de promoção e prevenção à saúde”.</i>

D-06 Diagnóstico da situação de saúde/doença e planejamento	<i>D-06 “diagnóstico da situação de saúde/doença do município, permitindo construção de planejamento da situação, monitoramento e avaliação. A vigilância acompanha, planeja, executa e avaliação de resultados. Faz parte da vigilância à saúde (epidemiológica, trabalhador, sanitária e ambiental”.</i>
B-07 Notificação de agravos	<i>B-07 “Controle, ou seja monitoramento das doenças que podem ser evitadas através da prevenção. Esse monitoramento se dá através das notificações dos agravos semanalmente”.</i>
B-08 Conhecer o perfil dos agravos e promover soluções	<i>B-08 “É um serviço, cuja finalidade é conhecer o perfil dos agravos que acometem a população e promover soluções para esses agravos para melhorar a saúde da população”.</i>
C-09 Controle de doenças	<i>C-09 “É a vigilância que atua no controle de doenças”.</i>
A-10 É determinante para saúde da população	<i>A-10 “É determinante na saúde da população, apresenta riquezas de dados e notificação, ajuda na prevenção de doenças e agravos”.</i>

QUADRO 1 Entendimento dos profissionais sobre a vigilância epidemiológica.

Fonte: pesquisa de campo, 2010

As idéias centrais relatadas por grande parte dos profissionais pesquisados a respeito do entendimento dos mesmos sobre o referido assunto, apresentam a vigilância epidemiológica como meio de gerenciamento de ações, controle de doenças, diagnóstico da situação saúde/doença, informações do processo saúde/doença e construção do perfil epidemiológico, busca de dados e soluções, gerando informações sendo colocado como uma ferramenta metodológica mais importante para o controle de doenças. Com esta perspectiva podemos dizer que os pesquisados entendem sobre o processo de desenvolvimento da vigilância com base nos discursos analisados, concordando com

Brasil (2002) a vigilância epidemiológica tem como propósito, fornecer orientações técnicas permanente para os responsáveis pela decisão e execução de ações de controle de doenças e agravos, tornando para este, informações atualizadas sobre a ocorrência desses agravos, bem como dos fatores condicionantes, em determinada área geográfica ou população definida. Nesta perspectiva a vigilância epidemiológica constitui-se, ainda em importante instrumento para planejamento, a organização e a operacionalização dos serviços de saúde, assim como também para normatização de atividades técnicas correlatas.

Pois mesmo ficando claro que os referidos pesquisados entendem sobre o processo de funcionamento da vigilância epidemiológica, percebemos que as idéias centrais B-07 e C-09, expressam de forma reduzida o entendimento destes acerca do assunto, em que colocam a vigilância somente a notificação de agravos e controle de doenças, pois a notificação é a comunicação de qualquer ocorrência de doenças ou agravo a saúde e o controle de doenças são ações dirigidas a fontes de infecção ou proteção de pessoas expostas. Sabendo assim que estes estão de acordo com o propósito da epidemiologia, mas como já mencionado anteriormente a vigilância apresenta suas respectivas funções de forma mais abrangente.

Para Rouquayrol; Almeida (2003), A vigilância è uma ciência que estuda os fatores do processo saúde-doença em coletividade humana analisando, investigando a distribuição e os fatores condicionantes das enfermidades, riscos e eventos associados à saúde coletiva, propondo medidas específicas de prevenção, controle, ou erradicação de doenças, e fornecendo indicadores que sirvam de suporte ao planejamento, administração e avaliação das ações de saúde, para cada situação de casos novos, confirmados e/ou suspeitos.

Concordando ainda com Brasil (2002) a capacidade de existência da vigilância Epidemiológica é servir para adoção de medidas de controle das doenças com objetivo de eliminá-las, preveni-las e erradicá-las, bem como evitar a ocorrência de casos de óbitos, seqüelas e reduzir a morbimortalidade, visando uma maior efetividade nas intervenções, desta forma a qualidade dos dados coletados e da investigação realizada, possibilitam a tomada de decisões e ações com maior probabilidade de impacto sobre os órgãos.



GRÁFICO 2 Existência da equipe de vigilância epidemiológica no município.
Fonte: Pesquisa de campo, 2010.

Ao analisar o gráfico 2 verificamos que a existência de uma equipe de vigilância epidemiológica em 08 (80%) dos municípios e 02 (20%) informa que não existe uma equipe para este fim. Pois o não funcionamento de uma equipe de vigilância epidemiológica trás sérios problemas para a população, de forma que a saúde da coletividade não pode ficar acompanhamento e monitoramento dos agravos. De acordo com Brasil (2008) a portaria GM/MS nº 1.882, de 18 de dezembro de 1997 regulamenta que todo profissional da saúde no exercício da profissão, bem como os responsáveis por organizações de estabelecimentos públicos e particulares de saúde e ensino, têm a obrigação de comunicar aos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) a ocorrência de casos suspeito-confirmados dos agravos listrados na Lista Nacional de Notificação Compulsória em Todo Território Nacional (LDNC).

Brasil (2010) confirma que todos os profissionais sejam eles de rede pública ou privada e conveniada, como também, diversos níveis do sistema municipal, estadual e federal, têm como atribuições de vigilância epidemiológica, dependendo da inserção profissional e da capacidade executiva, técnica e gerencial de cada área, desenvolver as atribuições pertencentes à vigilância de modo organizado a garantir o cumprimento de suas principais atividades, envolvendo a coleta e processamento dados, análise e interpretação dos dados processados, investigação de casos e surtos, recomendações e promoção das medidas de controle adotadas, avaliação da eficácia e efetividade das medidas, divulgação de informações pertinentes dentre outras.

Sendo assim, é bem verdade que todos os prestadores de serviço à saúde da população não devem permitir que a situação de saúde de uma determinada área seja desprezada do monitoramento epidemiológico, visto que na citação anterior, é bem claro

as atribuições e competência de cada setor, diante do exposto é preocupante que ainda 20% dos municípios pesquisados se mostram fora do padrão preconizado pelo Ministério da Saúde, repercutindo na saúde da população ficando a mercê das doenças e dos agravos.

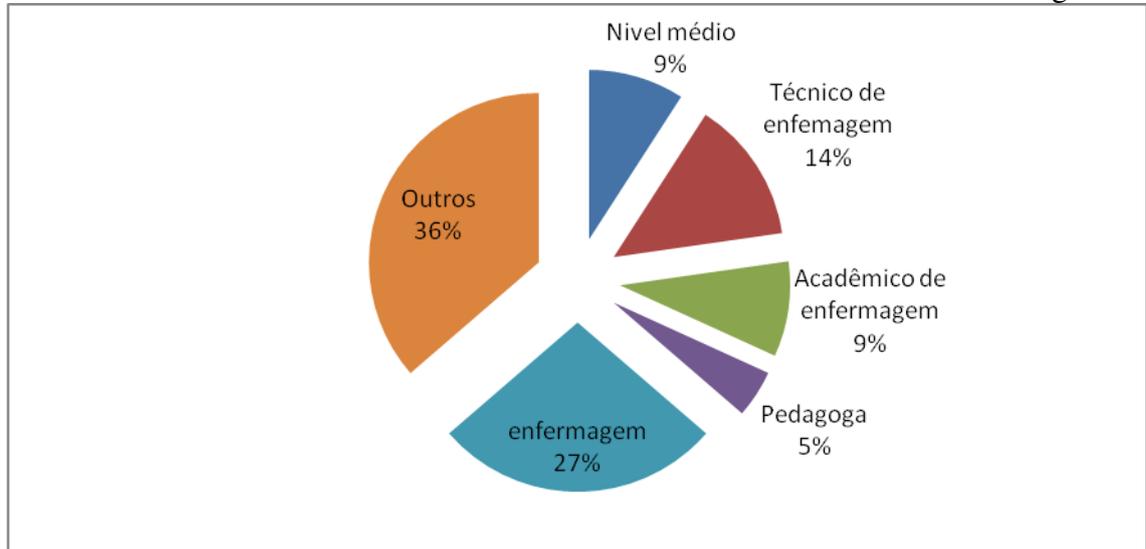


GRÁFICO 3 Quantidade de profissionais que fazem parte da equipe de vigilância e a formação destes.

Fonte: Pesquisa de campo, 2010

Com relação a quantidade de profissionais que compõem a equipe de vigilância epidemiológica e a formação destes, podemos verificar, conforme o gráfico 4.5, 02 (9%) tem como grau de instrução nível médio, 03 (14%) são técnicos de enfermagem, 02 (9%) acadêmicos de enfermagem, pedagoga 01 (5%), enfermeiros 06 (27%) e outros dos quais não foram informados pelos pesquisados seus respectivos graus de escolaridade ficando com 08 (36%) desta margem que totaliza 22 profissionais que formam a equipe de vigilância distribuídos em 08 municípios dos 10 pesquisados.

Para a formação de uma equipe de vigilância epidemiológica não foram encontradas regras e exigências das quantidades exatas de profissionais para este fim, pois as orientações do Ministério da Saúde preconizam e reforçam a responsabilidade dos profissionais que estejam a serviço de saúde, seja ele órgão público ou privado de notificar casos de doenças e agravos compulsórios, sabendo assim que a informação gerada é de grande valor na qualidade do processo saúde-doença, para o planejamento e desenvolvimento de ações com os dados existentes, é de responsabilidade da instância local, adequar em quantidade, conforme necessário os profissionais e capacitá-los para o desenvolvimento do serviço, de acordo com cada realidade (BRASIL, 2008).

2 Quais são as atividades desenvolvidas no município em vigilância epidemiológica?

IDÉIAL CENTRAL	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO
A-01 Notificação de agravos.	A-01 “Notificação, multirão para combater agravos”.
B-02 Campanhas e busca de agravos.	B-02 “Campanhas de vacinas, busca ativa de agravos”.
D-03 Investigação de agravos, educação em saúde e bloqueio de comunicantes.	D-03 “Notificação e investigação de agravos, busca ativa de casos, educação em saúde, bloqueio de comunicantes”.
C-04 Notificação com avaliação dos bancos de dados e ações de promoção a saúde.	C-04 “Notificação e investigação dos agravos, avaliação dos bancos de dados do sistema SINAN, ações de promoção a saúde”.
B-05 visitas domiciliares, atividades educativas, inspeção e cadastramento de estabelecimento	B-05 “Visita domiciliar, atividades educativas e promocionais com caminhadas com a comunidade, inspeção e cadastramento de estabelecimento e outros”.
D-06 Educação continuada em saúde, divulgar informações, notificação de agravos.	D-06 “Atividades de campo, orientações técnicas permanentes, educação continuada em saúde, divulgar informações, notificação investigação agravos saúde/doença, normatização de atividades, coleta de dados”.
B-07 Campanhas educativas.	B-07 “Palestras, orientações e campanhas educativas”.
B-08 Investigação de casos, notificação, palestras e divulgação dos trabalhos realizados.	B-08 “Investigação de casos de notificação compulsória, notificação de casos e de surtos, palestras com profissionais de saúde e com a comunidade ou público comprometido

	por um determinado agravo, divulgação dos trabalhos realizados”.
C-09 Notificação semanal de agravos.	C-09 “Apenas notificamos semanalmente os agravos”.
A-10 busca ativa, vacinação, planejamento e execução de ações.	A-10 “Busca ativa de casos, vacinação, planejamento e execução de ações”.

QUADRO 2 Atividades desenvolvidas nos municípios

Fonte: Pesquisa de Campo, 2010.

No que diz respeito às atividades desenvolvidas no município em vigilância epidemiológica, as idéias centrais mostram de modo coerente a notificação de agravos, educação em saúde, investigação, planejamento, execução de ações, divulgação de trabalhos e informações em saúde e avaliação de bancos de dados, são algumas das tarefas priorizadas pelos municípios que responderam a referida questão. Pois as medidas em vigilância são dependentes da completitude do processo, como o controle de doenças, que devem ser por sua vez desenvolvido após o perfil da população e/ou diagnosticado o agravo. Atividades educativas devem ser desenvolvidas para alerta e/ou informa a população sobre a ocorrência de qualquer intercorrência que possa vim a prejudicá-los e necessariamente expor o risco e os métodos de prevenção mediante situações de risco, esclarecer as responsabilidades e as normas a serem executadas pela população e profissionais da saúde. Pois estas atividades não podem ser desenvolvidas em partes, além do que se faz necessário e importante que todo profissional em serviço da saúde desenvolva as atividades correlatas.

Para Medronho (2006) a vigilância epidemiológica desencadeia suas atividades a partir da ocorrência de um evento sanitário de casos suspeitos ou confirmados de doenças sob vigilância. A coleta de dados é uma etapa muito importante para o processo, pois estes dados, denominados primários ou básicos ao serem processados, darão origem à informação que permitirá o planejamento e a execução das ações.

Concordando com Rouquaryol; Almeida (2003) a notificação é a comunicação da ocorrência de determinada doença ou agravo a saúde que auxiliará na decisão da informação para acelerar o processo de divulgação dos dados, que deve ter qualidade e veracidade para eficácia do sistema.

As atividades oferecidas pela vigilância influenciam direta e indiretamente no processo saúde doença da população. Concomitantemente com Brasil (2008), enfatiza que as atribuições pertencentes à vigilância epidemiológica se organizam de modo a garantir o cumprimento de suas principais atividades envolvendo a coleta e processamento de dados; análise e interpretação dos dados processados; investigação epidemiológica de casos e surtos; recomendações e promoção das medidas de controle adotadas; avaliação da eficácia e efetividade das medidas adotadas; divulgação de informações pertinente dentre outras.

Considerando que alguns dos profissionais em serviço na vigilância, não são da área da saúde, como já mencionado anteriormente nas discussões dos sujeitos, é bem provável que este episódio venha a repercutir na oferta para população, como mostra nesta análise. Diante das atividades desenvolvidas, pelos pesquisados, é perceptível a fragilidade do sistema, podendo ser atribuída a relação em virtude da área de atuação e/ou qualificação destes, onde temos como exemplo o município cujo secretário B-07, tem em sua equipe um pedagogo, um nível médio e um acadêmico de enfermagem, observando sua resposta quanto as atividades desenvolvidas, o mesmo diz que “*palestras, orientações e campanhas educativas*” são os serviços oferecidos a população. Analisando a fala, podemos concluir que tudo se resume em uma só atividade, ou seja, educação em saúde. Sendo assim, as demais atividades do sistema ficam inativas e os serviços oferecidos na coletividade deixam fragilizada a situação de saúde desta área de abrangência.

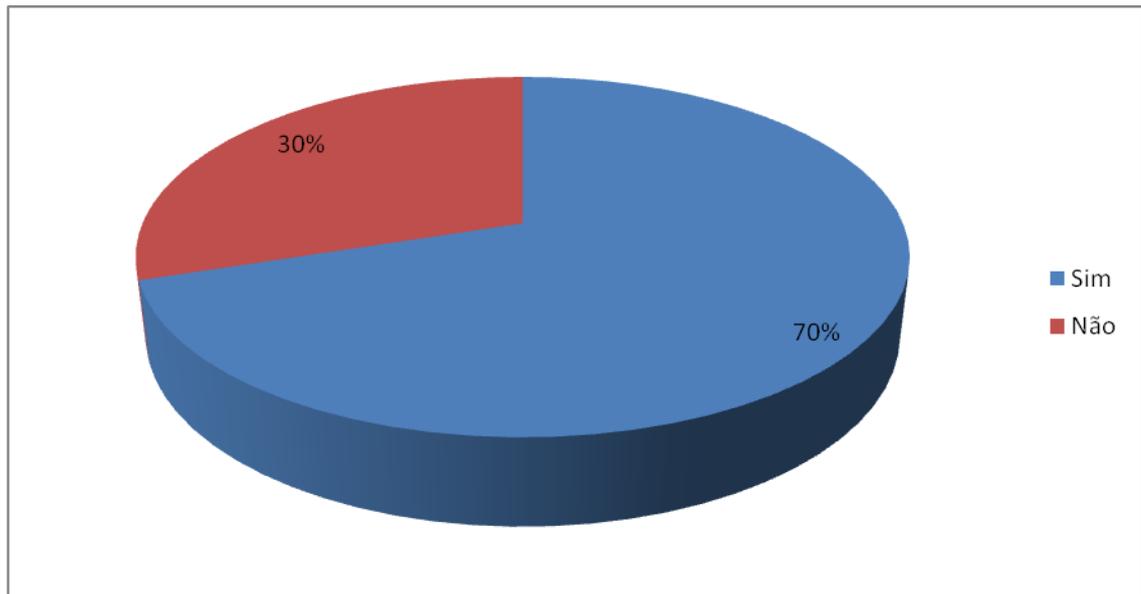


GRÁFICO 4 Existência de fatores que interferem no desenvolvimento das atividades de vigilância epidemiológicas.

Fonte: Pesquisa de campo, 2010.

Após analisar o gráfico 4 podemos verificar que em (70%) dos entrevistados confirmaram a existência de fatores que interferem no desenvolvimento das atividades de vigilância e 30% responderam que não há interferência no desenvolvimento das respectivas atividades. Pois destes 30% que não enfrentam problemas no serviço, mostram que existe uma equipe de vigilância no município e as atividades assim desenvolvidas de modo reduzido como é o caso dos pesquisados B-02; B-07 e D-06 já citados em análises anteriores.

3 Quais são os fatores que interferem no desenvolvimento da vigilância epidemiológica.

IDÉIAL CENTRAL	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO
A-01 Falta de profissionais exclusivos para o serviço.	A-01 “Falta de profissionais que estejam exclusivamente integrados na vigilância epidemiológica, porque estes estão ocupados com outras atividades”.
D-03 Resistência de realizar notificação, envio e encerramento de investigação em prazo inoportuno.	D-03 “Resistência da classe médica em realizar notificações (subnotificações), envio irregular de notificações dos ESF a SMS, encerramento de investigações em prazo inoportuno”.
C-04 Equipe pequena	C-04 “equipe muito pequena”
B-05 Falta de orçamento e recursos humanos.	B-05 “Orçamento e falta de recursos humanos”

B-08 Equipe limitadíssima, falta de recursos financeiros e acúmulo de funções.	B-08 “Equipe de profissionais limitadíssima, falta recursos financeiros, acúmulo de funções por parte do profissional da V.E., por não ser exclusivo acaba fazendo um trabalho limitado”.
C-09 Falta de equipe	C-09 “Não existe uma equipe formada”
A-10 Falta de pessoas qualificadas.	A-10 “Falta de recursos humanos, pessoas qualificadas para o serviço”.

QUADRO 3 Fatores que interferem no desenvolvimento da VE.

Fonte: Pesquisa de Campo, 2010.

No que diz respeito às dificuldades encontradas pelos municípios para o desenvolvimento das atividades em vigilância nas idéias centrais os pesquisadores concordaram em maioria que suas maiores dificuldades estão realmente na falta de recursos humanos. Sobre isto Brasil (2006) reconhece a existência de dificuldades nos municípios para assegurar o desenvolvimento de um sistema epidemiológico sensível e efetivo. Pois são vários os fatores que comprometem este, como insuficiência de recursos humanos, resistência institucional ao processo de descentralização, incipiente capacidade instalada para diagnosticar, investigar e programar ações de controle e ainda limitações dos recursos disponíveis para o setor saúde.

Tendo em vista que é de responsabilidade de todo o país investir e proporcionar o desenvolvimento das atividades de vigilância. Sobre isto Aguiar; Ribeiro (2009) trazem que em 2005 foi aprovado o novo regulamento Sanitário Internacional (RSI 2005) que entrou em vigor no país em 15 de junho de 2007. O documento estabelece um código de condutas, gerando compromissos e responsabilidades para que os países invistam em proteção, promoção e controle das doenças, com a intenção da saúde pública fornecer resposta proporcionada e restrita aos riscos.

Ficando claro que é de inteira responsabilidade de cada nível que seus gestores se responsabilizem pelo desenvolvimento adequado do sistema, fazendo necessária a escolha de pessoas responsáveis em praticar as atividades para que possam contribuir para a vigilância epidemiológica na população. É inaceitável que casos como visto no discurso **D-03** “Resistência da classe médica em realizar notificações (subnotificações), envio irregular de notificações dos ESF a SMS, encerramento de investigações em prazo inoportuno”. Ocorra com tanta magnitude e frequência, visto que subnotificação é um caso de inobservância ao que preconiza o ministério da saúde, pois sabe-se que pode acarretar grandes consequências para população a prática de um ato como este,

podendo ser um caso de infração de serviços na saúde pública, para as autoridades e profissionais responsáveis.

Há dificuldades também nos recursos financeiros vistas em sua maioria pelos pesquisados. Pois atribuem a esta grande parte da escassez dos serviços, é instigante quando vemos em nota que os recursos destinados as atividades são repassados fundo-a-fundo para as autoridades competentes, talvez seja o caso de não existir um planejamento adequado para a distribuição destes no serviço de vigilância, refletindo assim na falta e/ou limitação de profissionais e insumos para o adequado desenvolvimento das atividades, ficando assim a vigilância a mercê do limitado

Para Brasil (2010) diz que os recursos financeiros destinados ao desenvolvimento das ações e atividades são transferidos fundo-a-fundo para as secretarias municipais e estaduais de saúde, os mesmas dispõem de autonomia técnica, administrativa e financeira para o desenvolvimento de suas funções.

Ainda de acordo com Brasil (2006), a definição teto financeiro para estados e municípios considerou as diferenças epidemiológicas regionais e operacionais, como também valores diferenciados de acordo com a extensão territorial do município, acrescentando um valor fixo per capita para os municípios que assumem a gestão das ações. As portarias nº 1.339/GM de 15/12/99 E Nº 950 de 23/12/99 estabeleceram a competência da União, estados, distrito federal e municípios as condições para certificação dos diversos níveis, na gestão das ações epidemiológicas e a controle de doenças, ficando a PPI (Programação Pactuada Integrada) como eixo de negociação das atividades desta área, a forma de repasse fundo-a-fundo, a partir da certificação dos estados e municípios, descentralizando as atividades de controle dos serviços de vigilância epidemiológica com o programa saúde da família, entre outras disposições.

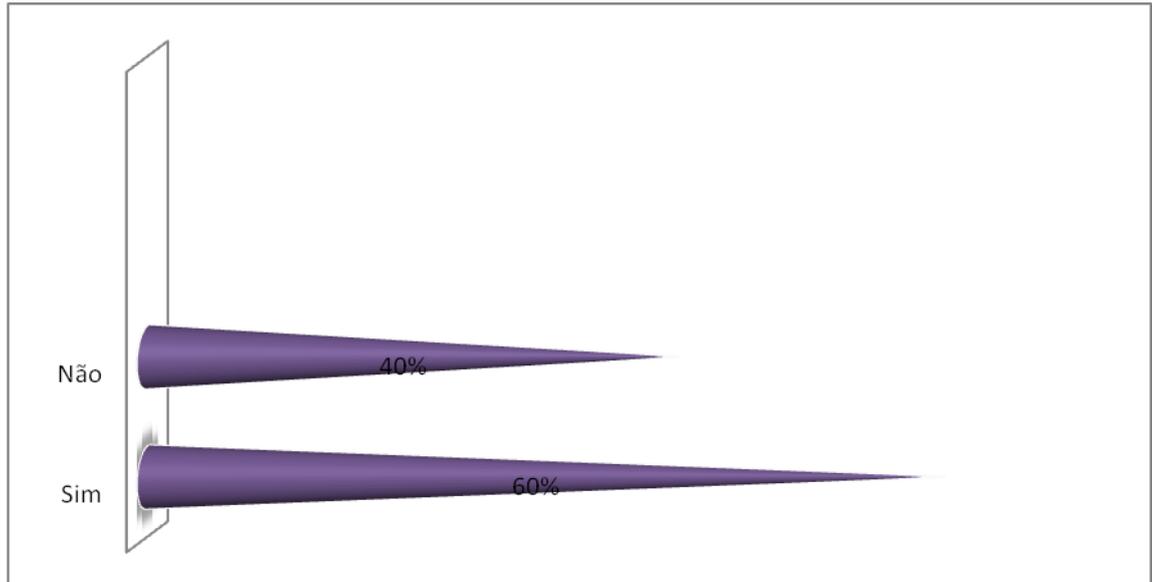


GRÁFICO 5 Capacitação dos profissionais que trabalham na vigilância epidemiológica.

Fonte: Pesquisa de campo, 2010.

Dos profissionais que trabalham na vigilância epidemiológica dos 22 citados pelos pesquisados 60% acreditam estar capacitados para realizar o desenvolvimento das atividades em vigilância, já 40% informaram que não são capacitados para este fim. Sabe-se que o não entendimento do desenvolvimento do processo pode vir a repercutir na saúde da coletividade, uma vez que por falta de conhecimento estes profissionais de base, poderão causar epidemias, pandemias e outros, pela falta de conhecimento para o diagnóstico prévio e/ou bloqueio de casos, por isso se faz necessário o entendimento mesmo prévio do trabalho a ser desencadeado pelos profissionais do sistema, como já foi citado nesta pesquisa em discurso de sujeitos que até casos de subnotificação, ficha de investigação não encerrada, ou encerrada fora do prazo entre outras deficiências do sistema, pois isso acarreta para população, grandes prejuízos à saúde e fica aos municípios a irresponsabilidade de descumprimento de normas e decretos destinados ao mesmo.

Brasil (2006) o Ministério proporciona instrumentos legais específicos que representam grande avanço no SUS, por realizar a capacitação e ampliação das equipes de profissionais que atuam em vigilância epidemiológica, elevando a capacidade de análise de informação e execução das ações dos municípios, conferindo maior agilidade ao desencadeamento de ações decorrentes.

4 Mediante negação dos profissionais, o porquê destes não estarem capacitados no

serviço.

IDEIA CENTRAL	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO
A-01 Falta de treinamento	<i>A-01 “Por falta de treinamentos”.</i>
C-04 Rotatividade de profissionais	<i>C-04”Rotatividade de profissionais, capacitação em profissionais com cargos comissionados”.</i>
B-05 Ocupação de cargos de chefia	<i>B-05 “Porque nós contamos com cargos de chefia que são ‘meros cargos política’”.</i>
A-10 Não existe equipe só para o serviço	<i>A-10 “Porque não existe equipe designada só para o serviço”.</i>

QUADRO 4 Motivos para os profissionais não estarem capacitados.

Fonte: Pesquisa de campo, 2010.

No que diz respeito à falta de profissionais capacitados no serviço a idéia central expressa o giro dos profissionais, por estes fazerem parte de um cargo político e/ou chefia. Como é o caso do discurso exposto, *C-04”Rotatividade de profissionais, capacitação em profissionais com cargos comissionados”*. É compreensível que existem as capacitações, mas a rotatividade e a questão das ocupações serem oferecidas a cargo comissionados politicamente, prejudica na eficácia do sistema, pois é bem verdade que se é o caso da existência nestes referidos municípios de cargos de chefia, faz necessário um adequado planejamento em equipe para designar como multiplicador o servidor que seja efetivo no município, para que sempre na ocorrência de mudança na equipe ter uma pessoa adequada para capacitar o novo membro que chegar, ajudando assim para que não ocorra a descontinuidade dos serviços prestados no cuidado da saúde na população.

Concordando com Aguiar; Ribeiro (2009) há dificuldade com a execução do processo de trabalho, visto a necessidade de formação de sujeitos devidamente habilitados e capacitados ética e tecnicamente para a execução das atividades inerentes à vigilância.

Para Medronho (2006) o grande desafio, atualmente é fazer com que as unidades incorporem, na sua prática estrutura e dinâmica, o compromisso continuado em atingir melhores índices de qualidade, sendo de suma importância e extremamente necessário a criação de um núcleo de epidemiologia no nível local que trabalhe com a organização e avaliação dos serviços é um importante passo para a modificação da situação existente no setor saúde no Brasil.

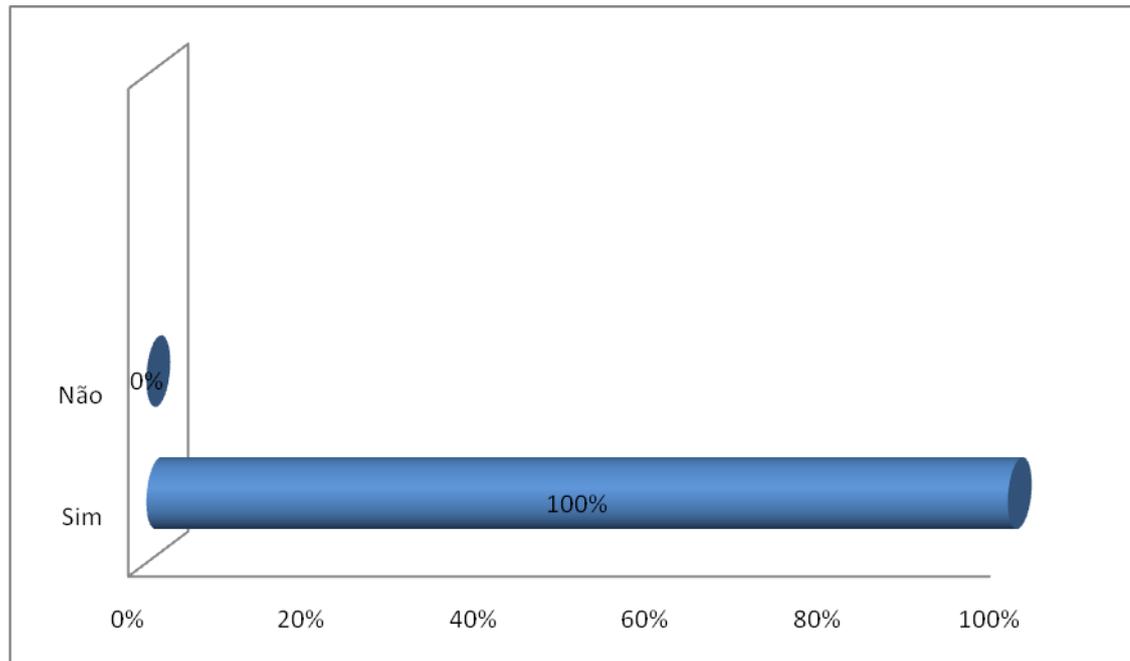


GRÁFICO 6 Resposta dos secretários de saúde a respeito do desenvolvimento de atividade semanal de notificação de agravos.

Fonte: Pesquisa de campo, 2010.

Ao analisar o gráfico 6 verificamos que quanto ao desenvolvimento de atividade semanal de vigilância epidemiológica 10 (100%) dos pesquisados responderam que sim fazem a notificação semanal, o que é curioso, pois em algum momento anterior os mesmos responderam uma porcentagem de pesquisados que não existia em seus municípios uma equipe de vigilância, para satisfação nossa percebemos que mesmo com a ausência desta, algumas atividades ainda que poucas, são desenvolvidas.

Concordando com Medronho (2006) o Sistema de Informação de Notificação de Agravos – SINAN, tem como finalidade a vigilância de determinados agravos, este tem a capacidade de permitir reunir a informação indispensável para conhecer, a qualquer momento o comportamento e/ou história natural dos agravos, bem como também detectar ou prever alterações de seus fatores condicionantes, com a finalidade de recomendar oportunamente sobre bases firmes, medidas indicadas à prevenção e ao controle de determinadas doenças. Sabe-se ainda que foi instituído obrigatoriedade de notificação compulsória de algumas doenças por lei já instituída.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da revisão bibliográfica foi visto que a vigilância epidemiológica é um conjunto de ações que proporciona o processo de saúde e doença de uma determinada população por meio de atividades desenvolvidas, é possível determinar o perfil epidemiológico da coletividade contribuindo assim para detecção, controle de agravos e disseminação de doenças.

Os conceitos adquiridos nesta etapa do processo ensino-aprendizagem envolveram vários momentos de reflexão e promoveram o amadurecimento e crescimento pessoal e profissional. Com a elaboração deste trabalho houve uma aproximação com a teoria e a realidade no papel da vigilância epidemiológica com a finalidade de analisar o desenvolvimento e as atividades a nível regional partindo do entendimento dos secretários municipais de saúde.

O presente estudo teve como enfoque descrever as atividades desenvolvidas na vigilância epidemiológica nos municípios da II URSAP; identificar os fatores que interferem na prática da vigilância epidemiológica e discutir a percepção dos profissionais acerca da vigilância epidemiológica.

Para identificação das questões norteadoras deste processo de aprendizado foi realizado um resgate da história da vigilância desde os primeiros registros históricos da atuação desta prática, com suas evoluções para os dias atuais, mostrando ainda o desenvolvimento da coleta de dados, informações, fonte de dados, diagnóstico de casos, investigação epidemiológica, processamento e análise de dados, planejamento e decisão da ação para uma melhor compreensão sobre suas ações e resoluções para o processo saúde e doença da população.

A partir da pesquisa elaborada percebe-se que as atividades na vigilância epidemiológica são desenvolvidas de forma eficaz por parte dos municípios pesquisados, onde uma pequena porcentagem reforça a hipótese expressa no início deste estudo de que ocorrem subnotificações de casos, envio de notificação fora do prazo, encerramento de investigação em prazo inoportuno, visando que estas lacunas são proporcionadas pela falta de recursos financeiros e humanos conforme pesquisado.

No que se refere ao entendimento dos Secretários Municipais de Saúde sobre a VE fica claro que todos têm a compreensão do processo de vigilância mesmo que algumas respostas tenham expressado de forma restrita o entendimento, mas de não fugiram da perspectiva.

No tocante das atividades desenvolvidas nos municípios em vigilância, observamos campanha de vacinas, notificação de casos, coleta e investigação de dados, campanhas educativas, planejamento e execuções de ações, todos de alguma forma desempenham atividades, mesmo que não em sua completitude como preconizado pelo Ministério da Saúde.

Se por um lado o uso da vigilância na saúde da coletividade já trilhou em nosso país uma longa trajetória, percebemos diante deste que deve existir uma preocupação e atenção maior tanto por parte dos profissionais, gestores e governantes em aprimorar a sua aplicação, adequando a uma nova realidade de acordo com as áreas de aplicação, em que a organização dos serviços de saúde caminha para a descentralização.

Foi de grande relevância a realização deste estudo, por se tratar de um instrumento de saúde pública voltado para a compreensão do processo saúde/doença no âmbito de populações, aspecto que a diferencia da clínica que tem por objetivo o estudo desse mesmo processo, mas em termos individuais, visto que a saúde pública tem na vigilância epidemiológica o mais útil instrumento no cumprimento de sua missão de proteger a saúde das populações.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, Z. N.; RIBEIRO, M. C. S. **Vigilância e Controle das Doenças Transmissível**. 3 ed. São Paulo: Martinari, 2009.
- ANDRADE, M. M. de. **Introdução à Metodologia na Pesquisa Científica**. 8 ed. São Paulo: Atlas, 2007.
- BEAGLEHOLE, R.; BONITA R.; KJELLSTROM, T. **Epidemiologia Básica**. São Paulo: Santos, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. 5 ed. Brasília: FUNASA, 2002. V. I.
- _____. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica: Vigilância em Saúde**. 2 ed. Brasília: M.S, 2008.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Bolso: Doenças infecciosas e parasitárias**. 8 ed. Rev. Brasília: Ministério da Saúde 2010.
- FIGUEIREDO, N. M. A. de. **Método e Metodologia da Pesquisa Científica**. São Paulo: Difusão, 2004.
- FONTINELE JUNIOR, K. **Pesquisa em Saúde: Ética, Bioética e Legislação**. Goiânia, GO: AB, 2003.
- GIL, C.A. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5.ed. São Paulo: Atlas, 1999.
- _____. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4.ed. São Paulo: Atlas, 2002.
- HADDAD, N. **Metodologia de Estudos em Ciências da Saúde: Como Planejar, Analisar e apresentar um Trabalho Científico**. São Paulo: Roca, 2004.
- LEFEVRE, Fernando; LEFEVRE, Ana Maria Cavalcante. **Discurso do Sujeito Coletivo: Um Enfoque em Pesquisa Qualitativa**. 2 ed. Caxias do Sul: Artmed, 2005.
- MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia do Trabalho Científico**. 7 ed. São Paulo: Atlas, 2007.

MEDRONHO, R. A. et al. **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2006.

MINAYO, M. C. de S. (Org). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 14. Ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

PARRA JUNIOR, D.; SANTOS, J. A. **Metodologia Científica**. 6 ed. São Paulo: Futura, 2003.

PEREIRA, MAURÍCIO GOMES. **Epidemiologia Teoria e Prática**. 11ª Reimp. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 2007

ROUQUARYOL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. de. **Epidemiologia e saúde**. 6 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 2003.

SESAP-RN. Disponível em:

<http://www.saude.rn.gov.br/contentproducao/aplicacao/sesap/principal/enviados/index.asp>. Acesso em : 26 ab. 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ

Esta pesquisa tem como título – O PAPEL DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA: teoria e realidade, desenvolvida nos municípios da II Regional de Saúde. Está sendo desenvolvida por Lorena Chianca Forte, aluna do Curso de Graduação em Enfermagem na Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE sob a orientação da Professora Esp. Patrícia Helena de M. C. Martins. A pesquisa apresenta como objetivo geral: Analisar o desenvolvimento das atividades em Vigilância Epidemiológica à nível Regional, na cidade de Mossoró-RN. Expondo ainda como objetivos específicos: Descrever as atividades desenvolvidas na Vigilância Epidemiológica nos municípios da II URSAP; Identificar os fatores que interferem na prática da Vigilância Epidemiológica e Discutir a percepção dos profissionais acerca da Vigilância Epidemiológica.

A Vigilância Epidemiológica é determinante na colaboração da saúde da coletividade, pois apresenta riquezas de dados e notificações, proporcionando a prevenção, detecção de casos, ações de controle e estratégias, pode determinar as situações clínicas, permitindo que sejam analisados os dados para conhecimento ou determinação de alguns perfis, desenvolver métodos científicos para cura de determinados agravos.

A finalidade dessa pesquisa é contribuir na percepção dos gestores, secretários municipais de saúde da II URSAP, a importância no desenvolvimento de atividades no programa de Vigilância Epidemiológica. A realização desse estudo conta com a sua participação, em virtude desta solicitamos a contribuição no sentido de participar da mesma. Informamos que será garantido seu anonimato, bem como assegurar a privacidade e o direito de autonomia referente à liberdade de participação ou não da pesquisa, assim como direito de desistir da mesma a qualquer momento, sem nenhum dano.

Os dados serão coletados através de um questionário, elaborado com perguntas referentes à temática pesquisada, e que posteriormente farão parte de um trabalho de conclusão de curso e podendo vir a ser publicado, no todo ou em parte, em eventos

científicos, periódicos e outros, tanto a nível nacional ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, o nome será mantido em sigilo.

A sua participação na pesquisa é voluntária, sendo assim o(a) Senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações solicitadas pelo pesquisador(a). e estaremos a sua inteira disposição para quaisquer esclarecimentos que se façam necessário em qualquer etapa desta pesquisa.

Diante do exposto, agradecemos sua valiosa contribuição ao conhecimento científico.

Eu,

concordo em participar desta pesquisa, declarando que cedo os direitos do material coletado, e que fui devidamente esclarecido(a), estando ciente dos seus objetivos e da sua finalidade, inclusive para fins de publicação futura, tendo a liberdade de retirar o meu nome consentimento, sem que isso traga qualquer prejuízo. Estou ciente de que recebi uma copia deste documento, assinado por mim e pela pesquisadora.

Mossoró-RN, ____/_____/2010

Patrícia Helena de Moraes Cruz Martins
(Pesquisadora responsável)

Lorena Chianca Forte
(Pesquisador participante)

participante da pesquisa

1-Endereço do profissional da pesquisadora responsável: Avenida Presidente Dutra, Nº 701, Alto de São Manoel – Mossoró-RN CEP: 59.628.000 Fone: (84) 3312-0143. patriciahmcmartins@hotmail.com

2-Endereço Comitê de Ética em Pesquisa: Avenida Frei Galvão, Nº 12, Bairro Gramame, João Pessoa-PB CEP: 58,067-695 tel.: (83) 2106-4

APÊNDICE B
QUESTIONÁRIO

FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ
PESQUISA: O PAPEL DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA: teoria e realidade

QUESTIONÁRIO DIRECIONADO AOS SECRETÁRIOS DE SAÚDE DOS
MUNICÍPIOS PERTENCENTES A II URSAP

DATA ____/____/____

Nº ____

PROFISSÃO:

IDADE:

SEXO:

MUNICÍPIO EM QUE TRABALHA:

01- O que você entende por Vigilância Epidemiológica?

02- No seu município tem uma equipe de Vigilância Epidemiológica?

() Sim

() Não

03- Se a resposta for sim. Quantos profissionais fazem parte desta equipe e qual a formação destes?

04- Quais são os tipos de atividades desenvolvidas no seu município em Vigilância Epidemiológica. cite Algumas?

05- Existem fatores que interferem no desenvolvimento das atividades de Vigilância Epidemiológica?

Sim

Não

06 – Se a resposta é sim. Quais são estes fatores ?

07 – Todos os profissionais que trabalham com a Vigilância Epidemiológica estão capacitados?

Sim

Não

08- Se a resposta é não. Por quê?

09 – No seu município funciona o sistema de notificação de agravos?

ANEXO



FACULDADES DE ENFERMAGEM E DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA

Reconhecida pelo MEC: Portaria nº 3258, de 21.09.2005 e publicada no
DOU de 23.09.2005 Pg. 184 Seção 01.

Reconhecida pelo MEC: Portaria nº 1.084, de 28 de dezembro 2007, publicada no
DOU de 31 de dezembro de 2007, página 36, seção 1.



CERTIDÃO

Com base na Resolução CNS 196/96 que regulamenta a ética da pesquisa em Seres Humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Nova Esperança, em sua 5ª Reunião Extraordinária realizada em 25/08/2010 após análise do parecer do relator, resolveu considerar, APROVADO, o projeto de pesquisa intitulado "O papel da vigilância epidemiológica: teoria e realidade", protocolo número: 202/10 e CAAE: 4147.0.351.000-10, da orientadora: Patrícia Helena de Moraes Cruz Martins e da aluna: Lorena Chianca Forte.

Esta certidão não tem validade para fins de publicação do trabalho, certidão para este fim será emitida após apresentação do relatório final de conclusão da pesquisa, com previsão em 30/11/2010, nos termos das atribuições conferidas ao CEP pela resolução já citada.

João Pessoa, 08 de Setembro de 2010


Escola de Enf. Nova Esperança Ltda.
Ana Lúcia do Nascimento Pereira
Vice-Coordenadora do CEP/FACENE/FAMENE

Rosa Rita da Conceição Marques
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa - FACENE/FAMENE