

Vigilância Epidemiológica no processo de municipalização do Sistema de Saúde em Feira de Santana-BA

Epidemiological Surveillance in the Process of Municipalization of the Health System in Feira de Santana-BA

Erenilde Marques de Cerqueira
Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana-BA

Marluce Maria Araújo Assis
Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana-BA

Tereza Cristina Scatena Villa
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto-SP

Juliana Alves Leite
Secretaria Municipal de Saúde de Caldas de Cipó-BA

Resumo

Estudo qualitativo do tipo exploratório, este trabalho tem por objetivo analisar a organização da Vigilância Epidemiológica (VE) da Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana, Bahia, no processo de municipalização da saúde. Os dados empíricos foram obtidos mediante entrevista livre com informantes-chave e a observação da prática local em VE. Os sujeitos da pesquisa foram escolhidos de forma intencional, a partir de suas experiências enquanto atores sociais participantes do processo de implementação da VE no município. Foram entrevistados: equipe da VE; gestores; e enfermeiros. O estudo revela que, em Feira de Santana, o processo de municipalização da Saúde só tomou impulso em 1997, com a habilitação do Município na Gestão Plena da Atenção Básica. Nesse novo contexto, o gestor municipal passa a se responsabilizar pela saúde dos seus munícipes e as ações da VE são desconcentradas do nível estadual para o município, não havendo, entretanto, investimentos necessários à estruturação da VE para o desenvolvimento pleno de suas funções. Conclui-se que a VE se caracteriza como um setor fragmentado, desarticulado e com sérios problemas de ordem estrutural no que diz respeito à disponibilidade de materiais, equipamentos, alocação e capacitação de recursos humanos, o que vem, sobremaneira, dificultando o pleno desenvolvimento das ações.

Palavras-chave: vigilância epidemiológica; municipalização da Saúde; sistema local de saúde.

Summary

The present study is a qualitative research of the exploratory type with an objective to analyze the epidemiological surveillance at the local health care provider in Feira de Santana, Bahia State, during the process of municipalization of the health system. The empirical data have been collected through open interviews with key informants, and practical observations. The research professionals have been chosen intentionally considering their experiences while social participant actors in the implementation of epidemiological surveillance in the city. The following were interviewed: epidemiological surveillance team; managers of the local health care provider; and nurses. The study shows that the process of municipalization of the health system in Feira de Santana was only increased in 1997 with the qualification of the Municipality in the Basic Care Full Management. In this context, the municipal manager accepts responsibility for the citizen's health and the epidemiological surveillance actions are transferred from the state level to the local health system before, however, making the necessary investments in infrastructure. In conclusion, epidemiological surveillance is characterized as being fragmented, inarticulated and showing problems in its structure co-respecting the availability of materials, equipment, allocation and qualification of human resources, which makes the full development of action difficult.

Key words: epidemiological surveillance; municipalization of Health; local health system.

Endereço para correspondência:

Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana, Rua C, 121, Conj. ACM, Mangabeira, Feira de Santana-BA.
CEP: 44036-000.
E-mail: eremarques@bol.com.br

Introdução

O estudo tem por objetivo analisar a organização da Vigilância Epidemiológica (VE) da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Feira de Santana, Bahia, no processo local de municipalização da Saúde. Justifica-se no entendimento da VE como um instrumento importante para a transformação do modelo de saúde vigente, onde a clínica é dissociada da epidemiologia, privilegia a doença e valoriza a assistência médica individual – do indivíduo considerado apenas sob o ponto de vista patológico, de seus sintomas e queixas –, sem ter em conta a gama de problemas sociais, ou até mesmo familiares, que interferem na sua saúde e são determinantes do risco de adoecer e morrer.

Na construção da Epidemiologia como disciplina científica, várias correntes teóricas foram importantes. A convivência atual com o recrudescimento de antigas doenças e o surgimento de novos fantasmas que assustam as populações do mundo inteiro, exigem que se repense a prática da epidemiologia como ferramenta principal no estabelecimento de uma forte relação entre saúde e sociedade.

Os sistemas locais de vigilância epidemiológica (VE) devem-se estruturar para a intervenção nos fatores de risco e no controle de doenças em tempo hábil.

O crescente aumento populacional e a grande facilidade de deslocamento tornam cada vez mais necessária a implantação de medidas de vigilância dos espaços e das pessoas. O termo Vigilância, segundo o dicionário Houaiss,¹ “estado de quem age com precaução para não correr risco”, foi usado, mais amplamente, a partir da segunda metade do século passado. Significava, então, o acompanhamento sistemático das doenças nas comunidades e o estabelecimento das medidas de controle em tempo hábil.² A atividade de vigilância buscava manter o indivíduo suspeito sob quarentena ou isolamento. A VE consolidou-se internacionalmente na década de 60 e suas práticas são dirigidas, quase exclusivamente, ao grupo das doenças transmissíveis.

A Lei Orgânica da Saúde (Lei Nº 8.808/90)³ amplia o seu leque de atuação, enfocando os fatores condicionantes e determinantes das doenças e agravos. Nessa perspectiva, a VE é entendida 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”.⁴ Ressalte-se que a VE prevê a integralidade das ações de saúde, pretendendo superar a dicotomia entre as ações preventivas e as assistenciais.

Nesse contexto, para a construção de um sistema de saúde universal, integral e equânime, estabelecesse como prioridade, na reorientação dos serviços de saúde, o fortalecimento dos sistemas municipais de vigilância epidemiológica, um desafio para a Saúde Pública.⁵

Portanto, a VE pode trazer grandes contribuições, uma vez que as suas práticas envolvem um conjunto de orientações de caráter clínico-individual, epidemiológico-coletivo e administrativo. O individual atende à demanda espontânea, fundamentada na racionalidade clínica. O coletivo abrange saberes e técnicas que compõem a VE, tais como indicadores de prevalência, de incidência e distribuição dos riscos sociais e de grupo, assim como indicadores de qualidade de vida e de desigualdade social. E o administrativo engloba um conjunto de procedimentos que envolvem coordenação e supervisão de recursos humanos, distribuição das atividades entre a equipe da VE – e desta com a equipe de saúde –, gerenciamento de programas, controle e supervisão de ações padronizadas, preenchimento, recebimento e análise de fichas, gerenciamento do fluxo de informações, bem como registro de dados.

Embora a VE seja uma das práticas mais antigas da epidemiologia nos serviços de saúde, somente com o avanço do processo de municipalização essas práticas começam a ser descentralizadas para os municípios, que passam a incorporá-las, cada vez mais, no cotidiano das suas unidades de saúde.

Em Feira de Santana, a VE foi implantada no ano de 1993 e teve como objetivo cumprir o disposto na Lei Orgânica da Saúde, onde fica estabelecido que ao município cabe executar as ações de vigilância epidemiológica.²

Os sistemas locais de VE devem-se estruturar para dar respostas aos problemas de saúde da população, no que diz respeito à intervenção nos fatores de risco, e à implementação de medidas de controle das doenças em tempo hábil. Ações nesse sentido vêm sendo adotadas pelo governo federal, a exemplo da Portaria Nº 1.399, de 15/12/99, que regulamenta a área de Epidemiologia e Controle de Doenças e prevê, no seu Capítulo II, que “as ações de Epidemiologia e Controle das Doenças serão desenvolvidas de acordo com uma Programação Pactuada Integrada de Epidemiologia e Controle de Doenças/PPI-ECD”.⁶

Dessa forma, todos os municípios brasileiros deverão solicitar a certificação da gestão das ações de epidemiologia e controle das doenças. As ações e metas são definidas pelo nível central; porém, cada município deve adequá-las ao perfil epidemiológico da sua realidade, em uma perspectiva de mudança do modelo atual de atenção à saúde para uma nova prática sanitária que responda às demandas da população local. Essa prática, denominada de Vigilância da Saúde,⁷ visa à transformação da atenção à saúde por meio da organização do processo de trabalho, configurando uma prática onde as estratégias de intervenção de caráter intersetorial resultem em ações de promoção da saúde, prevenção das doenças e acidentes e atenção curativa. Compreende-se, assim, todos os níveis de complexidade da atenção à saúde, transcendendo os espaços institucionais e abrangendo outras áreas do conhecimento, sempre contando com o suporte do processo de descentralização e reorganização dos serviços e das práticas de saúde em nível local.

Metodologia

Optou-se, no presente estudo, por uma metodologia de abordagem qualitativa do tipo exploratória, em que se procurou captar e compreender a representação dos sujeitos envolvidos no processo de implantação e implementação das ações de VE no município; e observar a prática desses sujeitos, estabelecendo-se relações entre o pensar e o agir.

O campo de estudo delimitado na investigação é a Divisão de Controle Epidemiológico da SMS do Município de Feira de Santana, que possui uma área geográfica de 1.338,1 km² e dista 108 km da capital do Estado da Bahia, Salvador. É a segunda cidade do Estado em população, com 480.692 habitantes: 251,183 mulheres e 229.509 homens.⁸

O Município, habilitado na Gestão Plena da Atenção Básica, possui uma rede composta por 37 unidades básicas de saúde (UBS) e conta com um hospital especializado na atenção à saúde da mulher.

A entrevista, semi-estruturada, foi organizada em dois roteiros: um para a equipe da VE e enfermeiras das UBS; e outro para os gestores. O **primeiro roteiro** abordava os seguintes pontos: práticas realizadas pela equipe, identificando as atividades desenvolvidas no que diz respeito à organização, execução, instrumentos e meios utilizados nas atividades; compreensão da equipe sobre VE; articulação entre os membros da VE, gestores da SMS e equipes das unidades de saúde; e dificuldades e facilidades no desenvolvimento do trabalho da VE. O **segundo roteiro** tratava do processo de implantação da VE no período em que o entrevistado atuou como dirigente, facilidades e dificuldades encontradas e o entendimento sobre o papel da VE no desenvolvimento de ações, programas e serviços de saúde.

Os sujeitos da pesquisa foram escolhidos de forma intencional, a partir de suas experiências enquanto atores sociais participantes do processo de implantação e implementação da VE no Município. Foram entrevistados: equipe da VE (1 auxiliar administrativa e 2 enfermeiras), gestores (2 ex-secretários municipais de Saúde e o chefe da VE em exercício do cargo) e 2 enfermeiras que atuam nas UBS, totalizando 8 entrevistados. O número de pessoas incluídas no estudo foi determinado pelo critério de exaustão e repetição do conteúdo dos depoimentos.

As entrevistas, com duração média de 40 minutos, foram gravadas com a anuência dos entrevistados, sendo-lhes assegurado o anonimato e o sigilo absoluto sobre as declarações prestadas, conforme a Portaria Nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.⁹ Foram realizadas no período de maio a agosto de 2000, por uma das autoras do trabalho.

Utilizamos o método de análise de conteúdo,¹⁰ operacionalizado em três etapas: ordenação, classificação e análise final dos dados.

Na ordenação, procedemos à transcrição imediata das entrevistas após a sua realização. Em seguida, era feita a leitura geral do material transcrito procurando, já neste momento, identificar as unidades de sentido contidas nas falas dos sujeitos.

A classificação foi realizada em duas etapas. Na **1ª etapa**, realizamos a leitura exaustiva dos textos das en-

trevistas procurando destacar elementos para os seguintes núcleos de sentido: organização da VE, destacando os aspectos da estrutura física, recursos humanos e materiais, ações, programas e serviços; e articulação intra e interinstitucional da VE. A partir daí, foram elaborados três quadros esquemáticos: um representando as falas do grupo I (equipe da VE); outro representando as falas do grupo II (gestores da SMS); e um terceiro representando as falas do grupo III (enfermeiras das UBS). Na 2ª etapa, redefinimos os núcleos de sentido a partir das estruturas de relevância presentes nas falas dos entrevistados, a saber: implantação da vigilância epidemiológica; ações da VE para controlar as epidemias de cólera e dengue; ampliação das ações da VE; e condições de funcionamento da VE.

Na análise final, os dados foram cruzados e verificadas as convergências e divergências dos fatos relatados pelos sujeitos entrevistados, procurando estabelecer articulação entre os planos empírico e teórico. Os depoimentos foram transcritos literalmente, encontrando-se identificados no final da citação, sendo cada entrevista numerada pela ordem de realização. Após o número da entrevista, segue o grupo ao qual o entrevistado pertence. Exemplo: Ent. nº 1, Grupo I.

Análise e discussão dos resultados

A implantação da Vigilância Epidemiológica

A implantação da VE em Feira de Santana articula-se com o período em que, no cenário nacional, ocorre um avanço no processo de efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS), com a edição da Norma Operacional Básica de 1993.¹¹ A NOB-SUS 1993 desencadeou o processo de municipalização, habilitando os municípios nas condições de Gestão Incipiente, Parcial e Semiplena, respectivamente.

A fala de um dos entrevistados retrata uma das preocupações com a implantação da VE no Município:

“o processo de implantação da VE foi uma coisa importante ... no período em que atuei como gestor... se iniciou esse processo em 93 na gestão do ex-prefeito João Durval Carneiro e na minha como secretário... porque o que Feira de Santana estava precisando era avançar nessas questões, principalmente nas questões de ações básicas de saúde e na questão da VE...”

(Entrevista nº 6, Grupo II)

Em Feira de Santana, a evolução dos serviços de saúde, no período de 1993 a 2002 (ainda que não

seja objeto de investigação do presente trabalho), pode ser visualizada na Tabela 1,¹²⁻¹⁴ sendo possível observar a ampla diversidade da rede de atenção à saúde. Ao comparar o quantitativo de instituições públicas (municipal e estadual) e privadas (lucrativas e filantrópicas) nos três períodos estudados, percebe-se que, em 1993, o setor privado predomina sobre o público, com 69% do total de 113 instituições de saúde (públicas e privadas).

No ano de 1997, Feira de Santana disponibilizava 160 serviços de saúde. As instituições públicas detinham apenas 23,7% da capacidade instalada, enquanto os serviços privados respondiam por 76,3%, ou seja, tinham em suas mãos a administração de grande parte dos serviços. Naquele mesmo ano, a rede pública, responsável pela atenção básica, reservava 89,5% dos seus serviços a esse nível de atendimento que envolvia 21% do total de instituições existentes em Feira de Santana.

Observa-se que, de 1997 a 2002, não houve ampliação significativa da rede pública de atendimento. Essa realidade contrapõe-se aos princípios do SUS, se considerarmos que ao Estado compete o dever de organizar os serviços de acordo com diretrizes que ofereçam à maioria da população acesso garantido em todos os níveis de complexidade do sistema. As instituições privadas representam parcela significativa do total de serviços existentes no Município: as policlínicas representam 59%; e os Centros de Saúde, 18% do total de serviços de saúde (públicos e privados) de Feira de Santana, em 2002. Percebe-se que o modelo de atenção à saúde adotado no Município privilegia o modelo médico-centrado e a valorização da oferta de serviço em policlínicas.

O Município habilita-se na Gestão Incipiente em 1995, passando a ter uma atuação prioritária nas ações básicas de saúde, implantando diversos programas – a exemplo do Programa de Prevenção e Controle da Hipertensão Arterial e do Diabetes; e do Programa de Saúde Bucal e Imunização em Creches e Pré-escolas –, ampliando o Programa de Planejamento Familiar e contratando recursos humanos para a realização de vigilância epidemiológica e sanitária.

Na verdade, todo o processo foi-se conformando de forma gradativa, realmente “incipiente”, de acordo com a sugestiva denominação dada pelo governo federal à condição inicial dos municípios no processo de municipalização.¹¹

Tabela 1 - Evolução dos serviços de saúde públicos e privados de Feira de Santana-BA, 1993 a 2002*

Serviços públicos	1993				1997				2002			
	M	E	Subtotal	%	M	E	Subtotal	%	M	E	Subtotal	%
Postos de saúde	-	5	5	14,2	-	5	5	13,2	-	-	-	-
Centros de saúde	19	4	23	66,0	22	7	29	76,3	36	2	38	90,5
PAM / policlínica	1	3	4	11,3	-	1	1	2,6	-	-	-	-
Hospital geral	-	1	1	2,8	-	1	1	2,6	-	1	1	2,4
Hospital especializado	1	1	2	5,7	1	1	2	5,3	1	1	2	4,7
Laboratório	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	2,4
Subtotal	21	14	35	100,0	23	15	38	100,0	38	04	42	100,0
Privados	L	F	Subtotal	%	L	F	Subtotal	%	L	F	Subtotal	%
Policlinicas	43	5	48	61,5	73	5	78	64,0	117	7	124	74,3
Pronto-socorro	1	-	1	1,3	1	-	1	0,8	2	1	3	1,8
Hospital geral	4	1	5	6,4	5	1	6	4,9	3	2	5	3,0
Hospital especializado	6	-	6	7,7	11	-	11	9,0	2	1	3	1,8
Laboratórios	18	-	18	23,1	26	-	26	21,3	26	6	32	19,1
Subtotal	72	6	78	100,0	116	6	122	100,0	150	17	167	100,0
TOTAL GERAL												
Públicos e Privados	93	20	113		139	21	160		188	21	209	

Fonte: Assis, 1998;¹² Assis, 1998;¹³ Martins e Assis, 2002¹⁴* Excluídos consultórios médico-odontológicos particulares
PAM = Pronto Atendimento MédicoM = Municipal
E = EstadualL = Lucrativo
F = Filantrópico

Os recursos repassados ao Fundo Municipal de Saúde não foram suficientes para custear todas as ações e serviços que cabiam ao Município executar. Havia uma forte centralização da distribuição dos recursos pelo governo estadual, que, naquele momento, ainda exercia controle sobre a execução das ações de saúde no Município e tentava manter esse poder, o que representou um óbice a mais para os projetos de ampliação do SUS em Feira de Santana.

As dificuldades são expressas de forma contundente, ainda na fala do entrevistado nº 6:

"... as dificuldades foram enormes, ... principalmente por falta de verba... e também da resistência que as pessoas tinham na época, principalmente do governo estadual, da resistência de descentralizar, porque eles imaginavam e acho que ainda imaginam que descentralizar as ações de saúde para o Município seria perda de poder..."

(Entrevista nº 6, Grupo II)

A Secretaria de Estado de Saúde, por intermédio da 2ª Diretoria Regional de Saúde (2ª DIRES), teve papel importante na execução das práticas epidemiológicas no Município. Sempre coube à 2ª

DIRES a execução das ações de saúde, como os programas de imunização, os programas de prevenção e controle de doenças transmissíveis e, principalmente, a execução das ações de vigilância epidemiológica e sanitária.

Com o processo de descentralização das ações para o Município, cria-se um certo receio quanto ao futuro das regionais e do seu papel no processo. Nessa fase de transição, os municípios vão assumindo, a cada dia, mais responsabilidade na condução do sistema de saúde local. O que implica, para a esfera estadual, perda do poder decisório, de execução e de comando das ações e serviços de saúde no nível municipal.

É importante observar que a implementação das ações básicas de saúde no período teve contribuição relevante da DVE municipal, sinalizando para o desenvolvimento das ações nas zonas urbana e rural do Município e explicitando, entre seus objetivos: coletar, processar, analisar e interpretar dados; tomar decisões e recomendar a implementação das ações de controle das doenças; divulgar informações; criar programas de acordo com as priorida-

des de saúde da população; e avaliar o impacto das ações, serviços e programas desenvolvidos.¹⁵

Apesar de os seus objetivos encontrarem-se definidos, a DVE passou a funcionar com as suas ações limitadas à geração e coleta de dados das UBS da rede pública municipal, repassados, semanalmente, à 2ª DIRES. A esta coube executar as atividades de investigação dos casos suspeitos e de implementação das medidas de controle, sem a participação da VE municipal.

Essa situação permaneceu por dois anos, de 1993 a 1995: um desempenho insatisfatório do setor, no que diz respeito ao cumprimento parcial dos seus propósitos, como, por exemplo, o processamento, análise e interpretação de dados.

As ações da Vigilância Epidemiológica para controlar as epidemias de cólera e dengue

Ainda em 1993, a VE teve papel de destaque, contribuindo de maneira relevante à elaboração, implantação e execução de programas de ações básicas de saúde, balizadas no perfil epidemiológico da população. No mesmo ano, o Município enfrentou uma epidemia de cólera em que a atuação da VE foi decisiva no tratamento dos doentes e na adoção de medidas para evitar a disseminação da doença e diminuir o número de óbitos.

É interessante observar, naquele momento, os primeiros sinais de articulação da VE com outros setores para controlar a cólera em Feira de Santana. As ações de controle foram vivenciadas por uma das autoras do trabalho, que, no período de 1993-1996, atuou como chefe da vigilância epidemiológica local. As atividades desenvolvidas contaram com a participação ativa do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), bem como de grupos específicos da comunidade, a exemplo dos entregadores de gás de cozinha, dos agentes distritais e de bairros, dos vendedores ambulantes de alimentos e feirantes. Os grupos eram capacitados no conhecimento sobre a doença (transmissão, sintomatologia, meios de prevenção e tratamento), preparo e uso do soro de reidratação oral (SRO). Esses grupos tinham por missão disseminar os conhecimentos aprendidos, distribuir o SRO e folhetos educativos.

A experiência trouxe impacto e pôde ser repetida na epidemia de dengue do ano de 1995, com a inclusão de professores e escolares da rede pública, diversos pro-

prietários e funcionários das borracharias existentes no Município.

Ao analisar a questão do envolvimento de grupos da comunidade no enfrentamento dos problemas de saúde, reporta-se a Mendes⁷ quando afirma que “a gerência social, centrada na idéia de intersectorialidade, vai estar baseada na articulação das ações de governo sobre problemas concretos, de pessoas concretas, identificados em territórios concretos e transformados em demandas políticas”. Ainda segundo o autor, esse deve ser o papel central da Vigilância da Saúde.

A ampliação das ações da Vigilância Epidemiológica

Em 1995, o Município passa por mais uma reforma administrativa, quando o Decreto Nº 5.913, de 6 de novembro de 1995, no seu art. 1º, aprova o novo Regimento Interno da Secretaria Municipal de Saúde.¹⁵

Na nova estrutura, a Vigilância Epidemiológica passa a ser a Divisão de Controle Epidemiológico, subordinada, como anteriormente, ao Departamento de Saúde, mas com a seguinte conformação: Seção de Vigilância Alimentar e Nutricional; Seção de Coleta e Análise de Dados; e Seção de Programas de Saúde. Para a nova Divisão de Controle Epidemiológico, foram estabelecidas as seguintes competências: “elaborar normas sobre profilaxia de moléstias endêmicas; dirigir, coordenar, supervisionar e avaliar os programas, projetos e atividades de vigilância epidemiológica; elaborar, coordenar e executar programas de imunização e participar das campanhas de vacinação; analisar e interpretar a participação dos fatores condicionantes do meio biológico; participar do controle e fiscalização de substâncias tóxicas e radioativas; preparar informes epidemiológicos de rotina, conseqüentes a investigações e inquéritos epidemiológicos; instituir precocemente as medidas de prevenção e controle de surtos e epidemias; promover, no âmbito do município, investigação epidemiológica; executar outras atividades correlatas”.¹⁵

Observa-se que o elenco de competências da nova VE estava fortemente focado no controle e prevenção das doenças transmissíveis, fato que não causa estranheza, até porque esta tem sido a compreensão de todas as VE do Brasil.¹⁶

Nas últimas décadas, as VE têm desenvolvido ações de erradicação, controle e prevenção das doenças infecciosas e parasitárias, excluindo do âmbito de suas ações as doenças não transmissíveis. Embora o termo Vigilância Epidemiológica, tenha sido, historicamente, vinculado ao controle de doenças transmissíveis e epidemias, a legislação que instituiu o sistema de VE no Brasil já apontava para a superação dessa limitação.¹⁷

Apesar de os municípios terem conquistado a autonomia técnico-gerencial para a resolução dos seus problemas de saúde, e, no âmbito da VE, a legislação sinalizar, inclusive, a ampliação da lista de agravos notificáveis para além das doenças transmissíveis,^{18,19} em Feira de Santana, não se tem conseguido avançar muito nesse sentido, limitando-se ao cumprimento da lista de Doenças de Notificação Compulsória.

A valorização de ações dirigidas às doenças transmissíveis é ressaltada a seguir, nos depoimentos dos entrevistados, em que se percebe que a incorporação da concepção da teoria dos germes e os problemas de saúde podem ser explicados por uma relação agente/hospedeiro, enfrentados com a quebra na cadeia de causa e efeito:

“Eu entendo que as funções da Vigilância são controlar as doenças para que elas não se alastrem... a gente sabe que tem as investigações justamente pra gente conter as doenças, no caso hepatite, meningite. Então a função da Vigilância é essa.”
(Entrevista Nº 1, Grupo I)

“A VE serve para você ter um retrato do que está acontecendo nessas doenças... como também para se traçar metas de cobertura é... por exemplo, cobertura vacinal, pra se prevenir doenças como o que está acontecendo agora com meningite, calazar... essas doenças infecto-contagiosas.”

(Entrevista Nº 6, Grupo II)

Mendes²⁰ afirma que, segundo essa concepção, “a saúde é entendida ou representada como ausência de doença e a organização dos serviços é medicamente definida e tem como objetivo colocar à disposição da população serviços preventivos e curativo-reabilitadores”.

O referido autor aponta, também como uma das limitações da concepção microbiana, a não-integralidade das ações de saúde – se considerarmos que as doenças transmissíveis vêm perdendo importância relativa com o aumento da expectativa de vida e a entrada em cena das doenças crônico-degenerativas e das de causas externas como principais doenças da modernidade.

As condições de funcionamento da Vigilância Epidemiológica

Observa-se que não se tem conseguido manter uma estrutura que assegure ao setor as condições necessárias e suficientes para o desenvolvimento das ações inerentes ao seu dia-a-dia.

A descentralização da vigilância epidemiológica em Feira de Santana não se conformou gradativamente. Ela se deu de forma abrupta.

Do ponto de vista da estrutura física, a VE não conta com uma sede própria, tendo, várias vezes, mudado o seu local de funcionamento, a exemplo da própria SMS, que, durante o período estudado, já funcionou em cinco endereços diferentes.

Ainda em relação aos recursos materiais e aos equipamentos, um dos grandes pontos críticos é a falta de um veículo específico para a VE, o que deixa a equipe quase sempre impossibilitada de estabelecer, em tempo hábil, as medidas de controle das doenças.

As enfermeiras da VE evidenciam a situação nos seus depoimentos:

“... manter um transporte próprio, depender de uma central de transporte, de sim ou não, dos horários disponíveis dos veículos. Tudo isso são dificuldades grandes.”

(Entrevista Nº 3, Grupo I)

“... nós sabemos hoje que é necessário, que é indispensável pra um município de 500 mil habitantes, que a gente tenha dois transportes e hoje a realidade nossa é que não dispomos de nenhum... se tiver carro a gente sai, se não tiver não tem como a gente fazer o nosso trabalho.”

(Entrevista Nº 5, Grupo I)

Vale salientar que a VE possuía um veículo próprio (utilitário do tipo *van*, modelo “Besta”), retirado do serviço pelo último secretário de Saúde por este entender que nenhum setor poderia dispor de veículo exclusivo. Não foi levada em consideração a característica específica do trabalho da VE – talvez pelo gestor municipal não haver priorizado essas atividades dentro do conjunto das ações e serviços de saúde do Município.

Sem um veículo próprio para realizar as atividades de campo (investigações epidemiológicas, visitas do-

miciliares a pacientes faltosos aos tratamentos, busca ativa de casos, entre outras), é preciso quase “implorar” ao setor de transporte a disponibilidade de um veículo para o deslocamento da equipe.

Durante todo o período de observação, constatou-se essa dificuldade. Por diversas vezes, assistimos a reuniões do chefe da VE com a sua equipe para discutir e encaminhar soluções sobre a questão. Até o fim da coleta de dados, entretanto, ainda não havia sido encontrada uma solução para o problema.

Essa situação remete à interferência político-partidária na administração pública. Os secretários são escolhidos pelo critério da vinculação partidária com o prefeito, vereadores alinhados ao executivo ou demais grupos políticos e econômicos ligados ao vencedor do pleito eleitoral. Não se levam em consideração as capacidades técnica, científica e administrativa da pessoa indicada ao cargo. Os interesses “individuais” ou particulares desses grupos sobrepõem-se aos interesses da coletividade. Nesse sentido, concordamos com Assis,¹³ quando afirma que é “... necessário uma mudança de comportamento na administração pública brasileira, com conscientização e capacitação dos dirigentes e trabalhadores de saúde no exercício do comando...”

O quadro de pessoal lotado na VE vem sofrendo constantes modificações ao longo do período de estudo, sem que tenha havido designação específica de trabalhadores para o setor. O que ocorre, quase sempre, é que alguém, descontente com o trabalho em algum outro setor da municipalidade, procure abrigo na VE, até porque, no imaginário de parte dos profissionais, o trabalho na VE é mais leve. Segundo comentários observados pelos pesquisadores, bem como nas solicitações de funcionários interessados em trocar o trabalho nas UBS pelo trabalho da VE, alegava-se que aí se trabalhava menos. A surpresa, para muitos deles, é perceber que ocorre justamente o contrário. Na VE, o ritmo das atividades é constante, envolvendo toda a equipe; embora os papéis sejam diferenciados, todos têm a responsabilidade de dar conta das tarefas com a eficiência de quem vigia e zela pela saúde de toda a coletividade feirense.

A carência de recursos humanos é apontada pelos entrevistados como sendo um dos grandes nós a prejudicar o desempenho e a efetividade da VE:

“... nós tínhamos uma quantidade de pessoal muito pequena, nós não tínhamos pessoal qualificado, o quadro de pessoal era reduzido e na área específica de VE nós contávamos com poucas pessoas habilitadas para o serviço ...”

(Entrevista Nº 2, Grupo II)

“... nós contamos com apenas dois técnicos efetivamente, ... a gente contava com outros profissionais e esses profissionais tiveram que sair por conta de encerrar o contrato (de trabalho temporário) ...”

(Entrevista Nº 4, Grupo II)

Quando perguntamos aos entrevistados quais as facilidades no desenvolvimento das atividades, a maioria referiu o compromisso e a dedicação da equipe como sendo a mola propulsora para fazer acontecer o trabalho da VE.

Eis os depoimentos:

“... nós temos a boa vontade dos profissionais que estão juntos na Vigilância, a gente percebe assim que, de certa forma, existe um “vestir a camisa”, tanto dos técnicos quanto do nível médio, então a gente percebe que existe boa vontade, a disponibilidade da gente buscar um no outro esse elo, esse apoio...”

(Entrevista Nº 3, Grupo I)

“... a única coisa de facilidade que eu vejo é o compromisso das pessoas com o trabalho da VE. Eu acho que eu conto com apenas duas, mas duas pessoas que são extremamente envolvidas com esse processo da prática da VE”

(Entrevista Nº 4, Grupo II)

“... as facilidades que nós encontramos foi a boa vontade, o profissionalismo e a capacidade daqueles que compunham a VE da Secretaria, foi isto que conseguiu que nós levássemos adiante esse processo da Vigilância”

(Entrevista Nº 2, Grupo II)

Isso remete à questão da atuação profissional pautada no compromisso pessoal, nas relações de trabalho das instituições públicas. A situação reflete a ausência de um projeto que abranja, claramente, as competências dos executores da Vigilância Epidemiológica. É como se o setor funcionasse de forma isolada, desvinculada dos demais serviços da SMS.

Conforme se pôde observar, os programas de controle de doenças vinculados à VE, tais como o Programa de Controle da Tuberculose, o Programa de Prevenção e Controle das DST e Aids, o Programa de Vigilância Alimentar e Nutricional, o Programa de Controle da Hanseníase e o Programa de Controle das Endemias funcionam desarticulados da VE, tanto em relação às questões técnicas quanto às de ordem administrativa. Os centros administrativos desses programas encontram-se instalados em diferentes prédios e

os seus profissionais não se integram à equipe da VE, não realizando, inclusive, as ações de vigilância epidemiológica dos agravos sob a sua responsabilidade técnica.

As falas dos entrevistados que representam a equipe da VE revelam a insatisfação do grupo com essa desarticulação intra-institucional:

"... ainda existe uma desarticulação, não existe esse vínculo, esse feedback que deveria existir e também com o secretário e outras chefias ... dentro da própria Vigilância o que deveria, os programas que deveriam estar na Vigilância estão desarticulados, como por exemplo, o Centro de Endemias ... eu não entendo, são programas ligados à VE e, no entanto, andam totalmente desarticulados ... a minha impressão é de que a gente trabalha numa secretaria independente, é como se a VE hoje caminhasse sozinha".

(Entrevista Nº 3, Grupo I)

"... hoje a gente não consegue se articular com as próprias ações da VE ... porque se desmembrou, se desintegrou as ações a tal ponto, até mesmo em termos de estrutura física, quer dizer... tem vários serviços ligados à Vigilância funcionando em vários locais diferentes, de forma isolada ... é como se fosse cada um por si e Deus por todos".

(Entrevista Nº 5, Grupo I)

Como já foi dito no item anterior, a habilitação do Município na Gestão Plena da Atenção Básica ampliou o raio de ação da Vigilância Epidemiológica com o processo de descentralização desencadeado no Estado da Bahia, a partir de meados de 1997.

É importante observar que a descentralização não se conformou gradativamente. Não houve, por parte dos sujeitos envolvidos no processo, uma preparação para o repasse das responsabilidades de vigilância epidemiológica ao Município. Ela se deu de forma abrupta. De um dia para o outro, as atividades que eram realizadas pela 2ª DARES passaram a ser de responsabilidade total da SMS, inclusive aquelas que são de responsabilidade da VE.

De imediato, a VE municipal teve que assumir o recolhimento das notificações compulsórias em todos os serviços de saúde; e realizar todas as investigações epidemiológicas.

A denominada Vigilância da Saúde visa transformar a atenção à saúde mediante a organização do processo de trabalho, a prevenção de doenças e acidentes, a ação curativa e a promoção da saúde.

A principal ferramenta de trabalho da VE é a informação. É com base na informação que as ações são desencadeadas. Por esse motivo, a VE é caracterizada pelo tripé Informação-Decisão-Ação.

A adequada coleta de dados é fundamental para garantir a qualidade da informação. Os dados são gerados nas diversas unidades de Saúde Pública, privadas e filantrópicas (ambulatórios, clínicas, hospitais, UBS, consultórios), onde ocorre o evento sanitário. Uma das principais fontes para o fornecimento de dados é a notificação compulsória mediante formulário do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (Sinan).

Todas as segundas-feiras, um trabalhador da VE percorre as unidades de saúde recolhendo as notificações, que são classificadas em positivas e negativas. A inexistência de um veículo de uso exclusivo da VE limita o recolhimento das notificações, que, geralmente feito com atraso, às vezes deixa de ser realizado por mais de uma semana. Esse fato traz conseqüências negativas à prática da VE, uma vez que gera descontinuidade no repasse dos dados necessários à implementação das medidas de intervenção, além de causar desestímulo ao ato de notificar.

Na maioria das unidades notificantes, as notificações são preenchidas de forma incorreta, com dados incompletos, principalmente no que diz respeito aos aspectos de identificação do caso notificado (endereço, ponto de referência, telefone) e outras informações importantes sobre a dimensão geográfica do Município, que facilitam a localização dos domicílios no ato da investigação epidemiológica, dos bloqueios vacinais e das visitas domiciliares.

Ao longo de todo o processo de implementação da VE na SMS de Feira de Santana, não se tem conseguido que os profissionais das unidades básicas de saúde incorporem a prática da vigilância epidemiológica em suas atividades. Limitam-se a notificar as doenças com a ressalva de que somente os enfermeiros realizam a notificação.

Várias tentativas foram feitas no sentido de descentralizar as ações de VE para as UBS, principalmente as investigações epidemiológicas, os bloqueios vacinais e as investigações de eventos adversos por vacinação, inclusive com a realização de curso de capacitação para todos os enfermeiros lotados no Município.

Contudo, até dezembro de 2000, todas as ações continuam sendo realizadas pelos enfermeiros do nível

central da VE sem que os profissionais das UBS tomem conhecimento das atividades realizadas e dos resultados produzidos.

Considerações finais

Em Feira de Santana, o processo de descentralização político-administrativa do setor Saúde tomou impulso em 1997, com a habilitação do Município na Gestão Plena da Atenção Básica, contexto no qual o gestor municipal passou a se responsabilizar pela saúde dos seus municípios. Ressalta-se, porém, que não foram percebidos avanços significativos, traduzidos em melhorias para a população do Município.

Nesse contexto, as ações de vigilância epidemiológica são desconcentradas do nível intermediário (DIRES) para o Município, não havendo, entretanto, os investimentos necessários à estruturação da VE para o desenvolvimento pleno de suas funções.

As ações são centralizadas mas não há participação efetiva dos profissionais que atuam nas UBS. As enfermeiras realizam a notificação compulsória de rotina – uma prática burocrática – sem a devida preocupação com a valorização da informação produzida, capaz de desencadear medidas de controle e subsidiar o planejamento de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças na área de abrangência da unidade básica de saúde.

O conjunto dos depoimentos revela um setor fragmentado, desarticulado e com sérios problemas de ordem estrutural quanto à disponibilidade de materiais e equipamentos, alocação e capacitação de recursos humanos, o que vem dificultando, sobremaneira, o pleno desenvolvimento das ações.

As desarticulações de ordem intra e interinstitucional são referidas nos depoimentos como o principal nó a ser desatado para a solução dos problemas cotidianos da VE.

Não obstante tudo isso, ao finalizar o estudo, renovam-se os nossos sentimentos de esperança. Ainda há tempo para promover as mudanças necessárias, na perspectiva da construção de um sistema de saúde acessível a todos, equânime, humanizado e resolutivo.

Em relação à organização da VE, entende-se que se deva adequar a infra-estrutura obedecendo às determinações acordadas na Programação Pactuada Integrada de Epidemiologia e Controle de Doenças (PPI/ECD), que contempla, entre outras exigências, a definição da estrutura e composição de uma equipe de VE mais adequada à escala populacional do Município.

É necessário, igualmente, além de garantir a continuidade e a qualidade das ações de controle de doenças e agravos já existentes, ampliar o escopo da VE para além das doenças de notificação compulsória, implantando a vigilância de doenças não transmissíveis e a vigilância das causas externas de morbimortalidade.

Quanto à desarticulação intra e interinstitucional, acredita-se que algumas medidas de superação poderiam trazer resultados de curto prazo, como, por exemplo: integração com a Vigilância Sanitária, baseada no enfoque do risco; e integração com a Divisão de Informação em Saúde, visando à produção de dados desagregados para os serviços de saúde, capacitação de pessoal para processamento e análise de dados, e criação de instrumentos de divulgação das informações epidemiológicas, entre outros benefícios. A integração com as unidades básicas de saúde dar-se-ia a partir da implantação de núcleos de VE nas UBS, hospitais e clínicas da cidade.

Referências bibliográficas

1. Instituto Antônio Houaiss. Dicionário Houaiss da língua portuguesa. 1ª ed. Rio de Janeiro: Objetiva; 2001.
2. Carvalho DM, Werneck GL. Vigilância epidemiológica: história, conceitos básicos e perspectivas. In: Textos de apoio em vigilância epidemiológica. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1998. p.17-31.
3. Brasil. Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, v.128, n.182, p.18054, 20 set 1990. Seção 1.
4. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Guia de vigilância epidemiológica. Brasília: FNS; 1998.
5. Barata RCB. O desafio das doenças emergentes e a revalorização da epidemiologia descritiva. Informe Epidemiológico do SUS 1999;8(1):7-15.

6. Brasil Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.399, de 15 de dezembro de 1999. Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal, na área de epidemiologia e controle de doenças, define a sistemática de financiamento e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, v.137, n.240, p.20-E, 16 dez 1999. Seção 1.
7. Mendes EV. Uma agenda para a saúde. São Paulo: Hucitec; 1996.
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2000. Rio de Janeiro: IBGE; 2000. Versão preliminar.
9. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Normas para pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: MS; 2000.
10. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 6ª ed. São Paulo: Hucitec; 1999.
11. Ministério da Saúde. Descentralização das ações e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei. Brasília: MS; 1993.
12. Assis MMA. A municipalização da saúde: intenção ou realidade? Análise de uma experiência concreta. Feira de Santana: Universidade Estadual de Feira de Santana; 1998.
13. Assis MMA. As formas de produção dos serviços de saúde: o público e o privado [Tese de Doutorado]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 1998.
14. Martins ACP, Assis MMA. Serviços de saúde (públicos e privados) de Feira de Santana-BA. Feira de Santana: UEFS; 2002. Digitado.
15. Bahia. Feira de Santana. Decreto Nº 5.913, de 6 de novembro de 1995. Aprova o Regimento Interno da Secretaria Municipal de Saúde. Feira de Santana: Câmara Municipal; 1995.
16. Cohen DD, França Júnior I. A vigilância epidemiológica na Unidade Básica de Saúde. In: Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes Gonçalves RB, organizadores. Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica. São Paulo: Hucitec; 1996. p.209-221.
17. Barata RCB. Reorientação das práticas de Vigilância Epidemiológica. In: Anais do Seminário Nacional de Vigilância Epidemiológica 1992 dez 1-4; Brasília, Brasil. Brasília: Fundação Nacional de Saúde; 1992. p.63-68.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Decreto Nº 78.231, de 12 de agosto de 1976. Regulamenta a Lei Nº 6.259, de 30 de outubro de 1975, que dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, n.155, p.10731, 13 ago 1976. Seção 1.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.943, de 18 de outubro de 2001. Define a relação de doenças de notificação compulsória para todo o território nacional. Diário Oficial da União, Brasília, v.138, n.204, p.35, 24 out 2001. Seção 1.
20. Mendes EV, organizador. Distrito sanitário. O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 2ª ed. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 1994.