

**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU**

HILSA EMÍLIA MEZA

**VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA NA ENFERMAGEM:
CONCEPÇÕES E OBJETO DE AÇÃO**

**BOTUCATU
2011**

HILSA EMÍLIA MEZA

**VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA NA ENFERMAGEM:
CONCEPÇÕES E OBJETO DE AÇÃO**

**Dissertação apresentada à Faculdade
de Medicina, Universidade Estadual
Paulista “Julio de Mesquita Filho”,
Campus de Botucatu, para obtenção
do título de Mestre em Enfermagem.**

**Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ilda de Godoy
Co-Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Helena Borgato**

**BOTUCATU
2011**

Nome: Hilsa Emília Meza

Título: Vigilância Epidemiológica na Enfermagem: concepções e objeto de ação.

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina, Universidade Estadual Paulista
“Julio de Mesquita Filho”, Campus de
Botucatu, para obtenção do título de Mestre
em Enfermagem.

Aprovado em: ____/____/____.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Dedicatória

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, **José e Neuza**, pelo apoio incondicional em todos os momentos da minha vida, a quem dedico todas as vitórias.

Ao **Bê**, por estar sempre presente ao meu lado, por seu amor, sua compreensão e pelo sacrifício compartilhado.

A você **Larissa**, só por tê-la nesta vida, já valeu a pena.

À minha irmã, **Ana Rita**, que mesmo de longe é fonte de estímulo para que eu trilha um caminho de exemplo.

Agradecimentos Especiais

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

*A Deus,
Obrigada pela proteção e por me iluminar em mais essa caminhada.*

*À minha co-orientadora, Prof.^a Dr.^a Maria Helena Borgato,
pela oportunidade de trabalharmos juntas, pelo acolhimento, paciência e compreensão.*

*À minha orientadora, Prof.^a Dr.^a Ilda de Gogoy,
por toda ajuda prestada e pela colaboração neste trabalho.*

Agradecimentos

AGRADECIMENTOS

Aos professores da Pós-graduação em Enfermagem, que me transmitiram ensinamentos para meu aperfeiçoamento profissional.

À Heloísa, que orientou alguns caminhos em momentos importantes para a finalização deste trabalho.

Às minhas amigas de viagem Ana, Camila e Priscilla. Obrigada pelos momentos alegres e descontraídos compartilhados tornando as idas à Botucatu tão mais leves.

À Ana, que tanto me apoiou nos momentos de angústias e alegrias vividos ao longo dessa caminhada.

Aos meus colegas do Mestrado, pela convivência, amizade e os momentos agradáveis em sala de aula.

À Aline Parada, secretária da Pós-graduação, pela constante atenção e dedicação ao trabalho.

À equipe da Biblioteca do campus de Botucatu meus sinceros agradecimentos.

Aos Professores Dr. Carlos Macarelli e Dr.^a Maria Virginia, pelas valiosas contribuições na Qualificação.

Ao Dr. José Fernando Casquel Monti, Secretário de Saúde de Bauru, pela compreensão e visão em me liberar para o Mestrado sem qualquer restrição.

À Karina, pela amizade e apoio em todos os momentos.

À Kátia, pela compreensão e apoio nas minhas ausências durante o Curso de Mestrado.

Aos amigos da Vigilância Epidemiológica por dividir comigo as angústias e por terem compreendido minhas ausências.

Aos enfermeiros e auxiliares de enfermagem da Secretaria Municipal de Saúde que colaboraram para a coleta de dados.

À nossa Amora, que esteve o tempo todo ao meu lado, nas noites intermináveis....

A todos aqueles que, direta ou indiretamente, foram importantes e não tenham sido citados, sempre estarão em minha memória e em meu coração.

Resumo

Meza HE. Vigilância Epidemiológica na enfermagem: concepções e objeto de ação [dissertação]. Botucatu: Faculdade de Medicina, UNESP; 2011.

RESUMO

As mudanças na política de saúde do país, a partir da década de 80, introduziram desafios quanto à forma de planejar, gerenciar e avaliar em contextos descentralizados e autônomos, nos quais exigem articulação intersetorial e intergovernamental e a participação da comunidade nas decisões do setor. A descentralização passou a ser entendida como uma prioridade para a consolidação do SUS. Apesar dos avanços, as atividades de vigilância, e outras de caráter coletivo permanecem historicamente dissociadas. Neste sentido, o presente estudo teve como objetivo geral identificar a concepção e o objeto de ação dos profissionais de enfermagem da Rede Pública de Saúde do município de Bauru. Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem quantitativa, sendo utilizado um questionário estruturado contendo questões fechadas e abertas. A população do estudo envolveu enfermeiros e auxiliares de enfermagem. Desta maneira, esta pesquisa teve a participação de: 35 (95%) enfermeiros e 91(81%) auxiliares de enfermagem. Em relação à questão “conceituação de vigilância em saúde”, surgiram cinco grupos de significados, que foram categorizados para fins deste estudo, como: “Quebra da cadeia epidemiológica em relação às doenças de notificação compulsória”, “Ampliada para Vigilância epidemiológica e Sanitária”, “Vigilância epidemiológica como um sistema”, “Conceitua com o próprio tema de “vigília” - prevenção” e “Não responderam sobre conceituação de vigilância em saúde”. Nas respostas dadas pelos enfermeiros, encontrou-se 31,4% (11) que “conceituam com o próprio tema de “vigília” - prevenção” e nos auxiliares de enfermagem, 34% (31). A categoria “não responderam sobre a conceituação de vigilância em saúde” teve um percentual alto, 20% (7) nos enfermeiros e 39,6% (36) nos auxiliares de enfermagem, provavelmente pela inexistência da prática direta, bem como deficiência na formação, tanto formal como do próprio serviço. Quanto à questão de como o serviço de vigilância epidemiológica do município deve ser estruturado, 62,9% dos enfermeiros e 55% dos auxiliares de enfermagem responderam que deve ser centralizado no Departamento e aqueles que acham que deve ser descentralizado referem que é necessário ter estrutura física adequada e pessoal suficiente para executar as ações. Os dados evidenciam que existem dificuldades na articulação das ações de Vigilância Epidemiológica entre o nível central e local, devido ao desconhecimento e a complexidade que envolve esse processo de trabalho, percebe-se, também, uma separação e um distanciamento nítido da unidade de saúde com as ações da vigilância epidemiológica. O desafio que se apresenta é a sensibilização das equipes, e também fazer uma desconstrução das práticas clínico-individualistas, enraizadas na maioria dos profissionais e, a partir desse processo, será possível realizar as mudanças necessárias à incorporação do novo modelo e a criação de uma nova consciência sanitária.

PALAVRAS-CHAVE: Vigilância epidemiológica; Enfermagem; Unidades de saúde.

Abstract

Meza HE. Epidemiological surveillance in nursing: the conception and object of action [dissertation]. Botucatu: Faculdade de Medicina, UNESP; 2011.

ABSTRACT

The changes from the 80's in country health policy introduced challenges on how to plan, manage and evaluate in decentralized and autonomous contexts that require inter-sector and intergovernmental collaboration and community participation in the sector decisions. The decentralization is a priority for the consolidation of SUS. Despite advances, the surveillance activities and other collective character still are historically dissociated. In this sense, this study aimed to identify the conception and object of action of the nursing professional of Public Health in Bauru. This is a descriptive study with a quantitative approach, using a structured questionnaire containing opened and objective questions. The study population had nurses and nursing assistants. Thus, the participants of this research were: 35 (95%) nurses and 91 (81%) nursing assistants. Regarding the question "concept of health surveillance", there are five groups of meanings that have been categorized in this study as: "breaking the epidemiological chain in relation to notifiable diseases", "enhanced for Sanitary and Epidemiological Surveillance", "Epidemiological Surveillance system", "The concept with the theme "vigil"- prevention" and "No answer to the meaning of health surveillance. "In the nurses answers it was 31.4% (11) who answered "The concept with the theme "vigil "- prevention" and nursing assistants, 34% (31). The category "No answer to the meaning of health surveillance" had a higher percentage in nurses, 20% (7) and 39.6% (36) in nursing assistants, it is probably due to the lack of direct practice, as well as deficiencies in training, formal and the service itself. The question of how strict epidemiological surveillance of the city should be structured, 62.9% of nurses and 55% of nursing assistants answered that it should be centralized in the Department and those who think it should be decentralized said that it must have a better physical structure and the right number of people to perform the specified actions. Data evidence that there are difficulties in Surveillance Epidemiology articulation among central and local level, because of ignorance and the complexity involved in this working process, we can see too that there is a separation and a distance from the health unit with the actions of epidemiological surveillance. The challenge is to create an awareness team and also to do a deconstruction of clinical practice-individualistic that is rooted in professionals and from this process will be able to make necessary changes to incorporate the new model and the creation of new health awareness.

KEYWORDS: Epidemiological surveillance; Nursing; Health units.

Lista de Ilustrações

Gráfico 1 - Enfermeiros e auxiliares de enfermagem das Unidades da Rede Pública de Saúde do município de Bauru participantes do estudo, em números absoluto e percentual.....	48
Gráfico 2 - Enfermeiros e auxiliares de enfermagem das Unidades da Rede Pública de Saúde do município de Bauru, distribuídos segundo sexo, em números absoluto e percentual.....	49
Gráfico 3 - Enfermeiros das Unidades da Rede Pública de Saúde do município de Bauru, segundo faixa etária, apresentados em números absoluto e percentual.....	51
Gráfico 4 - Auxiliares de Enfermagem das Unidades da Rede Pública de Saúde do município de Bauru, segundo faixa etária, apresentados em números absoluto e percentual.....	51
Gráfico 5 - Enfermeiros e auxiliares de enfermagem das Unidades da Rede Pública de Saúde do município de Bauru, distribuídos segundo escolaridade, em números absoluto e percentual.....	52
Gráfico 6 - Enfermeiros das Unidades da Rede Pública de Saúde do município de Bauru, distribuídos por tipo de especialização, em números absoluto e percentual.	54
Gráfico 7 - Enfermeiros das Unidades da Rede Pública de Saúde do município de Bauru, segundo tempo de formação, em números absoluto e percentual.	55
Gráfico 8 - Auxiliares de enfermagem das Unidades da Rede Pública de Saúde do município de Bauru, segundo tempo de formação, em números absoluto e percentual...55	
Gráfico 9 - Tempo de serviço na instituição dos enfermeiros das Unidades da Rede Pública de Saúde do município de Bauru, apresentados em números absoluto e percentual.....	56
Gráfico 10 - Tempo de serviço na instituição dos auxiliares de enfermagem das Unidades da Rede Pública de Saúde do município de Bauru, apresentados em números absoluto e percentual.....	57
Gráfico 11 - Carga horária de trabalho semanal dos enfermeiros e auxiliares de enfermagem das Unidades da Rede Pública de Saúde do município de Bauru, em números absoluto e percentual.....	58
Gráfico 12 - Vínculo empregatício de enfermeiros e auxiliares de enfermagem das Unidades da Rede Pública de Saúde do Município de Bauru, segundo quantidade de empregos, distribuídos em números absoluto e percentual.	59

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Concepções dos profissionais de enfermagem das Unidades da Rede Pública de Saúde do Município de Bauru sobre Vigilância em Saúde, distribuídos em categorias, apresentados em números absoluto e percentual	61
Tabela 2 - Concepção de como o serviço de vigilância epidemiológica do município deve ser estruturada em número absoluto e percentual	66
Tabela 3 - Facilidades encontradas no trabalho em relação às atividades desenvolvidas em conjunto com a Divisão de Vigilância Epidemiológica, distribuídas por categoria profissional, em números absoluto e percentual	69
Tabela 4 - Dificuldades encontradas no trabalho em relação às atividades desenvolvidas em conjunto com a Divisão de Vigilância Epidemiológica, distribuídas por categoria profissional, em números absoluto e percentual	71

Lista de Abreviaturas e Siglas

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CENEPI	Centro Nacional de Epidemiologia
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CIS	Centro de Informações de Saúde
DA	Administrativo
DAnT	Doenças e Agravos não Transmissíveis
DNC	Doenças de Notificação Compulsória
DPAC	Planejamento Avaliação e Controle
DSC	Saúde Coletiva
DUA	Departamentos de Unidades Ambulatoriais
DUE	Urgência e Emergência
FES	Fundos Estaduais de Saúde
FMS	Fundo Municipal de Saúde
FMS	Fundos Municipais de Saúde
FNS	Fundo Nacional de Saúde
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
PABA	Plena da Atenção Básica Ampliada
PPI	Programação Pactuada Integrada
SUDS	Sistema Único Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SVE	Sistema de Vigilância Epidemiológica
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
TFECD	Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças
TIPESC	Teoria de Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva
VE	Vigilância Epidemiológica

Sumário

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	23
1 REVISÃO DE LITERATURA	26
1.1 Histórico da Vigilância Epidemiológica	26
1.2 A descentralização da Vigilância Epidemiológica no SUS.....	35
2 OBJETIVOS.....	40
2.1 Geral	40
2.2 Específicos	40
3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA.....	42
3.1 Tipo de Estudo:	42
3.2 Características gerais do município.....	42
3.2.1 Situação da vigilância em saúde no município	43
3.2.2 Unidades de Saúde	45
3.3 A população de estudo.....	45
3.4 Coleta de dados	45
3.5 Aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa.....	46
3.6 Análises dos Resultados.....	46
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	48
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	78
6 REFERÊNCIAS.....	83
APÊNDICE 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	92
APÊNDICE 2 – Questionário.....	93
ANEXO 1 – Aprovação do CEP	97

Apresentação

APRESENTAÇÃO

As mudanças na política social do país, especialmente na área da saúde, a partir da década de 80, introduziram desafios quanto à forma de planejar, gerenciar e avaliar as políticas de saúde em contextos descentralizados e autônomos, os quais exigem articulação intersetorial e intergovernamental e o incremento da participação da comunidade nas decisões do setor.

Com as mudanças no Sistema de Saúde, em janeiro de 1988, municipaliza-se, em Bauru, o Serviço de Vigilância Epidemiológica. No ano seguinte incorpora-se a este serviço ações de vigilância sanitária, passando a denominar Departamento de Saúde Coletiva. Nesses 20 anos, no Brasil, ampliaram-se inúmeras ações e serviço e as ações de vigilância são hierarquizadas em um Sistema de Vigilância Epidemiológica, com responsabilidades definidas para os níveis regionais e centrais.

Apesar dos avanços assumidos na política de saúde brasileira, da complementaridade entre preventivo e curativo, individual e coletivo, as atividades de vigilância e outras de caráter coletivo permanecem historicamente e de maneira geral dissociadas.

O Departamento de Saúde Coletiva, de forma isolada, fica responsável por produzir, analisar e disseminar informações epidemiológicas ou outras que possam nortear o planejamento e a tomada de decisões para as ações de saúde. Consequentemente, os administradores das unidades e seus trabalhadores ficam, muitas vezes, isentos e alheios da análise e das decisões tomadas.

O meu cotidiano como enfermeira da vigilância epidemiológica tem sido de preocupação com as dificuldades encontradas junto ao trabalho com as unidades de saúde, no tocante à conexão que deveria ser estabelecida entre o indivíduo suspeito de alguma doença ou agravo à saúde e sua inserção em uma comunidade, o que culmina em subnotificações e prejuízo na sequência das ações.

APRESENTAÇÃO

Acredito que esta lacuna possa acontecer em toda a rede pública de saúde do município. Dessa maneira, torna-se importante analisar como os profissionais concebem as práticas de vigilância e até que ponto estas se aproximam da proposta de vigilância na atualidade.

O ingresso no curso de Mestrado Profissional em Enfermagem, da Faculdade de Medicina de Botucatu, veio ao encontro de minhas expectativas, pois se tratava do mestrado profissional cujas diretrizes foram desenvolvidas a partir das necessidades do ambiente de trabalho e de certa forma atendeu a essa inquietação gerada na prática.

Por tudo isso e considerando as minhas inquietações, busco respostas para as seguintes questões:

- Como os profissionais da rede pública de saúde concebem a vigilância epidemiológica e como os mesmos as inserem no desenvolvimento das práticas no seu dia a dia?

- Quais as dificuldades e facilidades encontradas pelos profissionais das Unidades da rede pública de saúde com o setor de Vigilância Epidemiológica, no que se refere à operacionalização do Sistema de Vigilância Epidemiológica e a compreensão do enfermeiro e do auxiliar de enfermagem das ações de Vigilância Epidemiológica como parte integrante do cuidado prestado à população?

Responder a essas indagações será o propósito desse estudo.

1 Revisão de Literatura

1.1 Histórico da Vigilância Epidemiológica

O desenvolvimento da saúde pública no Brasil é marcado pelas campanhas sanitárias do início do século, pelos sistemas de vigilância epidemiológica propostos em meados dos anos 70, num contexto de políticas com programas de extensão de cobertura, a implantação do Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDS) na segunda metade dos anos 80 e a criação do atual Sistema Único de Saúde (SUS)¹.

O termo "vigilância" tem sido objeto de discussões e redefinições com significados internacionalmente reconhecidos².

No entanto, a vigilância enquanto "instrumento de saúde pública" surgiu no final do século XIX, com o desenvolvimento da microbiologia. A sua prática em todo o mundo pautava-se nas chamadas doenças pestilenciais, como a varíola e a febre amarela, e a execução de medidas de polícia^{1,2,3}.

Albuquerque² cita que a partir de 1964, Karl Raska se preocupou em diferenciar a "vigilância" da pesquisa epidemiológica, associando ao termo "vigilância" o qualificativo "epidemiológica", propondo a ampliação das suas ações para outras doenças, além das doenças transmissíveis.

No ano seguinte, a designação foi consagrada internacionalmente, com a criação da Unidade de Vigilância Epidemiológica da Divisão de Doenças Transmissíveis da Organização Mundial da Saúde (OMS). Desse modo, a vigilância epidemiológica (VE) passou a ser interpretada como o acompanhamento sistemático de doenças na comunidade, com o propósito de aprimorar as medidas de controle^{2,4}.

REVISÃO DE LITERATURA

A vigilância epidemiológica enquanto informação para a ação foi introduzida no país oficialmente nos serviços de saúde no início da década de 70, durante a campanha de erradicação da varíola. Procurou acompanhar as tendências internacionais de ampliação das dimensões da vigilância epidemiológica (VE), mas manteve-se restrita às doenças transmissíveis e, entre estas, particularmente para as doenças contagiosas agudas, com alto poder de disseminação e, conseqüentemente, capacidade de produzir epidemias⁵.

Mesmo estruturados dentro de um sistema, os programas continuaram a ser gerenciados por instituições diferentes, mantendo pouca ou nenhuma articulação entre si, de forma burocrática com ações fragmentadas, pontuais e de caráter verticalizado^{1,2,5,6}.

Em 1975, por recomendação da V Conferência Nacional de Saúde, a "vigilância epidemiológica" passou a ser institucionalmente definida no país em bases legais, através da Lei Federal 6.259, de 1975, e suas ações regulamentadas em 1976 para todo território nacional, com a seguinte definição: "[...] A vigilância epidemiológica compreende as informações, investigações e levantamentos necessários à programação e à avaliação das medidas de controle de doenças e de situações de agravos à saúde"⁷.

E no artigo 8º da mesma lei:

É dever de todo cidadão comunicar à autoridade sanitária local a ocorrência de fato, comprovado ou presumível, de caso de doença transmissível, sendo obrigatória a médicos e outros profissionais de saúde no exercício da profissão, bem como aos responsáveis por organizações e estabelecimentos públicos e particulares de saúde e ensino a notificação de casos suspeitos ou confirmados das doenças de notificação compulsória (Brasil, 1975)⁷.

Em 1978, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, que resultou na Declaração de Alma Ata, já reafirmava enfaticamente que a saúde é um direito humano fundamental, gerando a proposta "Saúde para Todos no ano 2000" e a estratégia de Atenção Primária à Saúde, que foi destaque na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em 1986, com a promulgação da carta de Ottawa⁸.

Discutiram-se políticas públicas e ambientais saudáveis e ressaltou-se a importância da ação comunitária como estratégia para se alcançar a saúde. Recomendava-se, também, a reorientação dos serviços de saúde, tendo como pré-requisitos necessários a paz, a habitação, a educação, a alimentação, a renda, um ecossistema estável, recursos sustentáveis, a justiça social e a equidade⁸.

No Estado de São Paulo, foi criado em 1978 o Sistema Estadual de Vigilância Epidemiológica, coordenado naquele momento pelo Centro de Informações de Saúde (CIS), que produziu o primeiro Manual de Vigilância Epidemiológica - Normas e Instruções.

O sistema de Vigilância Epidemiológica estava centrado em determinados centros de saúde, ligados ao Estado, que tinham a ação executiva; isto é, sua atribuição era realizar a notificação, investigação epidemiológica dos casos suspeitos e a execução das ações de controle dos casos de Doenças de Notificação Compulsória (DNC) atendidos nos serviços na sua área de jurisdição⁹.

Cabe observar que o município não tinha responsabilidade em relação às ações da vigilância ou em qualquer outra atividade ligada à saúde.

O nível regional respondia pelo fluxo de informações das unidades de sua área de abrangência, consolidação e análise de dados, capacitação de recursos humanos e deveria garantir os recursos materiais necessários à execução das ações desenvolvidas pelo nível local⁹.

Ao nível central competia a supervisão das atividades previstas para os diversos níveis, capacitação de recursos humanos, consolidação e análise de dados, a normatização das atividades para as doenças sob vigilância e a definição de estratégias de intervenção para o controle de doenças no âmbito de abrangência do Estado⁹.

No Brasil, a década de 80 foi marcada por uma conjuntura política de transição democrática, alargando os espaços para inúmeras discussões acerca de toda a estrutura do sistema de saúde, com ênfase nas formas de organização das ações e serviços, bem como na melhoria das condições de vida e de saúde da população².

A reorganização do sistema de saúde iniciou-se com as Ações Integradas de Saúde e com o movimento denominado Reforma Sanitária, cujo apogeu se deu em 1986, na VIII Conferência Nacional de Saúde, na qual o elenco de princípios e diretrizes para tal finalidade foi incluído na Constituição do Brasil de 1988⁸.

No processo da Reforma Sanitária, o modelo assistencial hegemônico que privilegiava a medicina curativa privada e as políticas autoritárias foi amplamente discutido. O conceito de VE também sofreu modificações, sobretudo em decorrência da VIII Conferência Nacional de Saúde, da qual derivaram a Constituição Federal de 1988 e as Leis Orgânicas da Saúde 8080/90 e 8082/92^{10,11}.

Segundo Waldman apud Albuquerque et al.², um entendimento da "vigilância" implica em lançar um duplo olhar. De um lado, o modelo tradicional vigente da vigilância epidemiológica, referindo-se ao seu eixo central que já se tornou clássico, à ênfase no processo informação-decisão-ação, preservando características específicas e considerando como objeto de sua prática os problemas de saúde, que por sua magnitude, transcendência, susceptibilidade, gravidade e vulnerabilidade, e disponibilidade de tecnologias, mostrem-se adequados à sua intervenção no âmbito coletivo. E de outro lado, as propostas de discussão da "vigilância à saúde", na busca de uma concepção mais abrangente, enquanto instrumento de saúde pública.

Thacker & Berkelma apud Waldman & Jorge¹², discutem entre outros pontos, se o termo "epidemiológica" é apropriado para qualificar a "vigilância", justificando que as atividades da vigilância, enquanto prática de saúde pública, situam-se em um momento anterior à implementação de pesquisas e à elaboração de programas de controle de eventos adversos à saúde.

A propósito dessa discussão, os autores propuseram a substituição sob a denominação de "vigilância em saúde pública" e, no ano de 1989, a terminologia vigilância epidemiológica foi substituída internacionalmente, pela denominação de vigilância em saúde pública, enfatizando que a alteração na denominação não implicava na adoção de novos aspectos conceituais ou operacionais da vigilância epidemiológica.

Verifica-se que Vigilância à Saúde é amplamente discutida, sendo levantadas diversas proposições com diferentes terminologias: vigilância 'à' saúde; vigilância 'em' saúde; vigilância 'em' saúde pública e vigilância 'da' saúde, no entanto, com o eixo em comum na epidemiologia e informação em saúde^{13,14}.

O fato é que não se pode perder de vista que não basta apenas discussão e articulação para alterações de terminologias, é necessário, também, um esforço sistemático e articulado capaz de promover um equilíbrio entre a configuração de uma terminologia e as potencialidades em provocar mudanças institucionais e/ou à construção de uma viabilidade técnico-científica que se traduza numa prática de saúde pública.

As discussões sobre vigilância à saúde desdobram-se em pelo menos duas tendências: a primeira que defende a necessidade de superar a dicotomia entre a prática da vigilância epidemiológica e da vigilância sanitária, diluindo-as em um único bloco, as chamadas ações coletivas de saúde; e segunda que defende uma especificidade dos objetos e métodos de intervenção, suficientes para caracterizar dois conjuntos de atividades separadas, porém, integradas (Barradas apud Albuquerque²).

Ao longo dos anos 90, consolidou-se a reestruturação da arena decisória em torno da saúde, com transferência de responsabilidades e recursos financeiros para os Estados e municípios¹⁵.

Essas mudanças na política social do país, especialmente na área da saúde, introduziram desafios quanto à forma de planejar, gerir e avaliar as políticas de saúde em contextos descentralizados e autônomos, nos quais exigem articulação intersetorial e intergovernamental e o incremento da participação da comunidade nas decisões do setor¹⁶.

REVISÃO DE LITERATURA

Também em 1990 é criado o Centro Nacional de Epidemiologia - CENEPI, que teve um papel relevante no incentivo ao uso dos recursos epidemiológicos nos diversos níveis do SUS. Entre as ações de grande relevância realizadas pelo CENEPI para o fortalecimento das ações de vigilância, prevenção e controle de doenças no SUS, destaca-se o programa de formação e capacitação de técnicos vinculados aos serviços estaduais e municipais de epidemiologia, desenvolvido mediante parcerias estabelecidas com instituições acadêmicas, o financiamento de pesquisas, a busca e o esforço para integrar setores afins¹⁷.

A definição do Sistema Único de Saúde (SUS), na Seção II da Constituição Federal, aponta, como uma de suas diretrizes, a “descentralização, com direção única em cada esfera de governo”¹⁸.

O SUS propõe um modelo descentralizado, com a participação das três esferas de governo, incluindo o município como protagonista, na medida em que lhe cabe, fundamentalmente, a execução primária das ações e a gestão dos serviços de saúde¹⁹.

Desde o início do processo de construção e implantação do SUS é debatida a proposta da Vigilância à Saúde, devido à necessidade de se reorganizar e reorientar os serviços de saúde e de ampliação das ações de vigilância epidemiológica, no sentido de contemplar os problemas de saúde e condições de vida em sua amplitude, uma vez que essas ações sempre estiveram voltadas para o controle do hospedeiro, agente etiológico e meio ambiente^{14, 20}.

Com a mudança da concepção de VE proposta pelo Sistema Único de Saúde (SUS), a estrutura organizacional também precisou ser revista^{10,11}.

A Lei Orgânica da Saúde – Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 - regulamentou o Sistema Único de Saúde no país, reafirmando seus princípios e diretrizes. O SUS passou a representar a mais importante instituição jurídica do direito sanitário brasileiro, definindo e harmonizando diversas instituições jurídicas, tais como o ministério da saúde, as secretarias estaduais e municipais de saúde e as agências reguladoras, organizando suas ações²¹.

REVISÃO DE LITERATURA

Complementou a regulamentação do SUS a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do sistema, por meio de Conferências e de Conselhos de Saúde, além de tratar também do financiamento do SUS¹⁹.

As Normas Operacionais Básicas (1991; 1993; 1996), publicadas pelo Ministério da Saúde (MS), são utilizadas para operacionalização do sistema. Observou-se nesse período, uma acelerada descentralização de decisões e uma significativa municipalização da rede de assistência²².

A primeira Norma Operacional Básica, a 01/91, tem como característica principal o início do processo de transferência de recursos federais para estados e municípios, enquanto a NOB 01/96 operacionaliza as propostas de descentralização contidas na Lei Nº 8.080, art. 35, na Lei Nº 8.142 e no Decreto Federal Nº 1.232, que prevêem os mecanismos de repasse do Fundo Nacional de Saúde (FNS) aos Fundos Estaduais de Saúde (FES) e aos Fundos Municipais de Saúde (FMS)⁵.

Na NOB 01/96, é feita pela primeira vez nesse tipo de instrumento normativo, referência à área de “epidemiologia e controle de doenças”, que aparece na proposta do instrumento de pactuação entre os gestores a “Programação Pactuada Integrada” (PPI), e no estabelecimento do Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças (TFECD), como um dos componentes das transferências federais para os estados e municípios²³.

Para Marques²⁴, considerando a escassez de recursos sempre presente na área da saúde, os incentivos implementados a partir de 1998, com a finalidade de estimular os municípios a incorporar programas que lhes acrescentassem uma receita financeira, significou o reforço do governo federal na formulação da política de saúde, especialmente no campo da Atenção Básica. Isso em grande medida impedia que os municípios planejassem uma política mais adequada às necessidades locais.

A Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS), nas versões 2001 e 2002, ampliou as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica e estabeleceu o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde; também criou mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS (NOAS 01/02) que, em nível municipal, fica estruturado dentro das responsabilidades assumidas pelo município com as demais esferas que compõem o Sistema, ou seja, Plena da Atenção Básica Ampliada (PABA) ou Plena do Sistema Municipal^{25,26}.

Viana et al.²⁷ analisaram que as formas de gestão definidas pelas NOB e posteriormente pela NOAS não garantiram aos municípios uma homogeneidade de condições, ficando na dependência de vários fatores: formas anteriores de gestão e organização de serviços; arranjos políticos e as formas de expressão dos interesses regionais; tipo de relacionamento entre as esferas de poder (executivo, legislativo e judiciário) e gastos locais com saúde.

Em 2006, o MS, por intermédio da Portaria nº. 399/GM, de 22 de fevereiro, instituiu o Pacto pela Saúde: um conjunto de reformas institucionais do SUS, pactuado entre as três esferas de gestão (União, Estados e Municípios), com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão e alcançar maior eficiência e qualidade das respostas do SUS¹⁷.

Ao mesmo tempo, o Pacto pela Saúde redefine as responsabilidades de cada gestor de acordo com as necessidades de saúde da população e na busca da equidade social. As formas de transferência dos recursos federais para estados e municípios também foram modificadas pelo Pacto pela Saúde, passando a ser integradas em cinco grandes blocos de financiamento (Atenção, Básica, Média e Alta Complexidade da Assistência, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica e Gestão do SUS), substituindo, assim, as mais de cem "caixinhas" que eram utilizadas para essa finalidade¹⁷.

O Pacto em Defesa do SUS, dimensão integrante do Pacto pela Saúde, assume como compromisso para os gestores do sistema a consolidação da Reforma Sanitária Brasileira, com a defesa dos princípios e diretrizes do sistema.

É atribuído aos municípios, como responsabilidade na gestão do SUS, a integralidade da atenção à saúde de sua população, garantindo o cumprimento desse princípio por meio de ações prestadas de forma interdisciplinar, com abordagem integral do indivíduo. Assim, devem-se englobar atividades de promoção da saúde; prevenção de riscos, danos e agravos; e ações de assistência e reabilitação²⁸.

Observando essas questões, é possível verificar que a integralidade resume uma das principais e mais marcantes características de nossa política de saúde, já constante no texto de sua Lei Orgânica: a saúde possui uma gama de fatores determinantes e condicionantes.

Tal dimensão da integralidade trabalha o princípio de forma macro, na articulação de serviços de saúde a uma rede complexa, com outros serviços de saúde e outras instituições, nem sempre necessariamente pertencente à saúde. Isso é essencial diante do entendimento de que a melhoria das condições de vida é tarefa intersetorial, ainda mais quando se lida com questões de saúde complexas.

O conceito de VE foi ampliado, envolvendo vários saberes e campos de ação de epidemiologia, como: vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, programação em saúde. Essa nova abordagem transcende o fazer baseado na história natural da doença, em que se busca apenas conhecer os integrantes da cadeia epidemiológica. Este novo conceito exige o monitoramento constante dos fatores determinantes e condicionantes do processo saúde-doença²⁹.

Esta concepção de VE acompanha o contexto da reorganização do modelo de atenção à saúde, pautado nos princípios doutrinários do SUS - a universalidade, integralidade e equidade no acesso aos serviços e à atenção à saúde - assumindo como princípios organizacionais a descentralização dos serviços e ações de saúde, a regionalização e a hierarquização da rede e a participação popular²⁹.

1.2 A descentralização da Vigilância Epidemiológica no SUS

O Sistema de Vigilância Epidemiológica (SVE) instituído pelo SUS é definido como:

O conjunto de ações que proporcionam 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 e agravos (Brasil, 1990)²¹.

O SVE organiza-se através de diferentes esferas de competências para cada nível administrativo, competências essas definidas pela Constituição Federal e que prevêm a descentralização das atividades de VE, em consonância com os princípios do SUS. No nível local, tais atividades incluem o diagnóstico e tratamento, notificação de casos e resultados de exames, ações de controle das doenças, principalmente as de notificação compulsória, orientação à comunidade e educação em saúde¹⁰.

A descentralização passou a ser entendida como uma prioridade para a consolidação do SUS, uma vez que permitiria o controle social e romperia com a centralização das políticas governamentais, envolvendo redistribuição de poder, competências e recursos. Portanto, a descentralização não se constitui em desconcentração de recursos, pulverização e segmentação das ações governamentais²⁹.

A descentralização via municipalização da gestão dos serviços de saúde ao longo da década de 1990 se configurou como elemento central na agenda do governo federal, sendo que, 99% dos municípios em 2000 estavam habilitados no Sistema Único de Saúde. Neste aspecto, a descentralização da saúde pode ser considerada como uma experiência bem-sucedida, uma vez que transferiu aos municípios responsabilidades de gestão na prestação de serviços²⁹.

REVISÃO DE LITERATURA

Entretanto, as disputas de poder e os diferentes interesses político-partidários, tanto nos estados como nos municípios, geraram distorções na organização dos serviços, reproduzindo práticas sanitárias focalizadas e burocratizantes, muitas vezes distantes das reais necessidades da população.

O processo de descentralização de VE assume certa verticalidade e centralidade, dado que não é concebida pelo município, ou seja, alguns gestores municipais acabam aderindo para assegurar mais recursos e, não necessariamente, com uma intenção real de desenvolver com efetividade as ações de VE que estão sob a sua responsabilidade²⁹.

Mesmo em passado recente, quando a atividade de vigilância epidemiológica já era a Lei N° 8.080, de 1990, denominada Lei Orgânica da Saúde (LOS), na qual foi assumida uma definição bastante ampla, a prática de vigilância epidemiológica no país continuou restrita àquele grupo de doenças. A incorporação de outros objetos, como a vigilância de fatores de risco de doenças e agravos não transmissíveis (DAnT), ainda é muito incipiente, só tendo efetivamente passado a adquirir contornos de uma atividade institucionalizada no Sistema Único de Saúde, a partir do ano 2000⁵.

Para Teixeira apud Oliveira & Casanova³⁰, na busca de um modelo de atenção integral à saúde dos indivíduos, encontra-se a vigilância da saúde, que propõe uma transformação do saber e das práticas sanitárias por meio da redefinição do objeto, da reorientação do processo de trabalho e da reorganização dos serviços de saúde.

Reforça-se a vertente na qual a vigilância da saúde amplia a concepção de saúde ao ter como pressuposto uma visão mais integral do processo saúde-doença na medida em que envolve operações sobre os determinantes dos problemas de saúde, constituindo-se em “espaço da saúde” e não exclusivamente de atenção à doença. Nesse caminho, a vigilância da saúde necessita estar apoiada em três pilares fundamentais: território, problemas e práticas de saúde³⁰.

A Vigilância à Saúde, no Brasil, tem sido traduzida para a forma de política pública e isso pode ser evidenciado estruturalmente pela criação, no âmbito do Ministério da Saúde, de uma Secretaria de Vigilância à Saúde. Essa secretaria, além de desenvolver as ações tradicionais da Vigilância Epidemiológica e controle de agravos transmissíveis, amplia suas ações para os agravos não-transmissíveis, para a promoção da saúde e para projetos específicos sobre indicadores de saúde¹⁴.

A criação da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde a partir de 2003, oriunda do antigo Centro Nacional de Epidemiologia (CENEPI) que integrou em um único órgão a vigilância, prevenção e o controle de doenças transmissíveis e não-transmissíveis, a vigilância ambiental, a sistematização dos dados sobre a saúde produzidos na rede de serviços própria e conveniada ao SUS, e em especial dos sistemas de informação epidemiológica, foi um passo significativo dessa consolidação³¹.

Desenvolveu-se, também, uma melhor articulação entre a Vigilância Epidemiológica e as políticas de prevenção e controle, a rede de referência de laboratórios de saúde pública, e também as unidades hospitalares. Além disso, implantou-se uma unidade de respostas rápidas para identificação e investigação de surtos, epidemias e eventos inusitados, que vem possibilitando o desencadeamento de medidas oportunas para o controle respectivo³¹.

A vigilância epidemiológica em âmbito hospitalar tem como objetivo detectar e investigar doenças de notificação compulsória atendidas em hospital. A criação do subsistema de vigilância epidemiológica em âmbito hospitalar e a instituição da rede de referência de núcleos hospitalares de epidemiologia consolidam a importância do hospital como fonte importante para investigação de agravos de notificação compulsória, doenças emergentes e reemergentes, tendo em vista a implementação oportuna de medidas de controle. O conhecimento do perfil dessas doenças pode demonstrar mudanças na história natural, bem como sugerir aumento de transmissão, contribuindo para identificação de epidemias³².

REVISÃO DE LITERATURA

A incorporação da Vigilância Ambiental em Saúde envolve alguns processos mais gerais que têm ocorrido no sistema de saúde brasileiro, tal como a descentralização de ações de saúde e a reestruturação do campo da vigilância em saúde. Por outro lado, será necessária a delimitação mais precisa do objeto de trabalho da vigilância ambiental em saúde e sua diferenciação em relação a áreas tradicionais da saúde coletiva como a vigilância sanitária e a vigilância epidemiológica³³.

A vigilância ambiental em saúde também estende sua atuação sobre fatores biológicos representados por vetores, hospedeiros, reservatórios e animais peçonhentos, bem como fatores não biológicos como a água, o ar, o solo, contaminantes ambientais, desastres naturais e acidentes com produtos perigosos³³.

O gerenciamento das doenças crônicas é um dos maiores desafios para os sistemas de saúde na atualidade. Não há muitas experiências relatadas na literatura acerca do monitoramento das doenças crônicas não transmissíveis, o que faz com que haja um desafio para os profissionais que atuam na área para implantar um modelo adequado à realidade nacional³⁴.

Para o Ministério da Saúde⁶,

[...] os profissionais de saúde têm como desafio trabalhar para o desenvolvimento da consciência sanitária dos gestores municipais dos sistemas de saúde, para que passem a priorizar as ações de saúde pública e trabalhem na perspectiva de desenvolvimento da vigilância da saúde, que tem como um dos seus pilares de atuação a vigilância epidemiológica de problemas de saúde prioritários, em cada espaço geográfico.

2 Objetivos

OBJETIVOS

2.1 Geral

1. Identificar a concepção e o objeto de ação dos profissionais de enfermagem da Rede Pública de Saúde do município de Bauru.

2.2 Específicos

1. Caracterizar os sujeitos da pesquisa segundo atributos pessoais: sexo, idade, escolaridade, cargo ou função, tempo de formação, tempo de serviço e carga horária, quantidade de empregos e área de atuação (gerencial, assistencial ou pesquisa).

2. Categorizar a descrição do conceito de Vigilância em Saúde apresentada pela equipe de enfermagem da Rede Pública de Saúde do município de Bauru.

3. Identificar as dificuldades e facilidades encontradas pelos sujeitos da pesquisa quanto à integração das equipes das Unidades de Saúde e da Divisão de Vigilância Epidemiológica em relação às ações de Vigilância em Saúde.

4. Descrever a participação dos profissionais de enfermagem da Rede Pública de Saúde do município de Bauru nas atividades de vigilância epidemiológica.

3 Trajetória Metodológica

3.1 Tipo de Estudo:

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem quantitativa.

3.2 Características gerais do município

O município de Bauru localiza-se na porção central do Estado de São Paulo, em uma área total de 673,5 km². Além de várias estradas, destaca-se a Rodovia Marechal Rondon que liga a cidade à capital do Estado (distante 345 km) e ao Mato Grosso do Sul (Figura 1). O Índice Paulista de Responsabilidade Social coloca Bauru no Grupo 1, que agrega municípios com bons indicadores de riqueza, longevidade e escolaridade³⁵.



Figura 1- Localização do município de Bauru (SP).

Fonte: Prefeitura Municipal de Bauru.

A população estimada é de 366.769 habitantes, sendo que, 1,31% vivem na zona rural e 98,69% na zona urbana. Quanto ao saneamento básico nas residências, possui cobertura de 98,90% de água tratada, 96,61% de rede de esgoto e 98,68% de coleta de lixo³⁶.

A Secretaria Municipal de Saúde conta com, aproximadamente, 1.598 funcionários, distribuídos em cinco departamentos, além do Fundo Municipal de Saúde (FMS) e do Gabinete do Secretário.

O modelo de gestão vigente no Sistema Único de Saúde estabelece níveis de responsabilidade das três esferas de governo, de acordo com os Pactos “Em Defesa do SUS, de Gestão e Pela Vida” e o município assinou o Termo de Compromisso de Gestão Municipal.

A estrutura da SMS é composta pelos Departamentos de Unidades Ambulatoriais (DUA), Urgência e Emergência (DUE), Saúde Coletiva (DSC), Administrativo (DA) e Planejamento Avaliação e Controle (DPAC).

O DUA é responsável pelo gerenciamento de 14 Unidades Básicas de Saúde, denominadas Núcleos de Saúde, 7 unidades especializadas e 2 Unidades de Saúde da Família, sendo que, 18 destas unidades estão inseridas no Sistema de Vigilância Epidemiológica e parte de suas equipes de enfermagem participarão do desenvolvimento do estudo.

3.2.1 Situação da vigilância em saúde no município

O município de Bauru assinou o “Convênio de Municipalização” com a Secretaria de Estado da Saúde, em novembro de 1987, passando a gerenciar as Unidades Básicas de Saúde, buscando assim, melhor resolutividade dos serviços para a qualidade da assistência à população³⁷.

Diante das mudanças no Sistema de Saúde do município, principalmente assumidas na Rede Básica de Saúde, incorporar as ações de vigilância epidemiológica se tornou necessidade e, em janeiro de 1988, municipaliza-se o Serviço de Vigilância Epidemiológica. No ano seguinte incorpora-se a este serviço ações de vigilância sanitária.

TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Nesses 20 anos ampliaram-se inúmeras ações e o serviço que na época contava com uma equipe de apenas 5 profissionais, passa a ganhar status de departamento no início da década de 90 e hoje conta com uma equipe de, aproximadamente, 300 funcionários, sendo que, na Vigilância Epidemiológica a equipe é formada por 1 diretor, 2 chefes de seção, 1 médico, 4 enfermeiros, 5 auxiliares de enfermagem e equipe de apoio administrativo.

O Departamento de Saúde Coletiva, atualmente, conta com duas Divisões, a de Vigilância Sanitária e a Epidemiológica, esta última composta pelas Seções de Imunização e de Doenças Transmissíveis, que tem como principal atribuição o controle das doenças e agravos de notificação compulsória.

A Seção de Imunização supervisiona e assessora tecnicamente todos os locais que dispõem de sala de vacina, zelando pelo cumprimento de normas técnicas quanto à indicação de aplicação de imunobiológicos, conforme Programa Nacional de Imunização, além de prever e prover insumos e imunobiológicos a todas as unidades públicas do município que dispõem de sala de vacina, entre outras atividades.

A Seção de Doenças Transmissíveis tem como atribuição:

- a. Notificação, investigação e aplicação de medidas de controle em doenças e agravos de notificação;
- b. Capacitação, indicação de medidas de controle, acompanhamento, supervisão e avaliação de todas as ações de vigilância epidemiológica desenvolvidas na rede de saúde do município de Bauru; e
- c. Subsidia tecnicamente os serviços de saúde, públicos e privados, em vigilância epidemiológica.

O atendimento nas UBS é de caráter primário de assistência nas áreas médicas básicas (pediatria, clínica geral, ginecologia e obstetrícia), constituindo-se em porta de entrada do sistema de saúde. Ainda não se encontram informatizadas e a comunicação com outros setores da SMS é feita através de telefone, memorandos, relatórios e e-mails.

O fluxo de informações entre as UBS e o Departamento de Saúde Coletiva é realizado por meio de impressos próprios e telefone, já que não estão ligados em rede e não possuem bancos de dados.

3.2.2 Unidades de Saúde

Para a realização deste estudo, foram escolhidos os profissionais da equipe de enfermagem das Unidades de Saúde que possuem fluxo de notificação com a vigilância epidemiológica do município de Bauru.

3.3 A população de estudo

A população do estudo contou com profissionais da equipe de enfermagem, envolvendo duas categorias: enfermeiros e auxiliares de enfermagem, perfazendo um total de 37 enfermeiros e 113 auxiliares de enfermagem das Unidades da Rede Pública de Saúde do Município. Na Prefeitura Municipal de Bauru não existe no quadro funcional a categoria de técnico de enfermagem, portanto, mesmo o profissional com qualificação de técnico de enfermagem é contratado como auxiliar de enfermagem e na pesquisa o mesmo se qualifica como tal categoria.

O critério de inclusão foi o tempo mínimo de um ano de atuação profissional junto a Unidade da Rede Pública de Saúde, considerando que um ano de exercício de atividade lhe confere apropriação do conteúdo do serviço.

3.4 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada no período de abril a julho de 2010 pela própria pesquisadora.

Foi utilizado um questionário estruturado (APÊNDICE 2), contendo questões fechadas e abertas. As questões fechadas continham as seguintes variáveis: sexo, idade, escolaridade, cargo ou função, tempo de formação, tempo de serviço, carga horária, quantidade de empregos, área de atuação (gerencial, assistencial ou pesquisa), dificuldades e facilidades encontradas com as atividades desenvolvidas em conjunto com a Divisão de Vigilância Epidemiológica e quais atividades executadas de vigilância epidemiológica. Foram elaboradas duas questões abertas, a primeira sobre o conceito de vigilância em saúde e a segunda busca a opinião dos entrevistados quanto aos modelos de vigilância epidemiológica, centralizado e descentralizado, justificando a resposta.

3.5 Aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa

De acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, referente a Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos, o estudo proposto nesta pesquisa, bem como o manuseio dos instrumentos para coleta e análise de dados, foram submetidos e aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Sagrado Coração (ANEXO 1).

Os enfermeiros e auxiliares de enfermagem que aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE 1), recebendo todas as informações necessárias para entender os objetivos da pesquisa e a garantia de sigilo ético.

3.6 Análises dos Resultados

Os dados obtidos neste estudo serão analisados quantitativamente (números absoluto e percentual), visualizados em tabelas e gráficos, construídos pelo programa Excel.

4 Resultados e Discussão

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O material apresentado a seguir refere-se a dados quantitativos absolutos e em percentual, construído pelo pesquisador a partir da consolidação do questionário aplicado aos enfermeiros e auxiliares de enfermagem da Rede Pública de Saúde do município de Bauru.

Segundo o critério de inclusão estabelecido nesta pesquisa, o número de sujeitos seria de 37 enfermeiros e 113 auxiliares de enfermagem. Não participaram da pesquisa os profissionais que no período da aplicação do questionário estavam em férias, licença médica ou recusaram em participar da pesquisa.

Desta maneira, esta pesquisa teve a participação de: 35 (95%) enfermeiros e 91(81%) auxiliares de enfermagem.

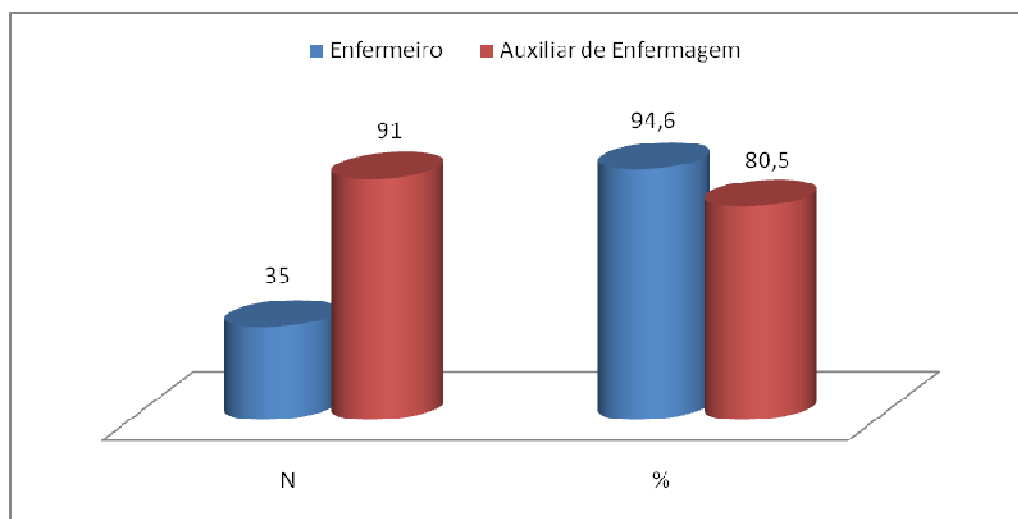


Gráfico 1 - Enfermeiros e auxiliares de enfermagem das Unidades da Rede Pública de Saúde do município de Bauru participantes do estudo, em números absoluto e percentual.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

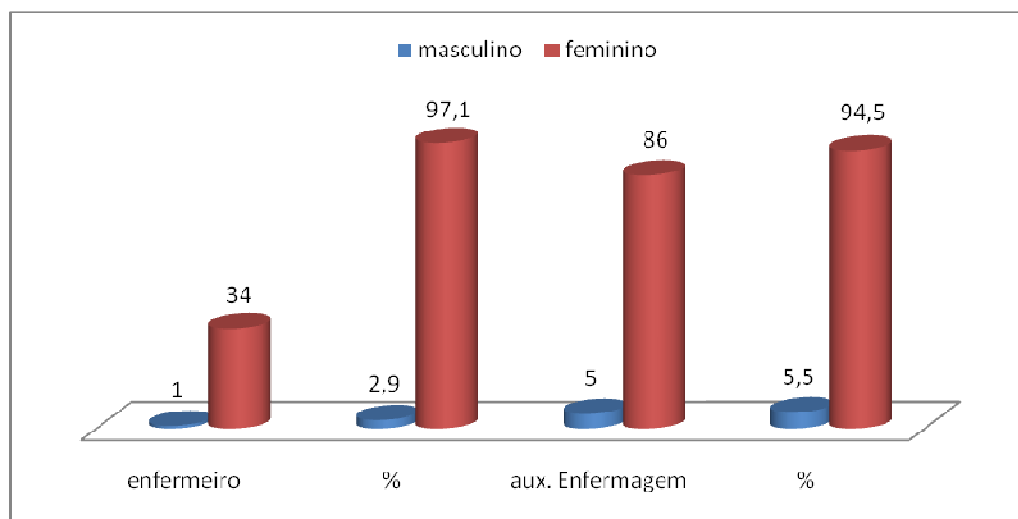


Gráfico 2 - Enfermeiros e auxiliares de enfermagem das Unidades da Rede Pública de Saúde do município de Bauru, distribuídos segundo sexo, em números absoluto e percentual.

Quanto ao sexo, a maioria, 97% de enfermeiros e 95% de auxiliares de enfermagem, são do sexo feminino. Analisando esses dados, observa-se que na área da saúde, especialmente na equipe de enfermagem, há uma predominância feminina. Esses dados não fogem à caracterização da força de trabalho em enfermagem, composta, em sua expressiva maioria, por mulheres.

Vanderlei & Lazarotto^{38,39} verificaram em seus trabalhos que havia predominância do gênero feminino em cargos operacionais e em cargos de gestão, a predominância era masculina.

Martins e et al⁴⁰ considera ser um traço estrutural das atividades do setor de saúde a preponderância da força do trabalho feminino nas atividades que envolvem o trato e o cuidado com as pessoas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ximenes Neto⁴¹ aponta que a feminilização na enfermagem não é um fenômeno novo, pois historicamente é uma profissão exercida majoritariamente por mulheres. Parece-nos que isso decorre de uma determinada concepção que entende as atividades de cuidado como uma característica supostamente inata, própria à natureza biológica das mulheres, dado que a elas são delegadas funções de cuidar desde a maternidade e a criação dos filhos, e não como uma construção social das distinções sexuais, que dão significado às relações de poder entre os homens e mulheres.

Rocha⁴² afirma que nas últimas décadas, verifica-se um aumento significativo e contínuo da presença de mulheres na força de trabalho, no entanto, a maioria dos empregos femininos continua concentrada em alguns setores, como serviços domésticos, administrativos, sociais, educacionais e de saúde. No setor de saúde a participação feminina chega a 70% do total.

A enfermagem é uma das dez profissões da área de saúde que contribui para a feminização da força de trabalho no setor de saúde no país. Atualmente, a maioria dessas profissionais desenvolve múltiplas atividades, com o gerenciamento de dupla jornada entre vida familiar e profissional, o que pode favorecer o desgaste e o consequente estresse⁴².

A profissionalização da enfermagem foi instituída por Florence Nightingale, pois, historicamente, esta atividade era exercida antes do século XX por homens, padres enfermeiros e irmãos enfermeiros. Portanto, a predominância da liderança feminina na enfermagem funda-se no sistema Nightingaliano a partir de estudos e trabalhos sobre administração na área hospitalar⁴³.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

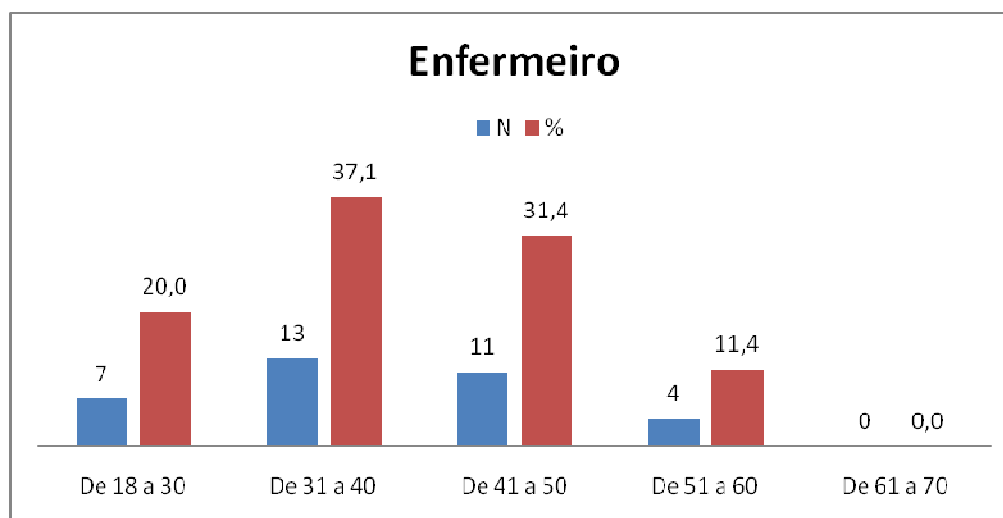


Gráfico 3 - Enfermeiros das Unidades da Rede Pública de Saúde do município de Bauru, segundo faixa etária, apresentados em números absolutos e percentual.

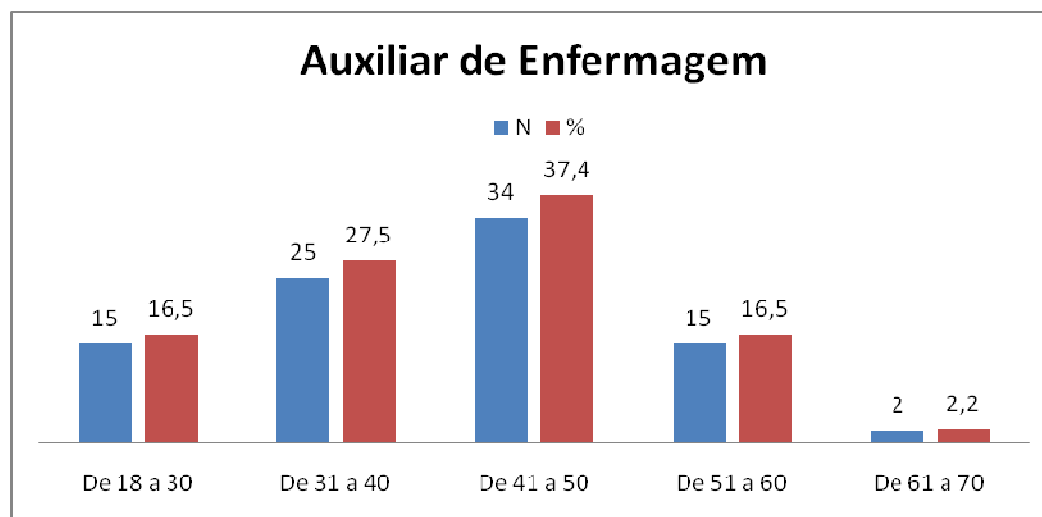


Gráfico 4 - Auxiliares de Enfermagem das Unidades da Rede Pública de Saúde do município de Bauru, segundo faixa etária, apresentados em números absolutos e percentual.

O predomínio dos enfermeiros encontra-se na faixa etária de 31 a 40 anos (37,1%), seguido da faixa etária de 41 a 50 anos (31,4%).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este perfil está de acordo com os estudos de Vanderlei e Brasil^{38,44}, que também encontrou uma faixa etária predominante entre 26 a 42 anos, e considerou que esse é um perfil de pessoas jovens. Entende-se que a maioria dos enfermeiros das Unidades pesquisadas também pode ser considerada jovem, sendo apenas 11,4% na faixa etária de 51 a 60 anos.

Na categoria auxiliar de enfermagem houve uma inversão, sendo que, o predomínio foi na faixa etária de 41 a 50 anos (37,4%), seguido da faixa de 31 a 40 anos (27,5%).

Devido à faixa etária predominante, maior do que 41 anos, pode-se pressupor que sejam trabalhadores com relativa experiência de vida e maturidade. A relativa experiência de vida pode ser um fator que contribui para a maior tranquilidade na tomada de decisões no trabalho e na vida pessoal⁴⁵.

Segundo Ximenes Neto⁴¹, esta faixa etária nos remete a uma diversidade de interpretações, voltando o olhar para a experiência de vida no que se refere à vivência social e coletiva; como também representam uma parcela significativa de trabalhadores em saúde que estão no auge de sua vida economicamente ativa.

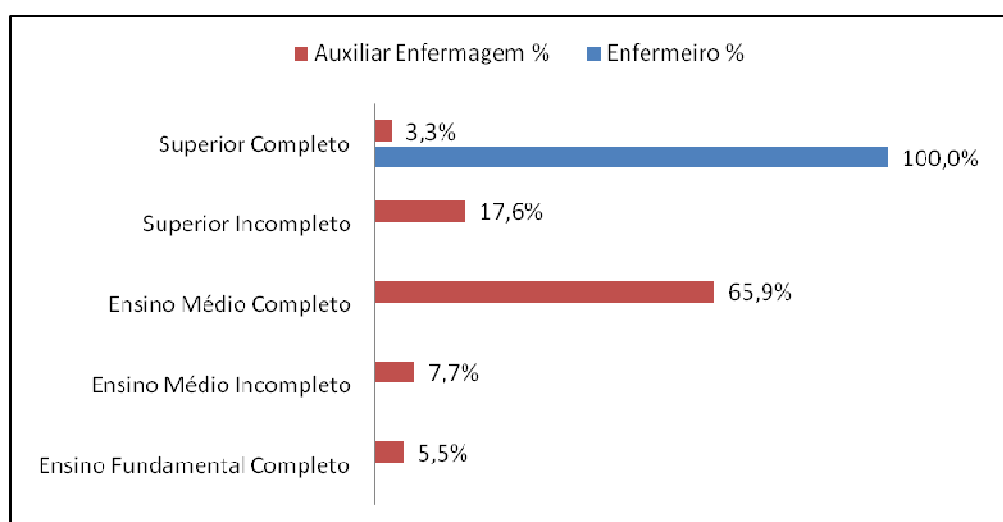


Gráfico 5 - Enfermeiros e auxiliares de enfermagem das Unidades da Rede Pública de Saúde do município de Bauru, distribuídos segundo escolaridade, em números absoluto e percentual.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No que se refere ao grau de escolaridade, constatou-se que 60 auxiliares de enfermagem (65,9%) possuem o ensino médio completo. Entretanto, tiveram acesso ao terceiro grau 20,9% (19), sendo que, 17,6% (16) possuem o superior incompleto e apenas 3,3% (3) já completaram o nível superior. Observa-se, portanto, uma melhora no nível de formação dos auxiliares de enfermagem, o que torna esta população, em especial, melhor preparada, uma vez que a educação tem uma função importante na formação de cidadãos e de uma nação.

Figueiredo⁴⁶ presume que melhorando a qualidade dos auxiliares de enfermagem haverá possibilidade de uma maior participação dos mesmos nos processos decisórios e de criação, elevando o nível da assistência de enfermagem.

Em comparação aos dados levantados por Porfirio⁴⁷, observa-se um aumento importante do número de alunos que concluíram o segundo grau, uma vez que em seu trabalho os autores constataram que apenas 11,04% da população estudada o tinham.

As inovações trazidas pela LDB 9394/96⁴⁸, no que se refere à desvinculação dos cursos técnicos do Ensino Médio e a ênfase dada pelo Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo ao que prevê a legislação que regulamenta o exercício profissional, conduziu os auxiliares de enfermagem a buscarem um aprimoramento de sua formação na área de enfermagem, sendo assim, a soma desses fatores vem gradativamente conduzindo à mudança do perfil dos profissionais de nível médio de enfermagem⁴⁹.

Raffone & Hennington⁵⁰ em seu trabalho verificaram que existe uma tendência em aumentar a proporção de trabalhadores com boa capacidade para o trabalho na medida em que melhora o nível de escolaridade. Monteiro⁵¹ igualmente verificou que indivíduos com maior escolaridade apresentam melhor índice de capacidade funcional quando comparados com os de baixa escolaridade.

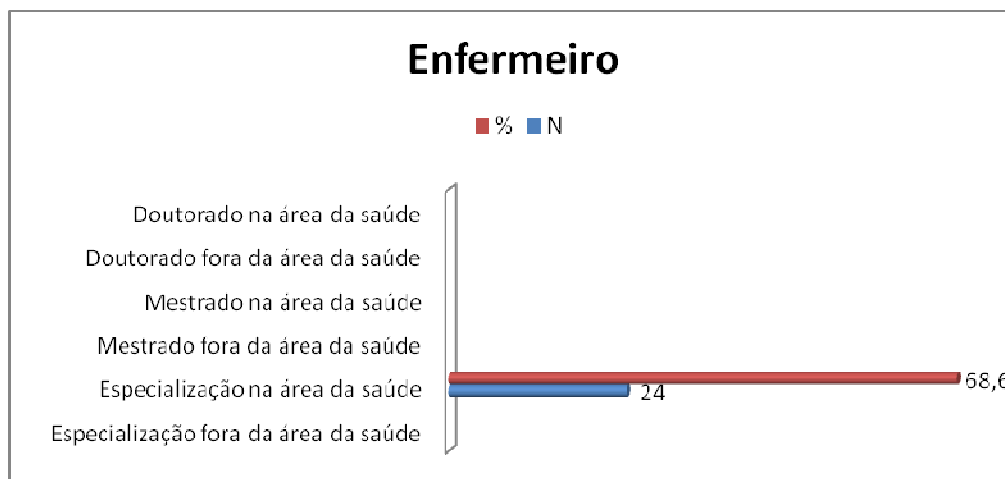


Gráfico 6 - Enfermeiros das Unidades da Rede Pública de Saúde do município de Bauru, distribuídos por tipo de especialização, em números absolutos e percentual.

Os dados levantados permitiram verificar que, embora nenhum dos enfermeiros entrevistados tenha procurado integrar-se a um programa de mestrado após a graduação, a maioria, 68,6% (24), interessou-se em procurar uma área para especializar-se. A realização de curso de especialização não significa que se considera toda a competência neste fato, mas esta formação tem se mostrado importante como uma oportunidade de qualificação e aprimoramento, contribuindo de forma positiva na prática profissional.

Nessa perspectiva, corroborando Nascimento et al.⁵², o sistema organizacional de saúde deve oferecer condições para a qualificação profissional, para que os profissionais possam melhor desenvolver suas atividades e, por conseguinte, beneficiar a organização, a clientela e a sociedade.

É inquestionável o valor de uma especialização como um elemento chave para a qualificação do enfermeiro, seja no ensino, na assistência, na gerência ou na prática investigativa. Reconhece-se que resulta da qualidade do seu trabalho, em maior satisfação profissional decorrente do domínio de conhecimentos e qualificação alcançados⁵³.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

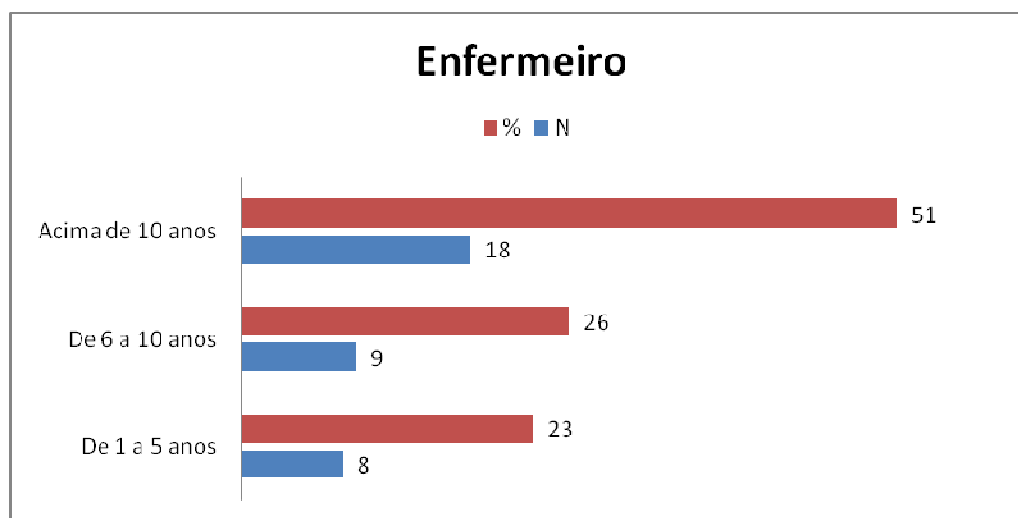


Gráfico 7 - Enfermeiros das Unidades da Rede Pública de Saúde do município de Bauru, segundo tempo de formação, em números absoluto e percentual.

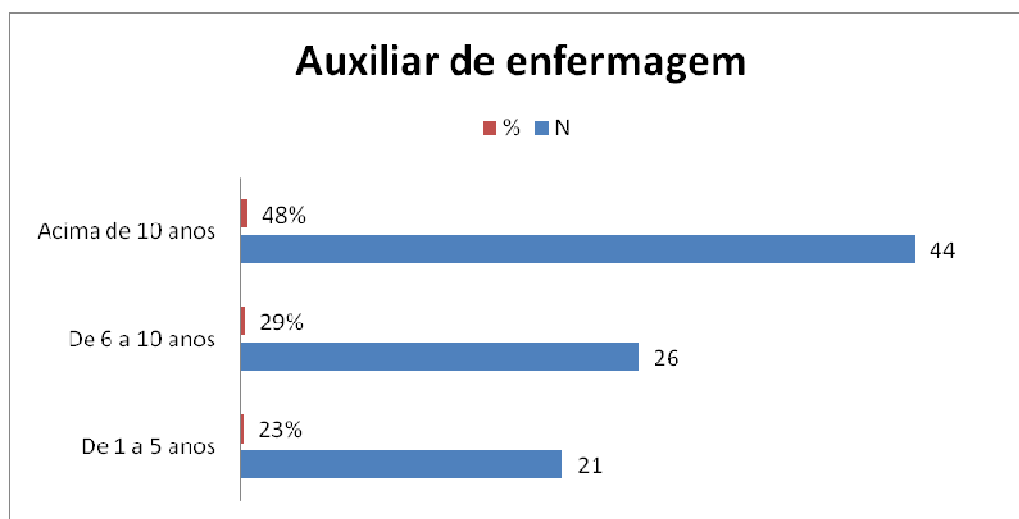


Gráfico 8 - Auxiliares de enfermagem das Unidades da Rede Pública de Saúde do município de Bauru, segundo tempo de formação, em números absoluto e percentual.

Observa-se, quanto ao tempo de formação profissional, um predomínio de formados acima de 10 anos, ou seja, 51% na categoria enfermeiro e 48% na de auxiliar de enfermagem. Os demais entrevistados dos grupos dividiram-se entre 1 a 5 anos e 6 a 10 anos de conclusão da formação.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Constata-se assim, que são profissionais experientes em sua formação específica, comprovando-se definitivamente uma inter-relação entre tempo de formação e faixa etária.

Martins⁴⁰ cita que o tempo de formado pode ser um indicativo de tempo de experiência no mercado de trabalho e de relativa maturidade. O bacharelado revela as competências e habilidades do enfermeiro, assim como o tempo de formação em uma dada época reflete o conhecimento e aptidão valorizados em um determinado período.

Conforme assinala Gabrielli⁵⁴, o enfermeiro formado nos anos 90 foi sujeito da reformulação curricular que buscou definir o perfil do enfermeiro, bem como suas competências gerais e específicas, com o objetivo de capacitar o enfermeiro a interagir com a equipe, identificar e intervir nas diferentes situações clínicas e possuir o domínio intelectual da dinâmica assistencial da unidade.

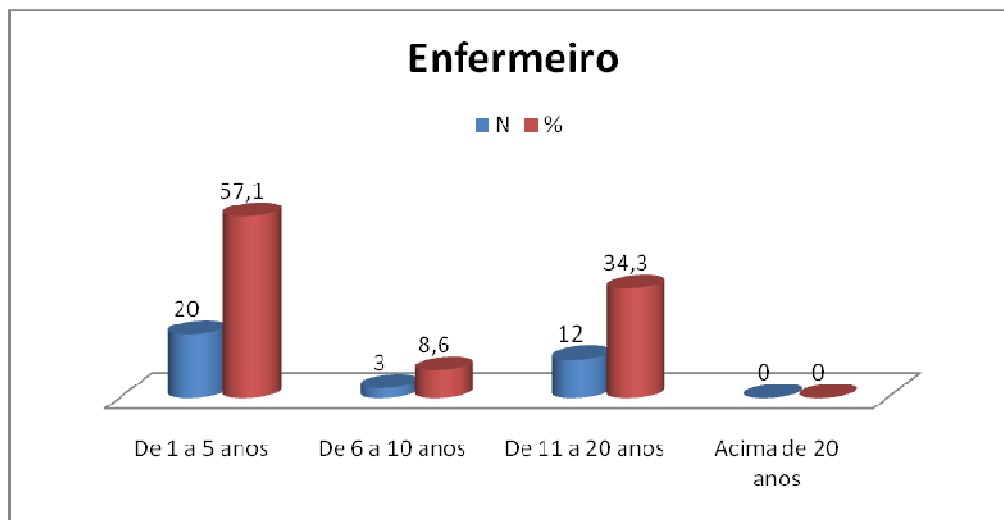


Gráfico 9 - Tempo de serviço na instituição dos enfermeiros das Unidades da Rede Pública de Saúde do município de Bauru, apresentados em números absoluto e percentual.

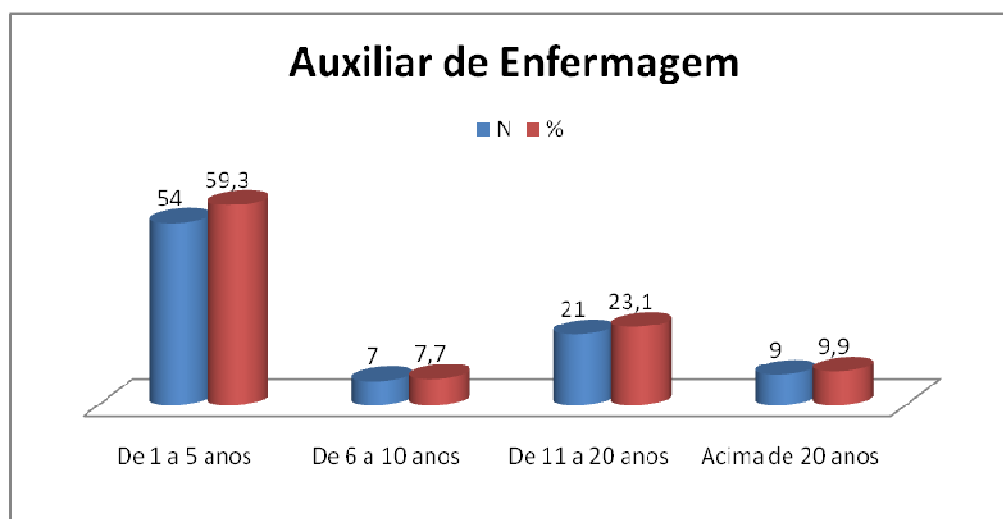


Gráfico 10 - Tempo de serviço na instituição dos auxiliares de enfermagem das Unidades da Rede Pública de Saúde do município de Bauru, apresentados em números absoluto e percentual.

Em relação ao tempo de serviço na instituição, tanto do enfermeiro quanto do auxiliar de enfermagem, houve um predomínio na faixa de 1 a 5 anos, sendo 57,1% (20) e 59,3% (54), respectivamente.

Observa-se que o tempo de serviço de 6 a 10 anos é menor tanto para o enfermeiro quanto para o auxiliar de enfermagem, isso justifica-se pelo período sem contratações, ocasionado pela política de recursos humanos iniciada em meados da década de 90, na qual houve uma valorização, através de adicionais de salário, principalmente na área de urgência e emergência da Secretaria Municipal de Saúde, sendo que, parte da equipe de enfermagem da Rede Básica de Saúde solicitou transferência para a Rede de Urgência e Emergência.

A experiência profissional, o envolvimento institucional e a estabilidade adquirida pelo tempo de serviço são fatores que estimulam a permanência dos profissionais em uma organização e, ainda, o tempo de trabalho em uma instituição pode estar associado, segundo nossa experiência, à proposta de trabalho de uma instituição e satisfação individual⁴⁰.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Quanto ao tempo de trabalho em uma unidade ou serviço, pesquisadores apontam que o tempo prolongado propicia maior adaptação ao ambiente e menor estresse, ou até mesmo a banalização do processo de trabalho e das atividades⁵⁵.

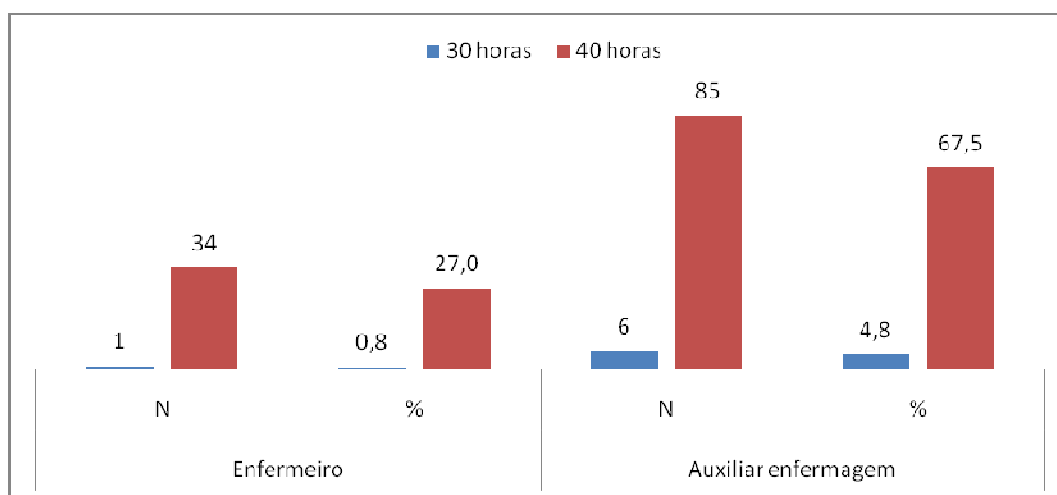


Gráfico 11 - Carga horária de trabalho semanal dos enfermeiros e auxiliares de enfermagem das Unidades da Rede Pública de Saúde do município de Bauru, em números absoluto e percentual.

A carga horária semanal tem predomínio de 40 horas semanais tanto na categoria enfermeiro quanto em auxiliar de enfermagem.

A carga horária de trabalho para a equipe técnica é de 40 horas semanais, existindo a opção de uma carga horária de 30 horas semanais com redução salarial (25%). A jornada de trabalho de 30 horas para os trabalhadores da enfermagem, sem redução de salário, já existe em alguns estados e municípios por iniciativas próprias.

Não obstante, é a equipe de enfermagem que interage de modo mais direto e contínuo com os usuários, permanecendo por mais tempo na organização. A sua jornada de trabalho é muito exaustiva, principalmente pelo fato de uma grande parte trabalhar em mais de um emprego, o que sobrecarrega, integralmente, a vida desses profissionais.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

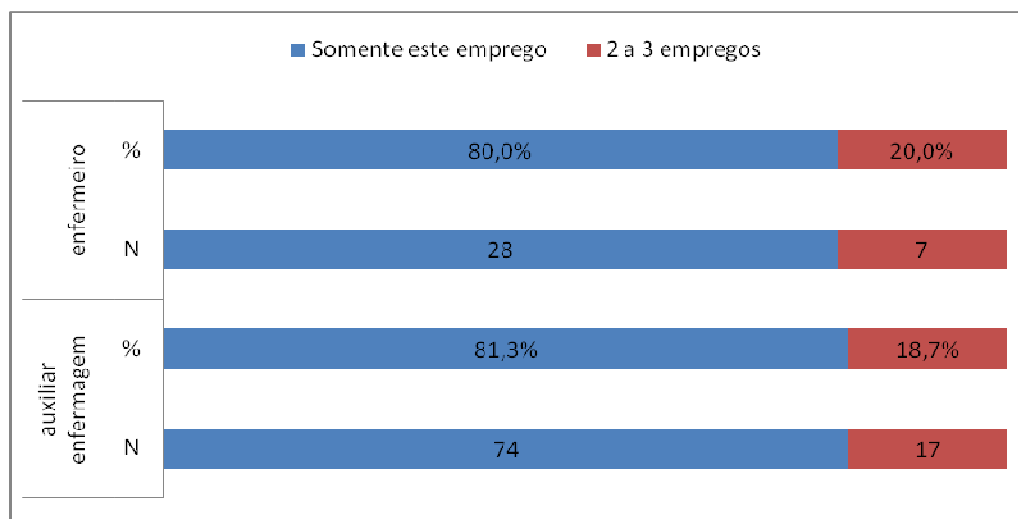


Gráfico 12 - Vínculo empregatício de enfermeiros e auxiliares de enfermagem das Unidades da Rede Pública de Saúde do Município de Bauru, segundo quantidade de empregos, distribuídos em números absoluto e percentual.

Em relação à quantidade de empregos, 80% (28) de enfermeiros e 81,3% (74) de auxiliares de enfermagem possuem somente emprego na Prefeitura Municipal de Bauru, o que possibilita maior empenho e envolvimento com a instituição de trabalho, inclusive com maior disponibilidade.

Segundo Machado apud Lazarotto³⁹, o Ministério da Saúde justifica que, para obter uma dedicação integral e fixar os profissionais qualificados, tem sido necessário oferecer um salário superior ao que é normalmente pago aos trabalhadores de saúde por uma jornada de 40 horas semanais. O salário e a escolaridade caminham juntos, pois os profissionais com maior escolaridade recebem maiores salários.

Acredita-se que o profissional que não tem dedicação exclusiva viva essa realidade por não ser remunerado de forma compatível com sua formação e competência. Ninguém trabalha em mais de um local só porque quer ou porque isso lhe dá prazer, as condições salariais da categoria é que determinam o duplo vínculo. Nesse contexto, vale dizer que muitos desses profissionais trabalham no contra turno ou até mesmo a noite, o que vem acarretar danos para a saúde deste profissional.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os trabalhadores dos serviços públicos vêm, paulatinamente, sofrendo as consequências da redução do seu poder aquisitivo. A grande maioria dos servidores públicos no setor da saúde procura outras alternativas, sobretudo na enfermagem, em que têm buscado a adoção de outros vínculos empregatícios, realidade essa que pode ser constatada em instituições públicas e privadas.

Ao ingressar no serviço público, na maioria dos casos, os servidores assumem uma jornada de trabalho de 40 horas semanais ou 144 horas mensais, porém, com o multiemprego e/ou escalas extras, as horas efetivamente trabalhadas podem chegar a 80 ou até 120 horas semanais⁵⁶.

Vasconcelos & Prado⁵⁷ afirmam que a busca por mais de um emprego acontece no sentido de ter condições e dar condições de subsistência a sua família. Somados aos conflitos existentes, tais como o sentimento de aprisionamento e a perda dos sonhos pelo acúmulo de jornadas de trabalho, pelas horas extras e pelo multiemprego, resultando muitas vezes na supressão de outras formas de sociabilidade e formas de ser no mundo em sua dimensão coletiva e singular, que são tão necessárias à vida do ser humano, assim como, a convivência com a natureza, o autocuidado, o cultivo e o desfrute de sonhos e desejos.

Como constatado nesta pesquisa, a maioria dos trabalhadores da enfermagem da rede pública de saúde mantém um único vínculo, causando surpresa, pois em anos anteriores era comum a dupla jornada.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Tabela 1 - Concepções dos profissionais de enfermagem das Unidades da Rede Pública de Saúde do Município de Bauru sobre Vigilância em Saúde, distribuídos em categorias, apresentados em números absoluto e percentual

Categorias	Enfermeiro		Auxiliar de Enfermagem	
	N	%	N	%
Quebra da cadeia epidemiológica em relação às doenças de notificação compulsória	2	5,8	5	5,5
Ampliada para Vigilância epidemiológica e Sanitária	7	20,0	6	6,6
Vigilância epidemiológica como um sistema	8	22,8	13	14,3
Não responderam sobre conceituação de vigilância em saúde	7	20,0	36	39,6
Conceitua com o próprio tema de “vigília” - prevenção	11	31,4	31	34
Total	35	100	91	100

Sobre a questão “conceituação de vigilância em saúde”, surgiram cinco grupos de significados que foram categorizados para fins deste estudo, como: “Quebra da cadeia epidemiológica em relação às doenças de notificação compulsória”, “Ampliada para Vigilância epidemiológica e Sanitária”, “Vigilância epidemiológica como um sistema”, “Conceitua com o próprio tema de “vigília” – prevenção” e “Não responderam sobre conceituação de vigilância em saúde”.

Nas respostas dadas pelos enfermeiros, encontrou-se 31,4% (11) que “conceituam com o próprio tema de “vigília” - prevenção”, seguido de 22,8% (8) que conceituam “vigilância epidemiológica como um sistema”. A categoria “ampliada para vigilância epidemiológica e sanitária” e a categoria “não responderam sobre conceituação de vigilância em saúde” tiveram 20% (7) dos enfermeiros utilizando essas respostas, e responderam como “quebra da cadeia epidemiológica em relação às doenças de notificação compulsória” apenas 2% (2).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Quanto aos auxiliares de enfermagem, 39,6% (36) “não responderam sobre a conceituação de vigilância em saúde”, seguido de 34% (31) que “conceitua com o próprio tema de “vigília” - prevenção”. A categoria “vigilância epidemiológica como um sistema” foi resposta de 14,3% (13) dos auxiliares de enfermagem, 6,6% (6) optaram por “ampliada para vigilância epidemiológica e sanitária” e “quebra da cadeia epidemiológica em relação às doenças de notificação compulsória” foi a opção de 5,5% (5) deles.

O resultado da categoria enfermeiro apontou para o entendimento de vigilância em saúde como ação de prevenção e controle, vinculando-a basicamente às doenças transmissíveis. Em outras palavras, é a vigilância de casos em detrimento da vigilância dos fatores que determinam e condicionam o aparecimento das doenças e agravos na população.

Dados semelhantes foram encontrados no estudo de Passos ¹, que construiu um conceito que aglutina a concepção de vigilância epidemiológica como uma ação restrita ao controle e prevenção de doenças, que justifica a notificação obrigatória de doenças, associada também a visão de que é um órgão que seria responsável pela execução dessas ações.

As ações de VE ainda são predominantemente de controle e focadas nas doenças. O modelo biomédico, ainda hegemônico, é centrado no saber clínico e privilegia a atenção às pessoas, independente dos determinantes e condicionantes sobre o processo saúde-doença²⁹.

A formação do enfermeiro foi pautada em consonância com esse modelo, quando ainda em 1962 o então Conselho Federal de Educação, pelo Parecer nº 271/62, fixou o primeiro currículo mínimo para os cursos de enfermagem reduzindo a duração do curso para três anos, e eliminando a disciplina de Enfermagem em Saúde Pública, restringindo ainda mais a formação do enfermeiro, voltada somente ao atendimento individual e curativo, comprometendo a compreensão dos determinantes sociais e coletivos das doenças⁵⁸.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O período de 1964-1974 caracterizou-se pela consolidação e apogeu do autoritarismo que promoveu reformas institucionais, inclusive na educação. Em consonância com um capitalismo favorável ao consumo desmedido de medicamentos, bem como a indústria de equipamentos médico-cirúrgicos, fundamentais às empresas de saúde, em 1972 o Parecer CFE nº 163/72 reformulou o currículo mínimo de enfermagem, criando as habilitações em Saúde Pública, Médico-cirúrgica e Obstetrícia, para serem cursadas de forma optativa⁵⁸.

Este parecer enfatizava a necessidade do enfermeiro dominar cada vez mais as técnicas avançadas em saúde, em razão da evolução científica, uma vez que a profissão médica passara a necessitar de uma enfermagem especializada para que juntas, atuassem na assistência curativa. Contudo, a especialização dava-se durante a graduação, prejudicando a formação mais geral. Entretanto, essa formação não era onerosa ao sistema de ensino, o que ocorreria se a especialização estivesse no nível de pós-graduação⁵⁸.

Na década de 80 surgiram novas propostas de saúde, visando uma melhor organização do sistema, trazendo os pressupostos de equidade, integralidade e universalidade como princípios norteadores das políticas no setor saúde, exigindo profissionais com formação generalista, capazes de atuar em diferentes níveis de atenção à saúde. Assim, houve discussões entre as entidades de classe, escolas, instituições de saúde, entre outros acerca da necessidade de reformulação do currículo de 1972, pois o mesmo não seria mais capaz de atender as necessidades impostas pelo setor da saúde no Brasil⁵⁹.

Ainda neste contexto histórico do ensino de enfermagem no Brasil, é importante ressaltar que foi criada a nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) - Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, surgindo inovações e mudanças na educação nacional, sendo prevista uma reestruturação dos cursos de graduação, com a extinção dos currículos mínimos e a adoção de diretrizes curriculares específicas para cada curso⁶⁰.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A LDB visa à formação de profissionais que possam vir a ser críticos, reflexivos, dinâmicos, ativos diante das demandas do mercado de trabalho, aptos a aprender a aprender, a assumir os direitos de liberdade e cidadania, enfim, compreender as tendências do mundo atual e as necessidades de desenvolvimento do país. Se as exigências da Nova LDB e das Diretrizes Curriculares Nacionais forem bem direcionadas e aproveitadas, podem proporcionar a formação de profissionais com as características acima, com participação efetiva no sistema de saúde e com competência profissional para participar efetivamente da resolução dos problemas de saúde da população⁵⁹.

Em estudo realizado por Cerqueira ⁶¹ sobre as práticas da VE, este aponta para um reducionismo das ações de VE, centradas no controle e prevenção de doenças de notificação compulsória, demonstrando que, mesmo passando alguns anos, continua prevalecendo o discurso em torno da prática da VE voltada para o controle das doenças transmissíveis. Em consonância com esse achado, para Faria¹³, o termo vigilância em saúde está relacionado, no que se refere à história da vigilância epidemiológica em nosso país, a prevenção e controle de doenças transmissíveis.

A cisão entre atenção individual curativa, tendo o hospital como principal cenário precisa ser repensada. As práticas preventivas de caráter coletivo, até então presentes nas práticas de saúde pública, também precisam ser repensadas. Um grande desafio, portanto, é romper com as dicotomias construídas social e historicamente: curativo e preventivo, hospital e saúde pública, cuidar e gerenciar, ensinar e fazer, pesquisar e ensinar, universidade e serviço, teoria e prática, dentre outras⁶².

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Enfermagem tem procurado construir um corpo específico de conhecimentos em busca de autonomia e especificidade. As teorias de Enfermagem representam uma tentativa nessa direção, porém enfocam predominantemente a prática hospitalar, o combate às doenças e a recuperação da saúde. A dimensão coletiva da promoção da saúde e da prevenção do adoecimento dentro da perspectiva do ensino tem sido praticamente desvinculada das teorias da Enfermagem, exceção feita à teorização proposta por Egrý⁶³ na Teoria de Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva (TIPESC), cujo núcleo admite a mudança permanente nos fenômenos pela ação do trabalho, tendo como foco central a família na dimensão singular da realidade objetiva⁵⁸.

A categoria “vigilância epidemiológica como um sistema” foi interpretada como um órgão, com atribuição e responsabilidade de execução das medidas de controle necessárias.

A categoria “vigilância ampliada para epidemiológica e sanitária” já incorpora outras dimensões para além das doenças transmissíveis e agravos e requer a integração da equipe no trabalho. É importante salientarmos que, para prevenir riscos e danos, a vigilância epidemiológica deve atuar de forma integrada com a vigilância sanitária e ambiental. No entanto, as práticas das vigilâncias nos municípios ainda permanecem segmentadas.

A categoria “não responderam sobre a conceituação de vigilância em saúde” teve um percentual alto, provavelmente pela inexistência da prática direta, bem como deficiência na formação, tanto formal como do próprio serviço, pois não podemos nos esquecer que:

A reformulação na saúde, iniciada com a Reforma Sanitária e garantida pela Constituição Nacional (1988) afirma que compete à gestão do SUS o ordenamento da formação de recursos humanos da área de saúde. A construção social contínua requerida pelo SUS e provocada pela mudança na concepção do processo saúde/ doença, que impulsionou a mudança dos paradigmas vigentes até então, acarreta consequências na educação dos profissionais de saúde⁵⁹.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O que se coloca também em relação à formação de força de trabalho em saúde, particularmente de enfermagem, é que as Práticas Educativas utilizadas nos processos pedagógicos para formação desses profissionais são frequentemente baseadas em planejamentos normativos de ensino e ancoradas em abordagens pedagógicas tradicionais. Esse processo de formação conflita com a necessidade de formar sujeitos críticos, reflexivos e questionadores em resposta aos requerimentos do Sistema Único de Saúde e, sobretudo com o alcance da atenção às necessidades sociais da saúde preconizadas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Enfermagem⁶⁴.

A capacitação de recursos humanos constitui-se num desafio, pois deve fazer parte da implementação de uma política de recursos humanos adequada, com vistas às novas condições do sistema de saúde, à reorganização das práticas profissionais e a implantação de estratégias para o desenvolvimento dos profissionais existentes na rede pública¹.

Tabela 2 - Concepção de como o serviço de vigilância epidemiológica do município deve ser estruturada em número absoluto e percentual

Variáveis	Enfermeiros		Auxiliar	
	N	%	N	%
Descentralizado na unidade	13	37,1	37	40,7
*Centralizado no Departamento de Saúde Coletiva	22	62,9	50	55,0
Não responderam	0	0	4	5,5

* No organograma da Secretaria Municipal de Saúde de Bauru, a VE e VS estão locadas no Departamento de Saúde Coletiva.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Quanto à questão de como o serviço de vigilância epidemiológica do município deve ser estruturado, 62,9% dos enfermeiros e 55% dos auxiliares de enfermagem responderam que deve ser centralizado no Departamento e aqueles que acham que deve ser descentralizado citam que é necessário ter estrutura física adequada e pessoal suficiente para executar as ações.

Cuidar da estrutura física dos serviços de saúde, estabelecer fluxos e rotinas para atendimento, cuidar dos recursos humanos no tocante à sua qualificação para o atendimento são medidas importantes que contribuem para melhorar a qualidade da assistência prestada. Mas, além de todas essas questões, é também importante avaliar e refletir sobre o trabalho humano que vem sendo realizado nas Unidades de Saúde e os propósitos, motivações, habilidades e compromisso inseridos nele.

Merhy apud Passos¹ “[...] não basta injetar mais recursos no sistema, deve-se modificar o modo de gerir os serviços e de se trabalhar em saúde”.

Os dados evidenciam que existem dificuldades na articulação das ações de Vigilância Epidemiológica entre o nível central e local, devido ao desconhecimento e a complexidade que envolve esse processo de trabalho.

As Unidades de Saúde foram absorvidas pela assistência médica, modificando o seu caráter e perfil de atuação em que, anteriormente, era caracterizado pelas ações de prevenção para a predominância da assistência médica individual e curativa¹.

De acordo com Vilela⁶⁵, a historicidade, os aspectos políticos das escolhas dos modelos assistenciais, o tipo de atenção à saúde que será prestada aos usuários e, ainda, tendo como referencial a reforma sanitária e a construção do SUS, o que se espera de uma rede básica é que seja essencialmente orientada pela democratização das relações entre usuários e trabalhadores de saúde, que construa novos sujeitos, gere política e produza saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Uma rede básica, de preferência inserida em um modelo de atenção que tenha como diretrizes gerais acolher bem, deve responsabilizar-se pelo outro e pelo território, cuidar, tendo em mente a autonomia dos usuários e cidadãos para resolver seus problemas e envolver-se nos problemas coletivos, integrar a atenção individual e coletiva, avaliar riscos e intervir precocemente sobre eles, trabalhar em equipe, buscando cada vez mais que os trabalhadores, usuários e gestores tornem-se construtores da sua própria história⁶⁵.

O desafio que se apresenta é a sensibilização das equipes, uma vez que tradicionalmente as informações de que se dispõe não estão sendo utilizadas para dar as respostas que precisam ser dadas no cotidiano, nem servir como ferramentas facilitadoras e norteadoras das ações.

Sabe-se que a descentralização das ações de VE para a Unidade de Saúde possibilita a equipe local conhecer o território de abrangência, o modo de vida da população e seus problemas de saúde, favorecendo uma atuação de prevenção e controle de doenças de forma mais rápida, pela facilidade do acesso geográfico.

Bezerra ⁶⁶ afirma que, embora a descentralização das ações de vigilância epidemiológica contribui para a melhoria de alguns indicadores de saúde, os profissionais ainda consideram uma prática secundária no processo de trabalho e que deveria ser realizada por profissionais especializados.

É possível descentralizar algumas ações de VE com a co-responsabilidade do nível local, entretanto, apontam que a equipe de saúde do nível local (UBS) ainda carece de capacitação específica, uma vez que a maioria dos membros da equipe não possui conhecimento e habilidade para realizar as ações, agrupar e analisar o dado epidemiológico produzido e a infraestrutura de trabalho para executar as ações de VE em seu território⁶⁷.

Segundo Villa apud Bezerra et al.⁶⁶, a descentralização das ações de vigilância epidemiológica para as Unidades Básicas de Saúde só se torna presumível à proporção que se ofereçam profissionais qualificados e infraestrutura compatível com suas atribuições.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Tabela 3 - Facilidades encontradas no trabalho em relação às atividades desenvolvidas em conjunto com a Divisão de Vigilância Epidemiológica, distribuídas por categoria profissional, em números absoluto e percentual

Facilidade	Enfermeiro		Total	N	Auxiliar Enfermagem	Total
	N	%			%	
Logística e manuais disponíveis	15	43%	35	28	31%	91
Facilidade de acesso	19	54%		31	34%	
Disponibilidade de treinamento	13	37%		27	30%	
Informações com rapidez	6	17%		25	27%	
Capacidade técnica e informações atualizadas	20	57%		28	31%	
Equipe colaboradora	18	51%		41	45%	
Nenhuma das alternativas	0	0%		9	10%	

Na tabela 3 os profissionais de enfermagem poderiam escolher mais de uma alternativa como resposta. Os resultados encontrados quando questionados sobre as facilidades encontradas no trabalho conjunto com a vigilância epidemiológica foram semelhantes nas duas categorias, se considerar a frequência das respostas, ou seja, as respostas mais presentes foram de capacidade técnica e informações atualizadas de 54% dos enfermeiros e 31% de auxiliares de enfermagem; facilidade de acesso, respondido por 51% dos enfermeiros e 31% dos auxiliares de enfermagem; equipe colaboradora em 51% das respostas dos enfermeiros e 45% dos auxiliares de enfermagem e na alternativa logística e manuais disponíveis, 43% dos enfermeiros apontaram como facilidade e 31% dos auxiliares de enfermagem.

Analisando os dados acima, percebe-se uma separação e um distanciamento nítido da unidade de saúde com a vigilância epidemiológica, como por exemplo, para 57% dos enfermeiros a equipe tem capacidade técnica e informações atualizadas, em somente 17% as informações vêm com rapidez.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pouca articulação pode ser causada em parte pela forma como é organizado o serviço, que permanece centralizado na VE. A equipe da VE tem treinamento, recebe as informações e é exclusiva para realizar as ações de vigilância, não priorizando no dia a dia o repasse das informações epidemiológicas para as unidades de saúde e, após a execução das ações e o cumprimento das normas, os casos são encerrados.

A equipe da VE quase sempre está trabalhando em cima de urgências, situações novas e problemas instalados, esforçando para controlar epidemias, preparando campanhas, entre outras atividades e, por sua vez, as equipes das unidades também estão sobrecarregadas pela demanda e esperam passivamente o retorno, demonstrando pouco interesse em ir buscar informações e respostas dos casos notificados por eles ou de sua área de abrangência.

Vilela⁶⁵ pergunta:

Onde reside a sensação de insuficiência então? Parece estar localizada no campo da necessidade de se aprimorarem em relação aos instrumentais da epidemiologia e da informação para desempenhar a contento aquele papel assessor, de matriciar e ser referência técnica para as equipes e o coordenador, no que diz respeito à 'alimentá-los' – no dia-a-dia ou nos momentos dos planejamentos ou avaliações destes – com dados e informações e, dessa forma, contribuir na definição das intervenções. Essa insuficiência parece sinalizar também um desejo de aprender como trabalhar, de maneira mais apurada, com a apresentação dos dados do ponto de vista gráfico. E ainda, tornar essa "lida" com os dados uma prática menos sofrida, sem 'quebrar tanto a cabeça'. Para este aprimoramento, o foco parece estar na organização, sistematização e análise dos dados. A disseminação das informações tenderia a estar mais relacionada à gestão do processo de trabalho e não meramente a um aspecto técnico ligado à informação em saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO**Tabela 4** - Dificuldades encontradas no trabalho em relação às atividades desenvolvidas em conjunto com a Divisão de Vigilância Epidemiológica, distribuídas por categoria profissional, em números absoluto e percentual

Variáveis	Enfermeiro		Total	Auxiliar Enfermagem		Total
	N	%		N	%	
Falta de pessoal	29	83%	35	55	60%	91
Estrutura administrativa deficiente	5	14%		18	20%	
Falta de integração	10	29%		22	24%	
Dificuldade de comunicação/diálogo	4	11%		23	25%	
Dificuldade de transporte para a realização das atividades	13	37%		23	25%	
Articulação com outras secretarias	13	37%		16	18%	
Informes com atrasos	11	31%		27	30%	
Mudanças bruscas de rotina dificultando o planejamento	15	43%		27	30%	
Falta de discussão de assuntos referentes à vigilância epidemiológica	16	46%		41	45%	
Não tenho dificuldades	2	6%		15	16%	
Nenhuma das alternativas	0	0%		0	0%	

Os dados evidenciam que as principais dificuldades encontradas, tanto para o enfermeiro quanto para o auxiliar de enfermagem, são com relação a falta de pessoal, respondida por 83% (29) dos enfermeiros e 60% (55) dos auxiliares de enfermagem e com a falta de discussão de assuntos referentes à vigilância epidemiológica, apontada por 46% (16) dos enfermeiros e 45% (41) dos auxiliares de enfermagem.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Outro ponto a ser notado é “Mudanças bruscas de rotina dificultando o planejamento” ter sido apontada pelos profissionais de enfermagem como uma dificuldade. Porém, sabe-se que o período de aplicação da pesquisa nas unidades de saúde coincidiu com o período em que a Rede de Saúde estava em campanha de vacina contra a influenza H1N1, somando a isto inúmeras alterações normativas sobre a vacinação e grande demanda na Unidade.

Goldbaum⁶⁸ identifica uma carência de maior grau de desenvolvimento nas atividades de vigilância epidemiológica. Frequentemente os sistemas de vigilância epidemiológica utilizam-se da metodologia epidemiológica para promover apenas uma melhor organização e/ou apresentação dos dados coletados sobre doenças submetidas aos esquemas de notificação. De forma esporádica, esses dados são submetidos a procedimentos analíticos, não se aproveitando todo o seu potencial explicativo da ocorrência das doenças. Isso explica, em parte, seu papel predominantemente passivo, que se espelha na retardada tomada de ações para o controle de doenças e agravos.

As atividades de Vigilância Epidemiológica desenvolvidas pelo profissional de enfermagem requerem conhecimentos específicos de epidemiologia, controle de doenças e agravos à saúde, gerência de programas (planejamento, avaliação e coordenação), orientação técnica das ações de Vigilância Epidemiológica e vacinação⁶⁹.

Os setores responsáveis pela vigilância epidemiológica nas unidades onde a vigilância epidemiológica se faz presente, limitam-se à notificação compulsória, têm, em geral, atribuições que não são discutidas, ou sequer compreendidas pelos demais profissionais. Frequentemente reportam-se somente aos níveis superiores da estrutura da rede, funcionando de forma inteiramente independente do resto e sem mecanismos de articulação⁷⁰.

Se os profissionais da rede pública desconhecem de forma generalizada o que é feito além da notificação dos casos, como poderemos esperar que a unidade de saúde assuma alguma outra atividade? Esse desconhecimento nos faz refletir sobre o despreparo para assumir tais ações, o que implica na necessidade de um preparo técnico para os mesmos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Podemos observar, também, um percentual de 14% e 20% entre os enfermeiros e auxiliares de enfermagem, respectivamente, que afirmam que a estrutura administrativa é deficiente para as ações de VE e, de certa forma, essa própria estrutura é que favorece o não envolvimento das Unidades no desenvolvimento das mesmas que estão, até o momento, centralizadas no Departamento de Saúde Coletiva.

O sistema organizacional de saúde deve oferecer o suporte necessário para qualificar os funcionários para melhor desenvolver suas atividades, beneficiando a organização, a clientela e a sociedade. Para isso, são necessárias decisões que favoreçam a reestruturação da Saúde, inclusive organizacional, sob a tríade: satisfação da clientela, valorização do profissional e qualidade dos serviços prestados⁵².

Tabela 5 - Atividades de vigilância epidemiológica desenvolvidas pelos enfermeiros e auxiliares de enfermagem das Unidades da Rede Pública de Saúde do Município de Bauru, em números absolutos e relativos

Atividades de Vigilância Epidemiológica	Enfermeiro		Auxiliar de Enfermagem	
	N	%	N	%
Notificação e investigação de doenças e agravos	31	89%	51	56%
Busca ativa de casos novos	25	71%	24	26%
Vacinação de rotina	30	86%	75	82%
Vacinação em campanhas	35	100%	88	97%
Bloqueios com medicação ou vacinas	20	57%	45	49%
Treinamentos	27	77%	26	29%
Orientações para familiares e comunicantes	32	91%	61	67%
Preenchimentos de impressos e planilhas	31	89%	56	62%
Supervisão da equipe nas atividades de vigilância	22	63%	0	0

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Observa-se que em relação à participação, tanto dos enfermeiros quanto dos auxiliares de enfermagem nas ações de vigilância epidemiológica desenvolvidas nas unidades de saúde, não há uma hegemonia e realização plena das mesmas.

Percebe-se que existe uma concepção de que as ações de vigilância epidemiológica estão fora do processo de trabalho da unidade, bem como das atribuições dos profissionais da Rede de Saúde.

Os motivos que levam a tal concepção e atitudes podem ser oriundos da própria história da organização do sistema de vigilância epidemiológica no Brasil ou da forma em que a assistência está organizada no nível municipal.

A notificação é uma das ações mais importantes no sistema de vigilância. Ela permite conhecer a situação existente em relação a um agravo específico, possibilitando diminuir o dano à saúde da população e a geração de informações para a tomada de medidas preventivas e de interrupção de riscos à saúde individual e de comunidades. Esperava-se encontrar neste estudo 100% das respostas positivas, porém, somente 89% dos enfermeiros e 56% dos auxiliares de enfermagem realizam esta atividade.

Waldman⁴ coloca que o compromisso do profissional em realizar a notificação depende da percepção que tem da importância do evento adverso à saúde pública, ou seja, existe uma valorização das patologias de maior gravidade no ato da notificação ou daquelas em época dos surtos e epidemias.

A subnotificação geralmente decorre do fato dos sistemas de vigilância, em sua maioria, serem passivos e estarem frequentemente relacionados com: a) a falta de conhecimento por parte dos profissionais de saúde, da importância e dos procedimentos necessários para a notificação; b) o desconhecimento da lista de doenças submetidas à vigilância; c) a ausência de adesão à notificação, pelo tempo consumido no preenchimento da ficha e pela ausência do retorno da informação analisada com as recomendações técnicas pertinentes; d) a preocupação dos profissionais de saúde com a quebra da confidencialidade das informações e e) a falta de percepção dos profissionais da relevância em saúde pública, das doenças submetidas à vigilância¹².

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com relação à atividade investigação de doenças e agravos, sabe-se das limitações enfrentadas para o exercício desta pelos enfermeiros de serviço, mas uma estratégia viável seria a de que se começasse pelo conhecimento da realidade abrangente e análise dos dados obtidos no próprio serviço. Este exercício de análise levaria o profissional a conhecer melhor a situação de saúde e também contribuiria para melhorar a sistematização dos procedimentos de coleta e de análise de dados, e ainda estimular o desenvolvimento do processo analítico deles⁷¹.

Nesse processo participariam não somente enfermeiros, mas outros elementos da enfermagem e funcionários que estariam envolvidos na coleta e produção de informações, que passariam da mesma forma a conhecer os problemas e a importância de suas ações no desempenho de sua prática, centrada nas necessidades sociais e de saúde locais⁷¹.

Esse é um aspecto embasado nas diretrizes curriculares, que deveria fazer parte do processo de formação dos profissionais da enfermagem e que prevê um sujeito crítico e reflexivo, consciente da sua função social.

Entre as demais variáveis relacionadas, a variável que apresenta relação mais estreita com o desempenho nas atividades de vigilância epidemiológica é a vacinação em campanhas. Aparentemente, esta atividade tem efeito positivo sobre as atividades de vigilância epidemiológica, mesmo quando não desempenhada a contento como é o caso da vacinação de rotina.

A característica do trabalho na sala de vacina é diferente das outras ações da VE, o profissional está instrumentalizado por informações que são utilizadas no momento do atendimento. As informações chegam rápidas e há uma obrigatoriedade de treinamento e atualização. O que não perguntamos na pesquisa, mas agora nos indagamos é se esses sujeitos percebem a vacinação como parte integrante das ações da VE.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Um aspecto importante a se observar nas respostas da tabela 5 como um todo, é que o enfermeiro tem participação mais ativa nas ações da VE do que o auxiliar de enfermagem, no entanto, recomenda-se, segundo Vilela⁶⁵, que as mesmas não fiquem com um único profissional, apesar de existir a referência de responsabilidade, para não haver descontinuidade das ações e garantindo uma vigilância de qualidade, ágil e comprometida com a proteção da saúde das pessoas.

5 Considerações Finais

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados levantados no presente estudo permitem concluir:

Quanto aos atributos pessoais:

- A maioria, 97% de enfermeiros e 95% de auxiliares de enfermagem, é do sexo feminino.
- O predomínio dos enfermeiros encontra-se na faixa etária de 31 a 40 anos (37,1%). Na categoria auxiliar de enfermagem houve uma inversão, sendo que, o predomínio foi na faixa etária de 41 a 50 anos (37,4%).
- No que se refere ao grau de escolaridade, constatou-se que 60 auxiliares de enfermagem (65,9%) possuem o ensino médio completo.
- A maioria dos enfermeiros, 68,6% (24), tem uma especialização.
- Quanto ao tempo de formação profissional, houve um predomínio de formados acima de 10 anos, ou seja, 51% na categoria enfermeiro e 48% na auxiliar de enfermagem.
- Em relação ao tempo de serviço na instituição, tanto do enfermeiro quanto do auxiliar de enfermagem, houve um predomínio na faixa de 1 a 5 anos, sendo 57,1% (20) e 59,3% (54), respectivamente.
- Em relação à quantidade de empregos, 80% (28) de enfermeiros e 81,3% (74) de auxiliares de enfermagem possuem somente emprego na Prefeitura Municipal de Bauru, o que possibilita maior empenho e envolvimento com a instituição de trabalho, inclusive com maior disponibilidade.

Quanto à categorização da descrição do conceito de vigilância em Saúde pelos profissionais de saúde:

CONSIDERAÇÕES FINAIS

➤ À questão “conceituação de vigilância em saúde” nos enfermeiros, encontrou-se 31,4% (11) que “conceituam com o próprio tema de “vigília” - prevenção” e nos auxiliares de enfermagem, 34% (31). A categoria “não responderam sobre a conceituação de vigilância em saúde” teve um percentual alto, 20% (7) nos enfermeiros e 39,6% (36) nos auxiliares de enfermagem, provavelmente pela inexistência da prática direta, bem como deficiência na formação, tanto formal como do próprio serviço.

Quanto a concepção de como o serviço de vigilância epidemiológica do município deve ser estruturado:

➤ 62,9% dos enfermeiros e 55% dos auxiliares de enfermagem responderam que deve ser centralizado no Departamento e aqueles que acham que deve ser descentralizado citam que é necessário ter estrutura física adequada e pessoal suficiente para executar as ações.

Quanto às facilidades e dificuldades encontradas pelos profissionais de saúde:

➤ Quando questionados sobre as facilidades encontradas no trabalho conjunto com a vigilância epidemiológica, as respostas foram semelhantes nas duas categorias, se considerar a frequência das respostas, ou seja, as respostas mais presentes foram capacidade técnica e informações atualizadas, de 54% dos enfermeiros e 31% de auxiliares de enfermagem e facilidade de acesso, respondido por 51% dos enfermeiros e 31% dos auxiliares de enfermagem. As principais dificuldades encontradas, tanto para o enfermeiro quanto para o auxiliar de enfermagem, são com relação a falta de pessoal, respondida por 83% (29) dos enfermeiros e 60% (55) dos auxiliares de enfermagem e com a falta de discussão de assuntos referentes à vigilância epidemiológica, apontada por 46% (16) dos enfermeiros e 45% (41) dos auxiliares de enfermagem.

Quanto às atividades de vigilância epidemiológica desenvolvidas pelos profissionais de saúde:

CONSIDERAÇÕES FINAIS

➤ A participação tanto dos enfermeiros quanto dos auxiliares de enfermagem nas ações de vigilância epidemiológica desenvolvidas nas unidades de saúde, não há uma hegemonia e a realização plena das mesmas. Percebe-se que existe uma concepção de que as ações de vigilância epidemiológica estão fora do processo de trabalho da unidade, bem como das atribuições dos profissionais da Rede de Saúde.

Constatou-se, assim, que a vigilância epidemiológica não é um instrumento que possa ou deve ser aplicado isoladamente. Sua implementação pressupõe, no mínimo, serviços de saúde organizados e eficientes, que observem critérios epidemiológicos no estabelecimento de prioridades.

Nas ações de Vigilância Epidemiológica (VE) com todos os aparatos legais que a subsidia, ainda se observa um descompasso entre o discurso e a efetiva utilização da VE, enquanto parte integrante de um sistema e co-responsável na definição de ações prioritárias das políticas de saúde.

O atendimento dos usuários pelos profissionais das unidades da Rede Pública de Saúde com alguma das doenças de notificação compulsória é caracterizado por uma eventualidade, o que pode significar para alguns profissionais como um atendimento fora de rotina.

Este atendimento é compreendido como sobrecarga no seu dia a dia, principalmente por fazer parte de um sistema de notificação, requerendo o preenchimento de vários impressos.

Sabemos que as atividades de Vigilância Epidemiológica requerem conhecimentos específicos de epidemiologia e controle de doenças e agravos à saúde, gestão de programas, supervisão das salas de vacina e orientação técnica das ações de Vigilância Epidemiológica, o que implica na necessidade de um preparo técnico para os mesmos. O sistema organizacional de saúde deve oferecer o suporte necessário para qualificar os funcionários para melhor desenvolver suas atividades, beneficiando a organização, a clientela e a sociedade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observa-se que a equipe da VE tem treinamento, recebe as informações e é exclusiva para realizar as ações de vigilância, não priorizando no dia a dia o repasse das informações epidemiológicas para as unidades de saúde e, após a execução das ações e o cumprimento das normas, os casos são encerrados.

A equipe da VE quase sempre está trabalhando em cima de urgências, situações novas e problemas instalados, entre outras atividades e, por sua vez, as equipes das unidades também estão sobrecarregadas pela demanda e esperam passivamente o retorno, demonstrando pouco interesse em ir buscar informações e respostas dos casos notificados por eles ou de sua área de abrangência.

Mas, enquanto a vigilância epidemiológica não assumir efetivamente o papel de apoio técnico às atividades de assistência integral à saúde, oferecendo regularmente um diagnóstico da situação dos agravos mais relevantes na comunidade, atualizando continuamente as recomendações técnicas relativas à sua profilaxia, diagnóstico, tratamento e controle, a notificação continuará sendo encarada por muitos profissionais, como mais uma atividade burocrática a ser desenvolvida mecanicamente.

O desafio que se apresenta é a sensibilização das equipes, uma vez que tradicionalmente as informações de que se dispõe não estão sendo utilizadas para dar as respostas necessárias no cotidiano das unidades da rede pública de saúde, nem servem como ferramentas facilitadoras e norteadoras das ações.

É importante, também, fazer uma desconstrução das práticas clínico-individualistas, enraizadas na maioria dos profissionais e, provavelmente, só a partir desse processo será possível realizar as mudanças necessárias à incorporação do novo modelo e a criação de uma nova consciência sanitária.

6 Referências

REFERÊNCIAS

- 1 Passos LMR. Assistir e vigiar: as ações da Vigilância Epidemiológica na Unidade Básica de Saúde. Situação atual e perspectivas [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão, Universidade de São Paulo; 2003.
 - 2 Albuquerque MIN, Carvalho EMF, Lima LP. Vigilância Epidemiológica: conceitos e institucionalização. Rev Bras Saúde Mater Infant. Abr. 2002; 2(1): 7-14.
 - 3 Castro IRR. Vigilância alimentar e nutricional: limitações e interfaces com a rede de saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1995.
 - 4 Waldman EA. Vigilância Epidemiológica como prática de saúde pública [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 1991.
 - 5 Silva Junior JB. Epidemiologia em serviço: uma avaliação de desempenho do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde [tese]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2004.
 - 6 Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica. 6ª Ed. Brasília; 2005.
 - 7 Brasil. Lei Federal nº 6.259. Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças e dá outras providências. [internet]. Brasília: Presidência da República; 1975 [acesso 10/03/2010]. Disponível em: [HTTP://www.planalto.gov.br](http://www.planalto.gov.br).
 - 8 Freitas FP, Pinto IC. Percepção da equipe de saúde da família sobre a utilização do sistema de informação da atenção básica-SIAB. Rev Latino-Am Enferm. 2005; 13(4): 547-54.
 - 9 Schout D. Municipalização da Vigilância Epidemiológica: uma proposta em construção. Saúde e Soc. 1994; 3(1): 11-28.
-

REFERÊNCIAS

- 10 Rodrigues VM, Fracolli LA, Oliveira MAC. Possibilidades e limites do trabalho de vigilância epidemiológica no nível local em direção à vigilância à saúde. Rev Esc Enferm USP. 2010; 35(4): 313-9.
 - 11 Michaloski LCR. Caminhos e (des)caminhos da descentralização da vigilância sanitária em municípios do interior do Estado de São Paulo [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista; 2007.
 - 12 Waldman EA, Jorge MHM. Vigilância para acidentes e violência: instrumento para estratégias de prevenção e controle. Ciênc Saúde Colet. 1999; 4(1): 71-9.
 - 13 Faria LS. As práticas de vigilância na Supervisão Técnica de Saúde do Butantã - São Paulo (SP): perspectivas para o alcance da vigilância à saúde [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2007.
 - 14 Fracolli L, Faria LS, Pereira JG, Melchior R, Bertolozzi MR. Vigilância à Saúde: deve se constituir como política pública?. Saúde Soc. 2008;17(2):184-92.
 - 15 Cohen MM, Moura MLO, Tomazelli JG. Descentralização das ações de Vigilância Sanitária. Rev Bras Epidemiol. 2004;7(3):290-301.
 - 16 Piovesan MF, Padrão MVV, Dumont UM, Gondim GM, Flores O, Pedrosa JI et al. Vigilância Sanitária: uma proposta de análise dos contextos locais. Rev Bras Epidemiol. 2005;8(1):83-95.
 - 17 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº399, de 22 de fevereiro de 2006, com definição das diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde. Diário Oficial da União. 3 jul 2006;sec1.p.39.
 - 18 Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. São Paulo: Saraiva; 1988.
 - 19 Brasil. Lei Federal nº 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências
-

REFERÊNCIAS

- intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União.31 dez. 1990.
- 20 Bertolozzi MR, Fracolli LA. Vigilância à saúde: alerta continuado em saúde coletiva. Mundo Saúde. 2004;28(1):14-20.
- 21 Brasil. Lei Federal nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. 20 set. 1990.
- 22 Silva SF. Municipalização da saúde e poder local: sujeitos, atores e políticas. São Paulo: HUCITEC; 2001.
- 23 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 2203 de 05 de novembro de 1996. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB -96. Diário Oficial da União. 6 nov. 1996.
- 24 Marques RM, Mendes A. A política de incentivos do Ministério da Saúde para a atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade?. Cad Saúde Pública. 2002;18 Supl: S163-71.
- 25 Brasil. Ministério da Saúde. Norma Operacional da Assistência à Saúde do Sistema Único de Saúde. Portaria 95 de 26 de Janeiro de 2001. Diário Oficial da União. 19 jan. 2001.
- 26 Brasil. Ministério da Saúde. Norma Operacional da Assistência à Saúde/NOASSUS 01/02. Brasília; 2002.
- 27 Viana ALD, Heimann LS, Lima LD, Oliveira RG, Rodrigues SH. Mudanças significativas no processo de descentralização do sistema de Saúde no Brasil. Cad Saúde Pública. 2002;18 Supl :139-51.
- 28 Maia C, Guilhem D, Lucchese G. Integração entre vigilância sanitária e assistência à saúde da mulher: um estudo sobre a integralidade no SUS. Cad Saúde Pública.2010;26(4):682-92.
-

REFERÊNCIAS

- 29 Santos SSB, Melo CMM. Avaliação da descentralização da vigilância epidemiológica para a Equipe de Saúde da Família. *Ciênc Saúde Colet*. 2008; 13(6): 1923-32.
- 30 Oliveira CM, Casanova AO. Vigilância da saúde no espaço de práticas da atenção básica. *Cienc Saúde Colet*. 2009;4(3):929-36.
- 31 Epidemiologia nas políticas, programas e serviços de saúde. doi: 10.1590/S1415-790X2005000500004. *Rev Bras Epidemiol*. 2005;8(1):28-39.
- 32 Ribeiro AF, Malheiro VL. Avaliação da implantação dos núcleos hospitalares de epidemiologia do Estado de São Paulo. *BEPA Bol Epidemiol Paul*. 2009;6(72):4-16.
- 33 Barcellos C, Quitério LAD. Vigilância ambiental em saúde e sua implantação no Sistema Único de Saúde. *Rev Saúde Pública*. 2006;40(1):170-7.
- 34 Gawryszewski VP. et al. Tendência e perfil das doenças crônicas não transmissíveis no Estado de São Paulo. *BEPA, Bol Epidemi Paul*. Jun. 2009;6(66):4-16.
- 35 Bauru. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde. Bauru: SMS; 2010.
- 36 SEADE. Fundação Sistema Estadual de Análises de Dados. Informações dos municípios paulistas. São Paulo; 2010. [acesso 11 set 2010]. Disponível em: <http://www.seade.gov.br>.
- 37 Capistrano Filho D, Pimenta AL, organizadores. Bauru: a experiência que deu certo. Saúde para todos: desafio ao município. São Paulo: Hucitec; 1988.
- 38 Vanderlei MIG. O gerenciamento na estratégia da Saúde da Família: o processo de trabalho dos gestores e dos gerentes municipais de saúde em municípios do Estado do Maranhão [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2005.
-

REFERÊNCIAS

- 39 Lazrotto EM. Competências essenciais requeridas para o gerenciamento das Unidades Básicas de Saúde [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de São Carlos; 2001.
- 40 Martins C, Kobayashi RM, Ayoub AC, Leite MMJ. Perfil do enfermeiro e necessidades de desenvolvimento de competência profissional. *Texto Context Enferm*. 2006;15(3):472-78.
- 41 Ximenes Neto FRG, Costa MCF, Rocha J, Cunha ICKO. Auxiliares e Técnicos de Enfermagem na saúde da família: perfil sociodemográfico e necessidades de qualificação. *Trab Edu Saúde*. 2008; 6(1): 51-64.
- 42 Rocha JBB, Zeitoune RCG. Perfil dos enfermeiros do Programa Saúde da Família: uma necessidade para discutir a prática profissional. *Rev Enferm UERJ*. 2007;15(1):46-52.
- 43 Santos I, Castro CB. Características pessoais e profissionais de enfermeiros com funções administrativas atuantes em um Hospital Universitário. *Rev Esc Enferm. USP*. 2010; 44(1): 154-60.
- 44 Machado MH, coordenadora. Perfil dos médicos e enfermeiros do programa saúde da família no Brasil: relatório final. Brasília; Ministério da Saúde; 2000.
- 45 Silva RM, Beck CLC, Guido LA, Lopes LFD, Santos JLG. Análise quantitativa da satisfação profissional dos enfermeiros que atuam no período noturno. *Texto Context Enferm*. 2009; 18(2): 298-305.
- 46 Figueiredo RM, Silva MA. Perfil dos futuros auxiliares de enfermagem da cidade de Campinas, SP, em 1995: motivos, expectativas e dificuldades relacionadas ao curso. *Rev Latino-Am Enferm*. 1997; 5(1): 89-96.
- 47 Porfírio RM, Manzolli J, Gross HB, Santos JRA. Perfil sócio-econômico-cultural do estudante de auxiliar de enfermagem de São Paulo – SP. *Rev Bras Enferm*. 1992;45(4):290-301.
- 48 Brasil. Lei n. 9394 de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. *Diário Oficial da União*. 23 dez. 1996.
-

REFERÊNCIAS

- 49 Frias MAE, Takahashi RT. O perfil dos candidatos ao curso técnico de enfermagem de uma escola particular da cidade de São Paulo. *Rev Esc Enferm USP*. 2000;34(3):309-16.
- 50 Raffone AM, Hennington EA. Avaliação da capacidade funcional dos trabalhadores de enfermagem. *Rev Saúde Pública*. 2005;39(4):669-76.
- 51 Monteiro MS. Envelhecimento e capacidade para o trabalho entre trabalhadores brasileiros [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 1999.
- 52 Nascimento IJ, Leitão RER, Vargens, OMC. A qualidade nos Serviços de Saúde Pública segundo enfermeiros que gerenciam Unidades Básicas de Saúde. *Rev Enferm UERJ*. 2006;14(3):350-6.
- 53 Cordeiro ALAO, Cruz EA. Curso de especialização em enfermagem sob a forma de residência da Universidade Federal da Bahia. *Rev Baiana Enferm*. 2001;14(1):67-71.
- 54 Gabrielli JMW. Formação do enfermeiro: buracos negros e pontos de luz [tese]. Ribeirão Preto, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2004.
- 55 Linch GFC, Guido LA, Fantin SS. Enfermeiros de unidades de hemodinâmica do Rio Grande do Sul: perfil e satisfação profissional. *Texto Context Enferm*. 2010;19(3):488-95.
- 56 Veras VSD. Aumento da jornada de trabalho: qual a repercussão na vida dos trabalhadores da enfermagem?. [dissertação]. Rio Grande do Norte: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2003.
- 57 Vasconcelos CMCB, Prado ML. Vivendo o sofrimento e os desafios no trabalho: expressões autocríticas de um grupo de enfermeiros educadores. *Rev Eletron de Enferm*. [internet]. 2004;6(1):47-58 [acesso 10 Dez, 2010]. Disponível em: www.fen.ufg.br.
-

REFERÊNCIAS

- 58 Galleguillos TGB, Oliveira MAC. A gênese e o desenvolvimento histórico do ensino de enfermagem no Brasil. *Rev Esc Enferm USP*. 2001; 35(1): 80-7.
- 59 Ito EE, Peres AM, Takahashi RT, Leite MMJ. O ensino de enfermagem e as diretrizes curriculares nacionais: utopia x realidade *Rev Esc Enferm USP*. 2006;40(4):570-5.
- 60 Teixeira E, Vale EG, Fernandes JD, Sordi MRL. Trajetória e tendências dos cursos de enfermagem no Brasil. *Rev Bras Enferm*. 2006; 59(4): 479-87.
- 61 Cerqueira EM. Práticas de vigilância epidemiológica em Feira de Santana: remando contra maré [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.
- 62 Pereira MJB, Fortuna CM, Mishima BM, Almeida MCP, Matumoto AS. Enfermagem no Brasil no contexto da força de trabalho em saúde: perfil e legislação. *Rev Bras Enferm*. 2009;62(5):771-7.
- 63 Egry EY. Saúde coletiva: construindo um novo método de enfermagem. São Paulo: Ícone; 1996.
- 64 Araújo DV, Silva CC, Silva ATMC. Formação de forma de trabalho em saúde: contribuição para a prática educativa em enfermagem. *Cogitare Enferm*. 2008;13(1):10-7.
- 65 Vilela MFG. Da 'moça da vigilância' ao núcleo de saúde coletiva na unidade básica de saúde: o que há de novo no modelo assistencial de Campinas? [tese]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2004.
- 66 Bezerra LCA, Freese E, Frias PG, Samico I, Almeida CKA. A vigilância epidemiológica no âmbito municipal: avaliação do grau de implantação das ações. *Cad Saúde Pública*. 2009; 25(4): 827-39.
- 67 Villa TCS, Palha PF, Muniz JN. A Vigilância Epidemiológica e a perspectiva de trabalho no território – Secretaria Municipal de Saúde – Ribeirão Preto. *Rev Latino-Am Enferm*. 2002; 10(1): 21-7
-

REFERÊNCIAS

- 68 Goldbaum M. Epidemiologia e serviços de saúde. Cad Saúde Pública 1996;12(2):95-8.
- 69 Pedersoli CE, Antonialli E, Vila TCS. O enfermeiro na vigilância epidemiológica no município de Ribeirão Preto 1988-1996. Rev Latino-Am Enferm. 1998;6(5): 95-105.
- 70 Carvalho MS, Marzocchi KBF. Avaliação da prática de vigilância epidemiológica nos serviços públicos de saúde no Brasil. Rev Saúde Pública. 1992;26(2):66-74.
- 71 Gomes DLS. A epidemiologia para o enfermeiro. Rev Latino-Am Enferm. 1994;2(1):31-9.
-

Apêndices

APÊNDICES

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título do Projeto: Vigilância Epidemiológica na enfermagem: concepções e objeto de ação.

Pesquisador responsável: Hilsa Emília Meza

End.: Rua Lisboa Junior, 2-66, Centro – Bauru –SP, tel. 3234-1458, ramal 203

Local em que será desenvolvida a pesquisa: Unidades de Saúde de Bauru SP.

O projeto de pesquisa acima citado, tem como objetivos caracterizar a atuação do enfermeiro da Unidade de Saúde do município de Bauru sobre Vigilância em Saúde e identificar as dificuldades e facilidades encontradas entre a Unidade de Saúde e a Divisão de Vigilância Epidemiológica em relação às ações de Vigilância em Saúde. A população a ser estudada será composta por enfermeiros das Unidades de Saúde do município de Bauru. O critério de inclusão será o tempo mínimo de um ano de atuação profissional junto a Unidade de Saúde, considerando que um ano de exercício de atividade lhe confere apropriação do conteúdo do serviço. A coleta de dados será realizada pela própria pesquisadora e constará de um questionário dividido em duas partes, sendo a primeira para a coleta de características sócio demográficas e das seguintes variáveis: tempo de formação, tempo de serviço na instituição, carga horária semanal, quantidade de empregos e classificação da área de atuação: gerencial, assistencial, ensino e pesquisa. A segunda parte será composta de questões abertas e fechadas. Podemos garantir que não haverá risco de nenhuma natureza ao pesquisado, como também as informações terão caráter sigiloso e inviolável. Podemos garantir também que não haverá qualquer ônus ou encargos adicionais pela participação da pesquisa. A Prefeitura Municipal de Bauru e a Secretaria da Saúde estão isentas de qualquer responsabilidade sobre esta pesquisa.

• **Confidencialidade**

Eu..... entendo que, qualquer informação obtida sobre mim, será confidencial. Eu também entendo que meus registros de pesquisa estão disponíveis para revisão dos pesquisadores. Esclareceram-me que minha identidade não será revelada em nenhuma publicação desta pesquisa; por conseguinte, consinto na publicação para propósitos científicos.

• **Direito de Desistência**

Eu entendo que estou livre para recusar minha participação neste estudo ou para desistir a qualquer momento e que a minha decisão não afetará adversamente meu tratamento na clínica ou causar perda de benefícios para os quais eu poderei ser indicado.

• **Consentimento Voluntário.**

Eu certifico que li ou foi-me lido o texto de consentimento e entendi seu conteúdo. Uma cópia deste formulário ser-me-á fornecida. Minha assinatura demonstra que concordei livremente em participar deste estudo.

Assinatura do participante da pesquisa: Data:.....

Eu certifico que expliquei a (o) Sr.(a), acima, a natureza, propósito, benefícios e possíveis riscos associados à sua participação nesta pesquisa, que respondi todas as questões que me foram feitas e testemunhei assinatura acima.

Assinatura do Pesquisador Responsável:.....Data:.....

APÊNDICES

APÊNDICE 2 – Questionário

Questionário

Unidade de Saúde _____ Data: _____

1. Sexo: () Feminino () Masculino

2. Idade _____ anos.

3. Escolaridade: () 1º grau completo () 2º grau incompleto () 2º grau completo

() superior incompleto () superior completo

4. Cargo ou função na US: _____

Se formação completa:

5. Tempo de formado _____ anos

6. Se formação em pós-graduação

() Especialização. Qual? _____

() Mestrado. Qual? _____

() Doutorado. Qual? _____

() Outra. Qual? _____

7. Tempo de serviço na instituição _____

8. Carga horária semanal nesta instituição _____

9. Quantidade de empregos _____.

Se houver mais de um emprego:

10. Carga horária total semanal _____

11. Classificação da área de atuação na(s) instituição(ões) onde atua:

() Gerencial () Administrativa () Assistencial

() Ensino () Pesquisa

12. Qual a sua percepção sobre Vigilância em Saúde?

13. No desenvolvimento de seu trabalho na Unidade, quais as **dificuldades** encontradas com as atividades que devem ser desenvolvidas em conjunto com a Divisão de Vigilância Epidemiológica, referente ao Sistema de Vigilância Epidemiológica?

() Falta de pessoal

- ☐ Estrutura administrativa deficiente
- ☐ Falta de integração
- ☐ Dificuldade de comunicação/ diálogo

APÊNDICES

- ☐ Dificuldade de transporte para a realização das atividades
- ☐ Articulação com outras secretarias
- ☐ Informes com atrasos
- ☐ Mudanças bruscas de rotina dificultando planejamento
- ☐ Falta de discussão de assuntos referentes à vigilância epidemiológica
- ☐ Não tenho dificuldades

Nenhuma das alternativas. Qual _____

14. No desenvolvimento de seu trabalho na Unidade, quais as **facilidades** encontradas com as atividades que devem ser desenvolvidas em conjunto com a Divisão de Vigilância Epidemiológica, referente ao Sistema de Vigilância Epidemiológica?

- ☐ Logística e manuais disponíveis
- ☐ Facilidade de acesso
- ☐ Disponibilidade de treinamentos
- ☐ Informações com rapidez
- ☐ Capacidade técnica e informações atualizadas
- ☐ Equipe colaboradora
- ☐ Nenhuma das alternativas. Qual _____

15. No contexto de Vigilância em Saúde, quais as atividades de vigilância epidemiológica que você participa?

Notificação e investigação de doenças e agravos ☐

Busca ativa de casos novos ☐

Vacinação de rotina ☐

Vacinação em campanhas ☐

Bloqueios com medicação ou vacinas ☐

Treinamentos ☐

Orientações para familiares e comunicantes ☐

Preenchimento de impressos e planilhas ☐

Supervisão da equipe nas atividades de vigilância ☐

Nenhuma das alternativas. Qual _____

16. Na sua concepção, o serviço de vigilância epidemiológica do município deve ser:

() descentralizado nas unidades () centralizado em uma unidade Justifique: _____

Anexo

ANEXO 1 – Aprovação do CEP

USC UNIVERSIDADE
SAGRADO
CORÇÃO**PRPPG**
Pró-reitoria
de Pesquisa e
Pós-graduação**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**
Protocolo n.º 017/10**Título do Projeto:**
VIGILANCIA EM SAÚDE: O OLHAR DO ENFERMEIRO DA REDE BÁSICA**Pesquisador (a) Responsável:** HILSA EMILIA MEZA**Comitê de Ética:**

O CEP analisou, baseado em parecer competente, o presente projeto e o considerou aprovado.

Data: 25/03/2010**Assinatura do Presidente:****Prof. Dr. Marcos da Cunha Lopes Virmond**