

OLÍMPIA LEAL DE OLIVEIRA

HISTÓRICO E AVALIAÇÃO DO SISTEMA DE VIGI-
LÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA PARA A REGIÃO METRO-
PÓLITANA DE BELO HORIZONTE, 1976 - 1987.

BELO HORIZONTE, 1990.

614.4

048h Oliveira, Olímpia Leal, 1958 -
Histórico e avaliação do sistema de
vigilância epidemiológica para a Região
Metropolitana de Belo Horizonte, 1976 -
1978/Olímpia Leal de Oliveira. - Belo
Horizonte: UFMG - Escola de Veterinária,
1990.

..p.: il. -

Dissertação (Mestrado)

1 - Vigilância epidemiológica; 2 -
Doenças transmissíveis - Controle. I.
Título.

Aprovada em ..12../..07../..90....



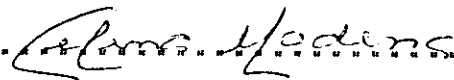
.....
PROF. ELVIO CARLOS MOREIRA

Orientador

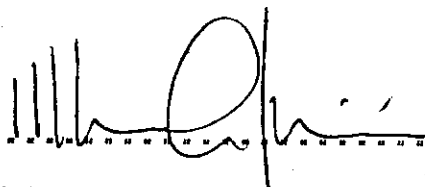


.....
ELIZABETH FRANÇA MENDONÇA

Co - Orientadora



.....
PROF. CELINA MARIA MODENA



.....
PROF. ULISSES CONFALONIERI



.....
IGNEZ HELENA DE OLIVA P. CORRÊA

Aos meus pais, Ayrú e
Therezinha.

Ao meu companheiro, Eduardo.

À minha filhinha, Laura.

AGRADECIMENTOS

Agradeço com carinho especial a Elizabeth França Mendonça pela paciência e espírito crítico na leitura de meus manuscritos e pela valiosa orientação em diversas fases de elaboração da presente dissertação.

Ao Professor Elvio Carlos Moreira, pela orientação geral, pela flexibilidade e liberdade a mim concedida na escolha dos rumos desse trabalho, além do auxílio na solução de muitos problemas materiais e administrativos.

A Professora Celina Maria Modena pela participação e contribuições prestadas na apresentação prévia desse trabalho.

Ao Professor Vicente Matteo Astudillo Caldes que no momento inicial de definição do problema a ser investigado, me recebeu e comigo debateu por mais de uma vez no Centro Pan Americano de Febre Aftosa.

Ao Professor José Alcides Figueiredo Santos (UFJF) pela ajuda na elaboração do projeto que norteou a execução desse trabalho.

Ao Professor Délcio da Fonseca Sobrinho pela discussão de aspectos metodológicos ligados à utilização da narrativa.

Ao Antônio José Meira, Carlos Henrique Mudado Maletta, Elizabeth França Mendonça, Gilvânia Westin Cozensa, Ignez Helena de O. P. Corrêa, Isabel de Oliveira Horta, José Maria Borges, José Teubner Ferreira, Paulo Roberto Rey Costa e Waltency Roque de Sá, pela boa vontade e esforço de memória na participação nas entrevistas.

A todo o pessoal de nível local que pacientemente se submeteu a responder um extenso questionário.

Ao Geraldo Ernesto Ribeiro, coordenador do NUVE em exercício pela compreensão demonstrada ao me liberar o máximo possível de tarefas rotineiras, viabilizando a elaboração dessa dissertação.

A Marília Ferreira de Carvalho e Patrícia Bizzotto Rey pela orientação e revisão das referências bibliográficas e à Leila da Conceição Alves Moreira pelo paciente trabalho de digitação.

Agradeço enfim a todos com os quais cruzei ao percorrer este caminho, pelas palavras e gestos animadores.

LISTA DE TABELAS

	Página
TABELA I - Questionários respondidos por parte integrante, RMBH, 1987.....	56
TABELA II - Tempo de implantação da atividade de notificação nas unidades locais, RMBH, 1987.....	56
TABELA III - Tempo de implantação da atividade de notificação nas unidades locais, segundo o vínculo institucional, RMBH, 1987.....	57
TABELA IV - Profissão das chefias das unidades locais, RMBH, 1987.....	59
TABELA V - Acompanhamento da atividade de VE pelas chefias, segundo o vínculo institucional, RMBH, 1987.	59

TABELA VI -	Frequência com que as chefias das unidades tomam conhecimento de casos de doenças de notificação, RMBH, 1987.....	60
TABELA VII -	Unidades onde ocorreram situações epidemiológicas graves segundo as chefias, RMBH, 1987.....	60
TABELA VIII -	Unidades cujas chefias relataram sua intervenção em situações epidemiológicas graves, RMBH, 1987.....	61
TABELA IX -	Unidades segundo a existência de intermediário entre a chefia e o responsável pelo BSN, RMBH, 1987.....	61
TABELA X -	Unidades em cuja área de abrangência se realizaram atividades de VE segundo a chefia, RMBH, 1987.....	61
TABELA XI -	Unidades que participaram de atividades de VE em sua área de abrangência segundo o responsável pelo BSN, RMBH, 1987.....	63

TABELA XII -	Unidades segundo a existência de pelo menos um responsável pelo BSN, RMBH, 1987.....	64
TABELA XIII -	Unidades segundo o número de elementos envolvidos na atividade de notificação, RMBH, 1987.....	64
TABELA XIV -	Elementos responsáveis pelo BSN, segundo a escolaridade, RMBH, 1987.....	65
TABELA XV -	Elementos responsáveis pelo BSN, segundo a situação funcional, RMBH, 1987.....	66
TABELA XVI -	Elementos responsáveis pelo BSN, segundo o tempo na atividade, RMBH, 1987.....	67
TABELA XVII -	Unidades segundo o número de semanas epidemiológicas notificadas, RMBH, 1987.....	68
TABELA XVIII -	Unidades segundo o envio de notificações negativas, RMBH, 1984.....	69

TABELA XIX	-	Unidades segundo a existência de um dia da semana pré-fixado para o envio do BSN, RMBH, 1987...	70
TABELA XX	-	Unidades segundo a existência de registro interno das notificações enviadas ao NUVE, RMBH, 1987.....	71
TABELA XXI	-	Unidades segundo a forma de registro interno das notificações enviadas ao NUVE, RMBH, 1987.....	71
TABELA XXII	-	Unidades segundo a forma de coleta interna das notificações, RMBH, 1987.....	72
TABELA XXIII	-	Unidades segundo a periodicidade na coleta interna de notificações, RMBH, 1987.....	73
TABELA XXIV	-	Unidades segundo o grau de colaboração da equipe ¹ no fornecimento de informação sobre doenças de notificação, RMBH, 1987.....	73

TABELA XXV -	Conhecimento dos objetivos da atividade por parte dos responsáveis pelo BSN, RMBH, 1987.	74
TABELA XXVI -	Unidades segundo o tipo de treinamento recebido para a realização da atividade de notificação, RMBH, 1987.....	76
TABELA XXVII -	Unidades segundo a profissão do responsável pela atividade de imunização, RMBH, 1987.....	76
TABELA XXVIII -	Unidades que não realizavam vacinação de rotina, RMBH, 1987...	77
TABELA XXIX -	Unidades segundo a utilização de cartão cópia para registro da clientela do programa de imunização, RMBH, 1987.....	78
TABELA XXX -	Unidades segundo a realização de algum controle de faltosos, RMBH, 1987.....	78
TABELA XXXI -	Unidades segundo a realização de busca de faltosos, RMBH, 1987.....	78

TABELA XXXII - Unidades segundo o treinamento da equipe para a atividade de imunização, RMBH, 1987.....	79
TABELA XXXIII- Unidades segundo o tipo de recurso humano utilizado no treinamento em imunização, RMBH, 1987.....	79
TABELA XXXIV - Unidades segundo o tipo de reciclagem em imunização, RMBH, 1987.....	79
TABELA XXXV - Unidades segundo a origem imediata das vacinas, RMBH, 1987..	81
TABELA XXXVI - Unidades segundo a instituição responsável pela distribuição das vacinas, RMBH, 1987.....	81

LISTA DE ANEXOS

Página

ANEXO I	-	Roteiro semi-estruturado utilizado nas entrevistas com ex-coordenadores.....	99
ANEXO II	-	Roteiro semi-estruturado utilizado nas entrevistas com pessoas importantes no processo de criação do NUVE.....	101
ANEXO III	-	Lista de nomes e endereços das pessoas entrevistadas.....	103
ANEXO IV	-	Lista de documentos oficiais e relatórios internos.....	104
ANEXO V	-	Questionário aplicado nas unidades locais.....	108

RESUMO

Foram consultados documentos oficiais, relatórios internos e rascunhos pessoais, além da realização de entrevistas, na reconstrução histórica do Núcleo de Vigilância Epidemiológica (NUVE). Na investigação da situação das fontes de notificação foram aplicados questionários numa amostra de 77 unidades locais.

Os resultados do estudo de reconstrução histórica, estão apresentados compreendendo 4 períodos de tempo entre os anos de 1976 e 1987. De 1976 a 1979 priorizaram-se investimentos na aquisição de infraestrutura material e estabelecimento de um sistema de informação. De 1980 a 1982 inicia-se um movimento de descentralização de atividades de Vigilância Epidemiológica (VE) para nível local. De 1983 a 1985, não alcançando a referida descentralização, o NUVE assume tarefas de imunização de rotina e posteriormente a distribuição de vacinas, controle de estoque e da cadeia de frios, na tentativa de reduzir as elevadas incidências das doenças imunizáveis. De 1986 a 1987, as atenções concentram-se na melhoria da qualidade técnica de suas ações, ocorrendo a incorporação do setor de imunização do Regional ao NUVE, ampliação da equipe de trabalho e do rol de doenças notificáveis.

A situação das fontes de notificação no ano de 1987 apresenta as seguintes características: As unidades de vínculo municipal são aquelas que apresentam melhor rotina e regularidade na produção de informação. É mais comum a participação de unidades de vínculo estadual em outras atividades de VE, com investigações de casos, controle de contatos e bloqueios vacinais, além da notificação de casos. As unidades de outro vínculo institucional são aquelas que apresentam pior desempenho enquanto fontes de notificação. No geral, grande parte das deficiências no desenvolvimento das atividades de VE a nível local, estão ligadas a treinamento e supervisão insuficientes.

SUMÁRIO

	Página
1. INTRODUÇÃO.....	1
2. LITERATURA CONSULTADA.....	9
2.1. O termo e o conceito de vigilância epidemiológica	9
2.2. O Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica	11
2.3. O sistema de vigilância epidemiológica em Minas Gerais.	16
2.4. Aspectos críticos da epidemiologia em serviço...	17
2.5. Avaliação de serviços de vigilância epidemiológica.	20
3. METODOLOGIA.....	23
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	27
4.1. Histórico e organização do Núcleo de Vigilância Epidemiológica.....	27
4.1.1. Criação do Núcleo de Vigilância Epidemiológica.....	27
4.1.1.1. Antecedentes.....	27
4.1.1.2. Criação do Núcleo de Vigilância Epidemiológica.....	31

4.1.2. Organização do Núcleo de Vigilância Epidemiológica.....	33
4.1.2.1. De 1976 a 1979.....	33
4.1.2.2. De 1980 a 1982.....	39
4.1.2.3. De 1983 a 1985.....	45
4.1.2.4. De 1986 a 1987.....	50
4.2. Situação das fontes de notificação ao Núcleo de Vigilância Epidemiológica.....	55
4.2.1. Notificação de casos.....	55
4.2.1.1. Fontes de notificação.....	55
4.2.1.2. Coordenação da atividade de notificação	57
4.2.1.3. Situação dos responsáveis pelo Boletim Semanal de Notificações (BSN)	63
4.2.1.4. Rotina de atividade de notificação	67
4.2.1.5. Treinamento para o desenvolvimento da atividade.....	74
4.2.2. Imunização - Características do desenvolvimento da atividade.....	76
4.3. Comentários.....	85
5. CONCLUSÕES.....	92
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	94
7. ANEXOS.....	99

1. INTRODUÇÃO

O interesse pelo tema objeto dessa dissertação se prende a observação decorrente da prática em serviço, acerca do funcionamento do Núcleo de Vigilância Epidemiológica da Diretoria Metropolitana de Saúde, um dos Centros Regionais da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (NUVE/DMS - SES/MG).

Tendo sido criado em 1976, o NUVE é o setor responsável pelo acompanhamento epidemiológico de diversas doenças, na Região Metropolitana de Belo Horizonte (RMBH), que conta com população superior a 3 milhões de habitantes.

De acordo com classificação de GUIMARÃES, 1977, trata-se de um nível micro-regional do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE), sendo esse último composto, em ordem decrescente de complexidade, pelos seguintes níveis: Nacional (ou central), Estadual (ou regional), Micro-Regional e Local.

Mesmo apresentando tais dimensões e contando com mais de 10 anos de implantação, o NUVE nunca foi submetido a uma investigação de suas atividades de rotina. Nem sequer foram sistematizadas a história de sua criação e posterior organização ao longo dos anos.

Para melhor compreensão do assunto a ser tratado, considera-se necessário a apresentação de algumas definições prévias, quanto ao conceito de Vigilância Epidemiológica (VE) e funções destinadas aos serviços que compõem o sistema.

Assim, o Ministério da Saúde (MS) em definição recente preconiza que: "Entende-se por vigilância epidemiológica o conjunto de atividades que proporcionem a informação indispensável para conhecer, detectar ou prever, qualquer mudança que possa ocorrer nos fatores condicionantes do processo saúde - doença, com a finalidade de adotar oportunamente medidas adequadas que levem a prevenção e controle (BRASIL, 1985).

O sistema de VE concebido pelo Ministério, compreende a utilização da rede geral de serviços de saúde existentes, com o objetivo de obter dados representativos da ocorrência de Doenças Transmissíveis (DTs) no país. A rede de serviços de saúde pública, constitui a espinha dorsal do sistema, sendo responsável pelo processamento do fluxo de informação e execução de ações de controle (BRASIL, 1978).

Considera-se como funções básicas de VE, as seguintes: Reunir informação necessária e atualizada, processar, analisar e interpretar dados e fazer recomendações para a realização de ações de controle (BRASIL, 1985). Esse conjunto de funções pode ser bastante ampliado de forma a incluir funções executivas de decisão e controle (FOSSAERT, 1974), atividade de divulgação de

informações processadas e analisadas acompanhadas de possíveis recomendações (BRASIL, s.n.t.) e proporcionar base racional para planificação, implementação e avaliação de medidas de controle das DTs, incluindo a política de vacinação (OMS, 1969).

Ao NUVE, enquanto órgão micro-regional, cabe centralizar, analisar e transferir ao órgão regional (SES - MG) as informações decorrentes de ações de VE, gerir, supervisionar e apoiar a execução das ações a cargo do nível local e buscar apoio para suas ações no órgão regional (BRASIL, 1977).

Ainda de acordo com BRASIL, 1977, entre os Postos de Notificação (PNs) e o órgão micro-regional existiriam estruturas denominadas Unidades de Vigilância Epidemiológica (UVES), cujas funções seriam as de registrar e transmitir informações sobre a ocorrência de doenças ao órgão micro-regional, executar investigações epidemiológicas e ações de profilaxia decorrentes, supervisionar a atuação dos PNs e buscar apoio para suas ações no órgão micro-regional. Aos PNs cabe receber e buscar informações sobre os casos confirmados ou suspeitos de doenças de notificação compulsória e notificá-los às UVES.

Em relação ao NUVE, alguns aspectos do seu desempenho no cumprimento de suas funções, representam pontos de estrangulamento de tal importância que justificam uma investigação que descortine possíveis causas de suas limitações. São eles:

. O sistema de informação para a ação, do qual o serviço dispõe atualmente, é insuficiente em termos de quantidade e qualidade das notificações, moroso quanto ao processamento dos dados (manual), não contando com a possibilidade de análise sistemática dos mesmos.

. Em função das debilidades do sistema de informação, infere-se que este não tem contribuído, como é necessário, para antecipar problemas e desencadear ações e orientações apropriadas e em tempo hábil.

. As deficiências em relação a recursos humanos e materiais, tem provocado atrasos e interferido na qualidade das investigações de casos de doenças, que devem se realizar obrigatoriamente.

. O fato do nível local ser considerado na prática, apenas como "fonte de notificação", representa uma das grandes distorções do sistema, evidenciando uma concepção de organização horizontal, com uma prática de organização vertical, agravando a situação quanto ao atraso e qualidade das investigações, entre outras consequências.

. As informações que desencadeiam a maioria das ações de VE, como investigações de casos, controle de contatos e bloqueios vacinais, são aquelas obtidas em alguns hospitais, através de coleta realizada diretamente pela equipe do NUVE. Essas fontes, embora em número bastante reduzido em relação as ambulatoriais, são consideradas de maior importância pelo fato de se relacionarem às principais demandas do serviço.

As doenças evitáveis por imunização, com as quais o serviço trabalha, representam em certa medida as limitações deste, uma vez que estas em geral parecem aumentar ou diminuir em incidência, mais de acordo com suas características epidemiológicas, que em função da melhoria das coberturas vacinais e ações de controle.

Finalmente, as limitações da epidemiologia em serviço, restrita basicamente a VE de doenças transmissíveis, não possibilitam o avanço da compreensão e atuação sobre um perfil epidemiológico mais recente, encontrado nas regiões urbanas como a RMBH, representado principalmente pelas doenças crônico - degenerativas. Além disso a pressão da demanda e os escassos recursos disponíveis, não têm permitido aos profissionais envolvidos a análise e reflexão necessárias sobre a atual realidade epidemiológica da região, que possibilite uma reorientação do trabalho desenvolvido.

Aliado a isso as fontes de notificação, que são a base do sistema de informação sobre doenças de notificação compulsória, também nunca foram abordadas com o objetivo de conhecer a rotina de produção das informações e seu envolvimento com outras atividades de Vigilância Epidemiológica, como ações de investigação e controle de doenças a nível local.

Partindo da premissa de que o NUVE tem desempenhado com limitações as funções que lhe são próprias, o presente estudo tem por objetivos:

Reconstruir historicamente o processo de estruturação do Sistema de Vigilância Epidemiológica para a RMBH, desde a criação do NUVE, em 1976, percorrendo períodos de sua organização até o ano de 1987.

Investigar e analisar a situação das fontes de notificação ao NUVE no ano de 1987.

No processo de reconstrução histórica serão abordados separadamente mas de maneira indissociável, a criação do NUVE considerando-se antecedentes e criação propriamente dita e sua evolução organizativa utilizando-se de uma periodização que por si mesma, ao agrupar fatos afins, tem o papel de revelar informações relevantes ao estudo. Afinal, através da narrativa é possível recuperar em grande parte a riqueza do vivido, em seus pormenores (SOBRINHO, 1984).

Ao investigar a situação das fontes de notificação serão abordados prioritariamente, aspectos ligados a rotina de produção da informação sobre doenças de notificação, além do papel das chefias na coordenação da atividade, caracterização do pessoal responsável pela elaboração e envio do Boletim Semanal de Notificações (BSNs) e treinamento.

Embora o atrelamento dos Programas de VE à atividades consideradas administrativas, como os Programas de Imunização, seja considerada uma distorção dos mesmos (SEMINÁRIO, 1986), a atividade de Imunização será objeto de investigação, ainda que

limitada, por parte desse estudo, pois representa um dos instrumentos de controle de doenças dos mais acessíveis ao NUVE.

Na literatura consultada só foi possível detectar um estudo realizado nos Centros de Saúde de Salvador, cujo objetivo também se prendia a estudar a atividade de VE a nível local (SALVADOR, 1983).

Pelo fato do sistema de VE para a RMBH, representar o instrumento através do qual se pode tomar conhecimento do comportamento epidemiológico, principalmente de DTs, na região, o presente empreendimento se reveste de importância, uma vez que poderá fornecer subsídios à melhoria do serviço prestado à população.

Pretende-se que ao cumprir com os objetivos propostos, se configure um processo no qual se visualize pelo menos parte dos motivos, pelos quais o NUVE tem apresentado à observação empírica limitações no desempenho de suas funções.

Futuros estudos se fazem necessários visando analisar de maneira mais ampla, se possível através de parâmetros testados, as causas de tais limitações. Recentemente o CDC (Center of Disease Control) propôs um método de avaliação desta natureza que poderia, se utilizado com o devido espírito crítico, colaborar nessa direção (BRASIL, 1988).

Encontros de profissionais na área de serviço, ensino e pesquisa em epidemiologia, realizados nos últimos anos, também buscam desenvolver metodologia adequada de avaliação, com o objetivo de viabilizar a utilização de conhecimentos epidemiológicos no planejamento de serviços de saúde (SEMINÁRIO, 1987).

Nesse estudo foi realizada uma avaliação de aspectos relativos à eficiência da atividade de VE a nível local. Persiste a lacuna de não haver sido realizado um estudo de eficácia do sistema de VE como um todo para a RMBH. Tal limitação deve ser atribuída a dificuldades em lidar com metodologia adequada a investigação desse tipo de problema e a escassez de estudos de amplitude semelhante para efeito de comparação, onde a operacionalidade de instrumentos de avaliação fossem testadas. Aliado a isso é preciso acrescentar o desinteresse ao longo dos anos, por parte das administrações públicas, em promover avaliações de seus serviços.

2. LITERATURA CONSULTADA

2.1. O termo e o conceito de vigilância epidemiológica

A origem do termo vigilância epidemiológica (VE) pode ser localizada nos conceitos de isolamento e quarentena, nos séculos XVII e XVIII. Ambas as medidas estavam dirigidas basicamente a indivíduos, sendo compulsórias e de natureza policalesca (ROMERO e TRONCOSO, 1981). Essas primeiras normas sanitárias constituíam a chamada "polícia médica" e se caracterizavam pelo autoritarismo e paternalismo (COSTA, 1985).

Durante a expansão colonialista do final do século XIX e início do século XX, os avanços na área da bacteriologia e da parasitologia, impulsionados pelas necessidades econômicas e militares de ocupação, propiciam a descoberta das chamadas "doenças tropicais" e com elas o conceito de erradicação (BARATA, 1986). Associado à erradicação incorporam-se procedimentos e termos militares. A palavra campanha logo se transforma em conceito de contenção. Dentro de uma estratégia de guerra contra as doenças se incorpora também o termo vigilância. Relacionado com o conceito de contenção, surge o termo controle, que utiliza métodos e procedimentos para diminuir ou amortizar os efeitos de situações epidemiológicas já produzidas (ROMERO e TRONCOSO, 1981).

Evolução mais significativa do conceito de VE, ampliando-o em relação a medidas destinadas a indivíduos e campanhas de erradicação de algumas doenças, surge em 1955 quando o CDC

(Center of Disease Control) propõe um sistema de VE, que promovesse coleta, análise e divulgação de dados relacionados a uma doença específica (ROMERO e TRONCOSO, 1981).

Em função dessa ampliação desenvolvem-se conceitos de VE, como os de Langmuir (1963)¹ e Raska (1966)², importantes para que a Organização Mundial de Saúde (OMS), em sua 21a. Assembléia Mundial, em 1968, adotasse a seguinte formulação: "A noção moderna de vigilância se traduz em saúde pública pela coleção sistemática e a centralização de um conjunto de elementos de informações úteis, pela sua avaliação epidemiológica permanente e rápida comunicação aos organismos de decisão" (BRES, 1977).

No Brasil, seguiram-se passos semelhantes à evolução do conceito a nível mundial. Dessa forma, em 1908 Oswaldo Cruz combatia a febre amarela no estilo militarista de polícia médica. A peste e a varíola são posteriormente abordadas segundo o mesmo modelo (MENDONÇA, 1984).

1 - LANGMUIR (1963), definiu vigilância epidemiológica como "a observação ativa e permanente da distribuição e tendências da incidência, mediante a coleta sistemática, a consolidação e a avaliação de informações de morbidade e mortalidade, assim como de outros dados relevantes".

2 - RASKA (1966), expõe seu conceito de vigilância epidemiológica nos seguintes termos: "É o estudo epidemiológico de uma doença, considerada como um processo dinâmico em que se deve levar em conta a ecologia do agente infeccioso, o hospedeiro, os reservatórios e os vetores, assim como os complexos mecanismos que interferem na propagação da infecção e disseminação geográfica da mesma".

Aliás, na América Latina começa-se a falar em sistema de VE em princípios da década de 70, portanto 15 anos depois que o CDC os propusera para os Estados Unidos, com um desenho teórico que acompanha os programas de extensão de cobertura e atenção primária, imbutidos no Plano Decenal de Saúde para as Américas (ROMERO e TRONCOSO, 1981).

A definição mais recente adotada pelo Ministério da Saúde (MS), caracteriza VE basicamente como um sistema de informação, ainda de acordo com a conceituação elaborada na década de 70, ou seja, "Entende-se por VE o conjunto de atividades que proporcionem a informação indispensável para conhecer, detectar ou prever, qualquer mudança que possa ocorrer nos fatores condicionantes do processo saúde - doença, com a finalidade de adotar oportunamente medidas adequadas que levem a prevenção e controle" (BRASIL, 1985).

2.2. O Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica

Desde a criação da Campanha de Erradicação da Varíola (C.E.V.), em 1966, colocava-se a necessidade de organização de um sistema de VE a nível nacional, propondo-se inclusive a utilização de sua estrutura para o controle de outras doenças, principalmente as imunizáveis (OMS, 1972). Entretanto, após constatada a erradicação da varíola (1971) a estrutura da campanha foi desmobilizada, sem que se desse a utilização proposta (BRASIL, s.n.t.).

A crise político - financeira do modelo assistencial estabelecido na década de 60, de caráter fiscal e de legitimidade do regime vigente, gera em meados da década de 70 um conjunto de proposições voltadas para a idéia de controle, reforma e racionalização (OLIVEIRA, 1989).

Aliado a isso, também estava colocada para o estado autoritário a necessidade de integração nacional, como uma de suas prioridades ainda na década de 70. A maior expressão dessa necessidade em termos de políticas de saúde foi a extensão de cobertura, através da qual se buscava a integração de um contingente populacional sob um estado nacional (Sabroza, 1988).

Em termos específicos outro fato vem se somar ao quadro que determina a criação do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE). Trata-se da epidemia da Doença Meningocócica (DM), que se instala no país no início da década de 70, atingindo os mais variados setores sociais, cuja demanda concreta por medidas de prevenção e controle encontram o estado despreparado para empreendê-las (MENDONÇA, 1984).

Assim, o modelo de VE implantado no Brasil, de inspiração preventivista e baseado na história natural da doença, começa a

3 - Sabroza, P. C. A estruturação de serviços de vigilância epidemiológica no Brasil e Perspectivas atuais. 1988. Comunicação pessoal. Palestra apresentada no Núcleo de Vigilância Epidemiológica em 29 de Junho de 1988. (Rua. Leopoldo Bulhões, 1480. Mangueiras. 21041. Rio de Janeiro - RJ).

ser gestado a partir de 1973, sendo definido em legislação de 1975, regulamentada em 1976 e efetivamente implantado em 1978, tornando-se hegemônico. Ao SNVE, entendido prioritariamente como um sistema de informação, caberia garantir a comunicação entre os vários elementos da rede de saúde ampliada, possibilitando a centralização de informação de acordo com o modelo de planejamento central adotado (Sabroza, 1988).

O Sistema de Vigilância Epidemiológica concebido pelo Ministério da Saúde compreende a utilização da rede geral de serviços de saúde existentes, com objetivo de obter dados representativos da ocorrência de doenças transmissíveis no país. A rede de serviços de saúde pública, constitui a espinha dorsal do sistema, sendo responsável pelo processamento do fluxo das informações e pela execução de ações de controle (BRASIL, 1978).

A lei 6259, de 30 de outubro de 1975, dispõe sobre a organização das ações de VE e sobre o Programa Nacional de Imunizações (PNI), estabelecendo normas para a notificação compulsória de doenças. De acordo com tal legislação as ações de VE compreendem as informações, investigações e levantamentos necessários à programação e à avaliação das medidas de controle de doenças e de situações de agravo à saúde, as quais devem obrigatoriamente ser adotadas pelas autoridades sanitárias sempre que se fizer necessário. Ainda segundo a mesma lei ao Ministério da Saúde (MS) cabe a coordenação das ações relacionadas ao controle de doenças (BRASIL, 1977).

A regulamentação da referida lei dá através do decreto no. 78.231 de 12 de agosto de 1976. A partir de então fica instituído o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE), sendo discriminados os elementos que o compõem, acompanhados das respectivas funções (BRASIL, 1977).

De acordo com tal regulamentação os elementos que constituem o SNVE são os seguintes: Órgãos central (ligado ao MS), órgãos regionais (ligados às Secretarias de Saúde dos Estados), órgãos micro-regionais (existentes em caso de regionalização administrativa das Secretarias), unidades de vigilância epidemiológica (UVEs) e postos de notificações (BRASIL, 1977).

Segundo o Guia de Vigilância Epidemiológica do Ministério da Saúde (BRASIL, 1985), são as seguintes as funções básicas de Vigilância Epidemiológica:

- . Reunir informação necessária e atualizada;
- . processar, analisar e interpretar os dados;
- . fazer recomendações para realização de ações de controle.

FOSSAERT (1974), acrescenta que "em determinadas circunstâncias e em função das estruturas existentes e do grau de seu desenvolvimento, a vigilância poderá incluir funções executivas de decisão e de controle".

O documento sobre Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, extraído da V Conferência Nacional de Saúde, inclui ainda a atividade de divulgação das informações processadas e analisadas e possíveis recomendações, como mais uma de suas funções. A nível nacional tal função se faz cumprir através do Boletim Epidemiológico da Fundação SESP (BRASIL, s.n.t.).

Alguns autores, como FISCHAMANN (1985), adicionam também a função de planejamento aos serviços de Vigilância Epidemiológica, resumindo na seguinte frase sua principal atribuição: "informação para ação".

A Organização Mundial da Saúde já acrescentava essa última função de forma ampliada: "...a Vigilância Epidemiológica proporciona base racional para a planificação, implementação e avaliação das medidas de controle das doenças transmissíveis, incluindo política de vacinação" (OMS, 1969).

Quanto as funções dos elementos que compõem o SNVE, interessa registrar aquelas atribuídas aos órgãos micro-regionais, às UVEs e aos postos de notificação. Aos órgãos micro-regionais, além de observar as normas estabelecidas pelos órgãos regionais, cabe centralizar, analisar e transferir ao órgão regional as informações decorrentes de ações de VE, gerir, supervisionar e apoiar a execução das ações a cargo das UVEs e buscar apoio para suas ações ao órgão regional. As UVEs cabe receber as notificações, cumprir as normas estabelecidas pelo órgão micro-regional, registrar e transmitir informações sobre a

ocorrência de doenças ao órgão micro-regional, executar investigações epidemiológicas e ações de profilaxia decorrentes das mesmas, supervisionar a atuação dos postos locais de notificação e buscar apoio para suas ações no órgão micro-regional. Aos postos de notificação cabe receber e buscar informações sobre os casos confirmados ou suspeitos de doenças de notificação compulsória e notificá-los a UVE (BRASIL, 1977).

2.3. O sistema de vigilância epidemiológica em Minas Gerais

Com a constituição de 1967, vislumbra-se a possibilidade dos municípios assumirem os encargos com as atividades locais de saúde, ficando a esfera estadual encarregada dos programas de controle das Doenças Transmissíveis (DTs) e campanhas de combate a endemias (PAIVA, 1969).

Em Minas Gerais, assim como no restante do país, foi implantada a partir de 1966 a estrutura da campanha de Erradicação da Varíola. A proposta previa a utilização dessa estrutura para VE de outras DTs, fato que também não se concretizou em Minas (MENDONÇA, 1984).

No II Plano Mineiro de Desenvolvimento Social (PMDES) encontra-se o correspondente a nível estadual, do que a nível nacional se caracterizava por propostas racionalizadoras e de controle. Assim, esse Plano previa o aumento da cobertura populacional pelos serviços básicos de saúde e a descentralização administrativa. Em termos de VE o Plano constava de propostas de

implantação de equipes a nível dos Centros Regionais de Saúde (CRSs) recém criados, da criação de laboratórios de saúde pública e do estabelecimento da rede de notificações (MINAS GERAIS, 1976).

Em julho de 1974, já se encontrava em funcionamento o laboratório da Fundação Ezequiel Dias (FUNED), inicialmente montado para VE de meningites (MENDONÇA, 1988).

Assim como a nível nacional a epidemia da DM, no início da década de 70, desempenhou importante papel na estruturação do sistema de VE no Estado (MENDONÇA, 1984).

2.4. Aspectos críticos da epidemiologia em serviço

Segundo CASTELLANOS, 1987, a intenção primária da epidemiologia é a de contribuir para que os serviços tenham a capacidade de transformar as condições de vida e a situação de saúde, mas embora a experiência da epidemiologia em serviço tenha permitido a capacitação de grande número de especialistas e obtido êxitos no controle de doenças em alguns países, muitos serviços de epidemiologia converteram-se apenas em serviços de VE. Tais serviços têm tido pouco impacto sobre a organização das ações de saúde e se encontram cada vez mais restritos ao processamento de informações de utilidade duvidosa. Os problemas de saúde tornaram-se mais complexos e os serviços de VE, reduziram-se a atividades cada vez mais simples e de menor amplitude.

No Brasil os serviços de VE limitaram-se aos programas de controle de algumas doenças transmissíveis e as restrições que vêm enfrentando mesmo no cumprimento desse objetivo, revelam que a atividade apesar de ter sido explicitada a sua prioridade, essa só tem se dado ao nível do discurso (SEMINÁRIO, 1986).

A distorsão na condução de programas de VE, principalmente pelo atrelamento a atividades administrativas, como os Programas de Imunização, propiciou a perda de uma perspectiva mais ampla de epidemiologia. Isto se expressa na atuação tradicionalmente a reboque de situações emergenciais, acionadas pela pressão popular e da imprensa (SEMINÁRIO, 1986).

Mesmo atuando com horizonte restrito, a preocupação com a capacidade resolutiva dos programas de VE quase nunca esteve presente, ao contrário dos programas de erradicação, onde a questão da resolutividade colocava-se com destaque (Sabroza, 1989).

Com a implementação das ações Integradas de Saúde (AIS) e a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde intensificam-se as necessidades de integração entre a epidemiologia e o

4 - Sabroza, P. C. Epidemiologia e serviços de saúde. 1989. Comunicação pessoal. Palestra apresentada na Escola de Saúde de Minas Gerais em 8 de agosto de 1989. (Rua. Leopoldo Bulhões, 1480. Manguinhos. 21041. Rio de Janeiro - RJ).

planejamento. A participação da epidemiologia no processo de planejamento não pode estar restrita aos momentos tradicionais do diagnóstico e avaliação, deve ser contínua, não sendo entendida apenas como fornecedora de um conjunto de dados para a execução do planejamento (SEMINÁRIO, 1987).

Na perspectiva da reforma sanitária e do Sistema Unificado de Saúde (SUS) é essencial que o planejamento se faça em bases mais consistentes e que a epidemiologia forneça os meios para que o planejamento atenda as reais necessidades da população em termos de saúde (SEMINÁRIO, 1986).

A maneira como a epidemiologia se encontra inserida nos serviços de saúde, ou seja, como prática burocrática de notificação e ratreamento de casos de doenças de notificação compulsória (SEMINÁRIO, 1987), tem gerado uma situação de insuficiência, senão inexistência de informação útil, limitando o seu uso no planejamento (SEMINÁRIO, 1986).

Coloca-se então a necessidade de estudos voltados para a construção de indicadores que mensurem melhor a realidade social e de saúde da população e grupos sociais (SEMINÁRIO, 1986).

Torna-se necessário uma organização mais abrangente dos serviços de epidemiologia, incluindo as atividades de VE, sem se restringir a elas, introduzindo o raciocínio epidemiológico como elemento integrador (SEMINÁRIO, 1987).

Em se tratando de VE, um dos entraves a esse processo se localiza na forma como ainda hoje se organizam os serviços, determinando que ao segmento produtor de dados e execução de ações, não cabe a análise e decisão, portanto o planejamento de suas ações (SILVEIRA, s.d.).

O processo de reorganização do trabalho na área de VE, deve passar por um maior envolvimento dos níveis locais na execução e análise, evitando que sejam meros repassadores de dados e dedicar mais tempo das equipes centrais para análises epidemiológicas globais (SEMINÁRIO, 1987).

As limitações para uma melhor articulação entre a epidemiologia e o planejamento, se prendem também a dificuldades no domínio da teoria e métodos da epidemiologia, assim como no campo do planejamento e gestão de serviços, além daquelas ligadas ao marco social onde se gestionam as ações de saúde, como recursos e estilos de governo (CASTELLANOS, 1987).

2.5. Avaliação de serviços de vigilância epidemiológica

Na literatura consultada só foi possível localizar um estudo, realizado nos Centros de Saúde de Salvador, cujo objetivo também se prendia à avaliação da atividade de VE a nível local. Esse estudo, realizado em 1982, se caracteriza como um estudo descritivo do serviço de VE nos Centros de Saúde (CSs) de Salvador, com base na estrutura proposta pela lei do Sistema Nacional de VE e na sua normatização para o Estado. A escolha dos

CSs (5 deles) não foi feita por amostragem e sim utilizando o critério de analisar aqueles que apresentavam melhor estrutura e contavam com a presença de médicos residentes em Medicina Social, responsáveis pelo estudo (SALVADOR, 1983).

Nos CSs de Salvador a atividade de VE não contava com espaço próprio dentro das unidades. A escassez de veículos é apontada como um dos entraves ao desenvolvimento da atividade de investigação de casos. Quando aos recursos humanos destaca-se a presença de pelo menos 1 sanitarista em cada CS, responsável pela coordenação da atividade, embora esses elementos alegassem não ser recebido orientações sobre normas e rotinas. A figura do auxiliar de epidemiologia não foi encontrada a nível local (SALVADOR, 1988).

Quanto ao desenvolvimento da atividade de notificação é importante registrar, que as unidades não tinham qualquer participação na elaboração da programação realizada pelos níveis superiores. Também não havia rotina de supervisão e nem retorno de informação analisada. Foi constatado ainda que as unidades não faziam uso das informações por elas geradas, embora guardem registro das notificações enviadas. A participação de fontes não públicas no sistema é apenas eventual (SALVADOR, 1988).

O crescente interesse pelo tema da avaliação de serviços de saúde, em geral devido a escassez de recursos destinados à área (RAMOS, 1974), vem estimulando a produção de instrumentos adequados para tal fim. Em se tratando de serviços de VE,

questões relacionadas ao impacto e preenchimento de função sanitária útil, se colocam na base da elaboração de tais instrumentos (JENICEX e CLEROUX, 1987).

Recentemente o CDC propôs um método de avaliação específico para sistemas de VE, que considera que tal sistema é útil quando contribui para a prevenção e o controle de eventos sanitários adversos, incluindo uma melhor compreensão das implicações desses eventos para a saúde pública. Para tal avaliação designa os seguintes elementos: simplicidade, flexibilidade, aceitabilidade, sensibilidade, valor preditivo positivo, representatividade e oportunidade (BRASIL, 1988).

3. METODOLOGIA

Na reconstrução do processo de criação do NUVE foram utilizados, além de entrevistas e rascunhos pessoais, documentos oficiais e relatórios internos.

As entrevistas foram aplicadas durante o ano de 1987, com o auxílio de roteiros semi - estruturados (anexo I e II). Os entrevistados foram 6 ex - coordenadores do NUVE, desde o ano de 1976 até 1987, além de 4 pessoas que se caracterizavam pela importância do papel desempenhado no processo de criação do NUVE, mesmo que não tenham sido necessariamente membros integrantes de sua equipe de trabalho (anexo III).

O objetivo de tais entrevistas foi o de coletar informações adicionais sobre a organização do setor, nos diversos períodos desde a sua criação, em complementação àquelas colhidas através da pesquisa em documentos oficiais e relatórios internos (anexo IV).

Na coleta de informações sobre a atividade de VE a nível local, foram aplicados questionários (anexo V) numa amostra probabilística de 77 unidades de um total de 277, cadastradas enquanto fontes de notificação do NUVE em meados de 1987, localizadas nos 14 municípios da RMBH. Foram excluídas as fontes hospitalares cuja coleta de notificações é realizada exclusivamente pela equipe do NUVE. Apesar de 1987 o NUVE já ter estendido sua área de atuação para outros 13 municípios, totalizando 27, as fontes localizadas nesses últimos foram

excluídas do universo devido a implantação muito recente e incipiente organização da atividade de notificação. Como o vínculo institucional ao qual cada uma das unidades pertencia, foi considerado uma característica relevante para o estudo, optou-se pela amostragem estratificada segundo o vínculo institucional, enquanto método de seleção mais adequado.

Para o cálculo do tamanho da amostra (n) foi utilizado o seguinte procedimento (COCHRAN, 1963).

$$n' = \frac{p \cdot q \cdot z^2}{L^2} \quad \text{onde:} \quad \begin{array}{l} pq \text{ simbolizam a variabilidade,} \\ z \text{ o nível de confiança e} \\ L \text{ a precisão.} \end{array}$$

Por desconhecimento do parâmetro populacional para este tipo de estudo, considerou-se p e q como 0,5. Quando a precisão L, utilizou-se 0,1 como a diferença (p - q) máxima aceitável. Por medida de segurança a amostra foi aumentada em cerca de 10%.

Considerando-se que o universo (N) é finito, representado por 277 unidades, utilizou-se o seguinte fator de correção:

$$n = \frac{n'}{1 + \frac{n'}{N}}$$

Desta maneira, obteve-se o seguinte n calculado:

$$n' = \frac{0,5 \times 0,5 \cdot (1,96)^2}{(0,1)^2} = 96$$

$$n = \frac{96}{1 + \frac{96}{277}} = 71$$

De acordo com as percentagens em que os diferentes vínculos institucionais se apresentam no universo, calculou-se o número de fontes que deveriam ser amostradas segundo esta característica (TABELA I).

TABELA I: Fontes de notificação no universo e na amostra de acordo com a percentagem por vínculo institucional.

Vínculo	* N	(%)	** n
Institucional			
Município	191	54,5	42
Estado	61	22,0	17
(1) Outro	65	23,5	18
Total	277	100,0 ¹	77

* N : universo

** n : tamanho da amostra

(1) Sindicatos, associações, INAMPS, beneficentes, filantrópicas e particulares.

Fonte: Núcleo de Vigilância Epidemiológica

Apesar do tamanho do universo ser relativamente pequeno, optou-se por aplicar os questionários numa amostra de unidades, em função de dificuldades operacionais e limitações de ordem financeira. Todos os questionários foram aplicados pela autora no segundo semestre de 1987, a fim de minimizar a introdução de fatores subjetivos ligados ao entrevistador.

As unidades amostradas encontravam-se distribuídas em 12 dos 14 municípios da RMBH, fato que impunha que se percorresse distâncias razoáveis para abordá-las. Segue abaixo a distribuição das unidades amostradas por município (TABELA II).

TABELA II. Unidades amostradas por município, de acordo com o vínculo institucional

* Município	Vínculo institucional			Total
	Município	Estado	Outro	
Belo Horizonte	17	11	7	35
Betim	3	2	1	6
Caeté	4	1	7	5
Contagem	3	1	7	4
Ibirité	3	7	7	3
Lagoa Santa	1	7	1	2
Nova Lima	3	7	2	5
Pedro Leopoldo	3	7	5	8
Ribeirão das Neves	7	1	7	1
Rio Acima	7	7	1	1
Sabará	2	1	1	4
Santa Luzia	3	7	7	3
Total	42	17	18	77

Fonte: Núcleo de Vigilância Epidemiológica

* Os municípios de Raposos e Vespasiano não tiveram nenhuma de suas fontes sorteadas para compor a amostra.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1. Histórico e organização do Núcleo de Vigilância Epidemiológica

4.1.1. Criação do Núcleo de Vigilância Epidemiológica.

4.1.1.1. Antecedentes

A estrutura formal da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (SES - MG) foi implantada pela reforma administrativa de 1964. A proposta inicial orientava para a organização de 15 órgãos regionais, com a designação de distritos sanitários, destinados a supervisionar os serviços locais (em 1960 eram 147 e em 1969, 460 unidades) e propiciar a descentralização administrativa. Em 1969, apenas 2 deles estavam em funcionamento, um em Belo Horizonte e outro em Montes Claros.

Com a Constituição de 1967 vislumbra-se a possibilidade dos municípios assumirem os encargos com as atividades locais de saúde, ficando a esfera estadual encarregada dos programas de controle das doenças transmissíveis (DTs) e campanhas de combate a endemias. Aliás desde a III Conferência Nacional de Saúde havia entre os técnicos um consenso em favor da municipalização dos serviços locais de saúde (PAIVA, 1969).

Data também desta época (1967), a obrigatoriedade da informação dos casos de doenças de notificação compulsória às autoridades sanitárias.

Até 1969 predominava na SES - MG um modelo de organização vertical centralizado. Em 1970 emerge com vigor o discurso da modernização administrativa, com propostas racionalizadoras, hierarquizadoras e descentralizadoras. Tais orientações tinham sua correspondência a nível nacional, uma vez que o regime militar autoritário interessava-se em melhorar sua imagem, através da racionalidade técnica e resultados práticos das políticas sociais. Assim é criada a APC (Assessoria de Planejamento e Coordenação), implantado o Sistema Estadual de Estatística e programada a criação dos Centros Regionais de Saúde (CRSs).

A partir de 1973, a proposta de reforma administrativa ganha um grande impulso. Conforme previa o modelo horizontal descentralizado, até 1976 a maioria dos CRSs estavam implantados, efetivando-se então a regionalização da SES-MG. Nessa época organiza-se também um sistema de informação de algumas DTs no estado. Desde a Campanha de Erradicação da Varíola (CEV) chegavam à SES-MG notificações esporádicas de DTs, por meio de boletins pré endereçados, que contavam com franquia postal. Mas, a estrutura montada para vigilância desta doença não foi integralmente utilizada para outras doenças, sendo desativada quando da erradicação. Apenas em 1975, com a criação a nível central (SES - MG) da Coordenadoria de Doenças Transmissíveis, é estruturado um fluxo de informação entre as unidades de saúde, CRSs e SES, com a instituição do Boletim Semanal de Notificações (BSN), enviado através de carta resposta comercial. Este sistema

isentava as unidades do encargo com selo da correspondência, e só se tornou possível por força de convênio entre a SES e a Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos, já que a franquia postal havia sido suspensa.

As primeiras preocupações com a necessidade de estruturação de um Sistema de Vigilância Epidemiológica em Minas Gerais (SVE - MG), surgem no ano de 1973. No início desse ano, começa a se caracterizar a nível do estado a possibilidade de uma epidemia da Doença Meningocócica (DM), fato que se configura no ano seguinte (MENDONÇA, 1988).

Como na epidemia estavam sendo acometidas pessoas de todas as classes sociais, avolumavam-se as pressões junto ao poder público no sentido de que medidas de controle fossem adotadas. Tal situação encontra o serviço público de saúde totalmente despreparado para enfrentá-la, já que não havia informação que, analisada, pudesse oferecer aos técnicos um quadro do comportamento da doença, possibilitando a adoção imediata de medidas de controle.

A epidemia no estado inicia-se na região de Ipatinga, onde as empresas alarmadas com o grande número de casos de D.M. e suas repercussões sobre a produção, pressionam para a realização de uma vacinação em massa. Técnicos do Ministério da Saúde (MS) e da SES - MG se deslocam para a região, sendo decidida a importação de vacinas, com os custos assumidos pela USIMINAS.

Dentro deste contexto tem início, em 1973, processo de formação de uma equipe na Superintendência de Saúde, com a contratação e treinamento de pessoal. Passa-se então a contar com uma equipe de 4 médicos, assim composta: 1 coordenador e os 3 demais, responsáveis pelo início dos trabalhos nos regionais de Belo Horizonte, Juiz de Fora e Diamantina. Impunha-se como primeira tarefa desta equipe a ampliação do sistema de informação, pela necessidade de conhecimento do quadro de ocorrência de doenças transmissíveis na população.

Ainda dentro dos primeiros passos para a estruturação do SVE, é implantado em julho de 1974 o laboratório da Fundação Ezequiel Dias (FUNED). Montado inicialmente para VE de meningites, fazia coleta de material para exame em 8 hospitais da RMBH (MENDONÇA, 1988).

A nível do então chamado CRS de Belo Horizonte (CRSBH), era preocupação inicial a implantação da notificação de casos de algumas doenças em hospitais denominados sentinelas (por internarem um número significativo de doenças transmissíveis). Assim é que, em 1974, é implantada a notificação de casos de difteria, meningites, poliomielite, coqueluche, varíola e sarampo, em 3 hospitais (escolhidos entre 80 após uma pesquisa piloto), sendo eles: Cícero Ferreira, Baleia e Carlos Chagas. Além da notificação, instituiu-se a coleta de liquor para exame laboratorial de casos de meningite.

Ainda em fins de 1974, com a introdução de estagiários do curso de graduação em medicina, foi possível ampliar a coleta ativa de notificações para mais 6 hospitais: São Tarcsio, Santa Terezinha, São Domingos Sávio, São Paulo, Santa Rita e IPSEMG. Com a ampliação das fontes de notificação, surge a necessidade de supervisão e controle da periodicidade e qualidade das mesmas, assim como de transformar as informações obtidas em ações de impacto sobre a população. Em 1975 surgem propostas de treinamento, cuja intenção era também capacitar estas fontes para o desenvolvimento de ações de VE, visando a sua futura descentralização.

4.1.1.2. Criação do Núcleo de Vigilância Epidemiológica

Apesar das iniciativas apontadas, até 1976 a SES - MG não havia alcançado seu objetivo de estabelecer um SVE no estado. Sua estrutura orgânica, se mantendo centralizada e impondo ações verticalizadas, inviabilizava a adoção de ações sistematizadas de vigilância epidemiológica.

Em fevereiro de 1976, com assessoria do Ministério da Saúde o Núcleo de Vigilância Epidemiológica (NUVE) inicia suas atividades. Sua criação atende à lei 6259 de 30 de outubro de 1975, que dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica no País (BRASIL, 1977). Tal lei surge como resultado de pressões para a estruturação do Sistema Nacional de VE (SNVE), em função da já citada epidemia de meningite cujas proporções eram nacionais.

Integrado inicialmente à estrutura formal da Coordenadoria de Doenças Transmissíveis o NUVE, além das atribuições de órgão micro - regional (RMBH), também ficou com a responsabilidade de coordenar o programa a nível estadual (regional).

Tal tarefa pressupunha a organização do SVE a nível dos CRSs recém criados, disseminando a estrutura por todo o estado. Essa proposta não foi viabilizada em função da escassez de recursos humanos e materiais disponíveis, além da ainda incipiente organização dos regionais. O NUVE apenas os auxiliava em situações graves ou emergenciais, como surtos e epidemias. A preocupação central do setor no início de suas atividades, concentrava-se na organização do sistema de informação para doenças de notificação compulsória no município de Belo Horizonte, posteriormente ampliada para os 13 demais municípios da RMBH.

No momento de sua criação o NUVE se orientava pelos seguintes objetivos:

Objetivo Geral: Promover, na Região Metropolitana de Belo Horizonte, o aperfeiçoamento do sistema de notificação, investigação e controle das doenças transmissíveis (DTs) principalmente as imunizáveis.

Objetivos Específicos : Conhecer a situação epidemiológica e os fatores condicionantes das doenças possibilitando a programação de ações eficazes:

- Recomendar medidas a curto médio e longo prazo, para o controle de prevenção das DTs.
- Padronizar coleta processamento e análise dos dados estatísticos e estimular a investigações de casos gerando informação para a tomada de decisões.
- Proporcionar condições para a confirmação de diagnósticos, através de exames laboratoriais.
- Promover recursos humanos, técnicos e auxiliares necessários à realização desses objetivos.

4.1.2. Organização do Núcleo de Vigilância Epidemiológica

4.1.2.1. De 1976 a 1979

Como o modelo previa a instituição de um sistema de informação ágil e oportuno, as preocupações iniciais se concentram no treinamento de pessoal para implantação das notificações e no estabelecimento de uma rotina de coleta das mesmas.

Quando da criação do NUVE (1976) a rede de hospitais notificantes tinha sofrido uma redução em relação a 1974, passando de 9 para 6 hospitais. Em outubro de 1976 esta rede estava recomposta e formada pelos seguintes hospitais: Cícero Ferreira, Baleia, Carlos Chagas, Santa Rita, São Paulo, IPSEMG,

Santa Terezinha, Santa Helena e Militar. Tal composição se manteve mais ou menos constante, chegando-se ao final do período com 8 hospitais.

Dos 6 hospitais que compunham a rede em 1976, apenas 1 deles (o Hospital Cícero Ferreira) era responsável por cerca de três quartos das notificações. Neste hospital a coleta de notificações era realizada por estagiários de graduação em Medicina, encarregados ainda da coleta de material para exames laboratoriais de casos de meningite (1976) e poliomielite (a partir de 1977). Em 1977 a situação era semelhante com mais da metade das notificações, ainda com a mesma origem.

Quanto as doenças de notificação compulsória, o SVE inicia com uma listagem de 7 delas, ou seja: difteria, meningites, poliomielite, tétano, sarampo, coqueluche e varíola. Tal limitação se justifica em função de uma preocupação presente naquele momento, de incluir apenas doenças para as quais se dispusesse de algum instrumento de prevenção e/ou controle. A partir de 1977, são incluídas a raiva humana e febre tifóide, que já eram de notificação no estado deste 1976.

Os critérios para inclusão destas doenças de baseavam na prevalência comum a todo o estado, na significação epidemiológica e na existência de recursos imunológicos.

Em 1978 são ainda incluídas, para o município de Belo Horizonte a hepatite e a varicela.

As doenças para as quais se procedia investigação de casos chegaram a 5 no decorrer do período (meningites, poliomielite, difteria, raiva humana e varfola).

De início, os 6 médicos que então compunham a equipe são submetidos a uma reciclagem em doenças transmissíveis, durante 6 meses, no hospital Cícero Ferreira, já que eram eles os responsáveis pela investigação de casos de meningite e poliomielite, esta última recentemente instituída. Tal oportunidade propiciou um entrosamento entre a equipe de VE e os médicos do hospital, relação esta de grande importância para o bom desenvolvimento das atividades. Assim, em 1976, 92% dos casos de meningite foram investigados, com realização de exames laboratoriais (exame de líquor) em 64% deles.

No segundo semestre de 1977 os auxiliares de nível médio, e estagiários de graduação em medicina, após treinamento, assumem além da coleta de notificações, a investigação de casos nos hospitais, com preenchimento das fichas padronizadas, para meningite e poliomielite.

Paralelamente às investigações clínicas dos casos de meningite, foi instituída a investigação domiciliar da doença, com o objetivo de complementar informações e abordar os contatos. Nestas visitas eram fornecidas orientações sobre a doença, realizada a quimioprofilaxia dos contatos e vacinação de bloqueio. Esta atividade estava em princípio a cargo dos médicos da equipe.

A partir de 1977 foi implantado o fluxo de confirmação laboratorial de casos de poliomielite, com a realização dos exames pelo Instituto Estadual de Saúde Pública do Rio de Janeiro (Serviço de Virologia). Também a partir deste ano, começaram a ser realizadas visitas domiciliares aos casos desta doença. Tal procedimento envolvia não só os casos novos, como também a revisita de casos antigos (com 60 dias), para verificação de evolução e sequelas.

Em 1978 foi introduzida a investigação de casos de difteria, internados no hospital Cícero Ferreira, posteriormente estendida para todos os demais hospitais notificantes. Desde o ano anterior esta doença já era objeto de preocupação por parte da equipe, em relação a sua investigação clínica e busca domiciliar de contatos.

Como a obtenção de informação que possibilitasse a análise de doenças na RMBH era uma das prioridades, buscava-se redefinir funções na equipe. Discutia-se então, a utilização de pessoal auxiliar no desenvolvimento de várias tarefas, já que num momento inicial (1976/77), os auxiliares estavam envolvidos apenas com atividades de coleta de notificações e vacinação.

Paralelamente procurava-se testar formulários, tanto de coleta como de processamento dos dados, estabelecer uma rotina de trabalho e incentivar as fontes de notificação, visando a sua manutenção e ampliação.

Em relatórios de produtividade do NUVE elaborados no período, destacam-se os seguintes comentários, sugestões e avaliações, quanto ao desenvolvimento de suas atividades.

A) Melhorar a rotina de notificação na rede é uma preocupação constante. Para tal são sugeridos instrumentos como a remuneração dos responsáveis pelas notificações nos hospitais, intensificação de contatos entre médicos do NUVE e hospitais notificantes e a elaboração do Boletim Epidemiológico (que tem início em 1977).

A qualidade da coleta de material para exame laboratorial e do próprio exame na FUNED, também são questionados. Sugere-se então supervisão da coleta nos hospitais pela equipe do NUVE e contatos com a FUNED visando melhorar a qualidade dos mesmos.

B) Aponta-se como um grande empecilho na regularidade da coleta de notificação e na realização de investigações epidemiológicas a escassez de veículos e motoristas disponíveis.

Ainda em relação a recursos, aborda-se a precariedade em termos da quantidade e qualidade do pessoal de estatística, com consequentes prejuízos na análise dos dados e elaboração de recomendações.

C) O sarampo, doença de notificação caracterizada pelo atendimento ambulatorial dos casos, com internação apenas pelas suas complicações, aponta para a necessidade de ampliação da rede de notificações aos serviços ambulatoriais.

Buscando viabilizar a descentralização das atividades de VE, foi realizado em 1978, um treinamento de supervisores do regional, numa primeira tentativa de alcançá-la.

Em resumo, o período de 1976 a 1978, pode ser caracterizado por investimentos que visavam a aquisição de infraestrutura material, treinamento de pessoal e ampliação e consolidação do sistema de informação.

O ano de 1979, merece ser apresentado com destaque por ser marcado pelo esgotamento das propostas iniciais. Assim, as ações se limitam basicamente ao processamento das notificações e controle de contatos de algumas doenças.

Tal situação coincide com uma escassez ainda maior de recursos, estando o espaço físico de funcionamento do NUVE, reduzido a apenas 1 sala nas dependências do hospital Cícero Ferreira.

As doenças de notificação são basicamente as mesmas, apenas com a inclusão da hepatite vírtica.

Internamente iniciam-se os trabalhos de revisão de dados estatísticos e externamente, priorizam-se as ações de investigação de casos e bloqueios vacinais. Além disso, pretendia-se avaliar o preenchimento dos Boletins de Notificação e a periodicidade dos mesmos. Busca-se também ampliar o rol de hospitais notificantes com a proposta de inclusão dos hospitais Santos Anjos, Felício Rocho e Pronto Socorro Infantil.

Na tentativa de viabilizar a implantação de atividades de VE a nível local, procura-se envolver a equipe de supervisão básica do regional em atividades de investigação e controle de doenças. Estimula-se ainda a participação de grupos ligados a saúde e educação em atividades do NUVE e há uma maior preocupação com o retorno de informações, processadas e analisadas, às fontes de notificação.

4.1.2.2. De 1980 a 1982.

Este período inicia-se com uma importante mudança de qualidade, quanto as fontes de notificação. A partir deste momento são incluídas as unidades ambulatoriais, como os Centros de Saúde (CSs) do Estado, alguns Postos da Prefeitura de Belo Horizonte, além de Postos de Atendimento Médico (PAMs) do INAMPS. Este fato passa a permitir que doenças como o sarampo, que se caracterizam mais pela demanda ambulatorial de cuidados médicos, tenham seu comportamento melhor dimensionado.

Além da ampliação da rede de notificação para os serviços ambulatoriais, foram incluídos, em 1980, mais 4 fontes a nível hospitalar. Em 1981, já se contava com a incorporação de 8 Postos do INAMPS e várias unidades locais, de diversos vínculos institucionais e municípios da RMBH. Em 1981/82 tem início a coleta semanal de óbitos de doenças de notificação, na Superintendência de Estatística e Informação da Secretaria de Estado de Planejamento (SEI - SEPLAM), responsável pelos sistema de informação em mortalidade no estado.

Numa avaliação das atividades do NUVE para o ano de 1980, encontra-se a informação de que as doenças de notificação que exigiam investigação (as mesmas de período anterior), haviam sido investigadas na totalidade das vezes em que estas ocorreram.

Com a incorporação de serviços ambulatoriais à rede de notificações, surgem alterações quanto a incidência de doenças como o sarampo, coqueluche e hepatite, que começam a representar objeto de preocupação por parte da equipe do NUVE. Estas doenças, por se caracterizarem pela demanda por atendimento ambulatorial, apresentaram elevação em sua incidência, fato que desencadeou investigações específicas. Através destas, verificou-se a existência neste período de uma epidemia "real" de sarampo e coqueluche, dando origem a propostas de vacinações de bloqueio.

A rotina interna de trabalho no setor de estatística também buscava se adaptar as especificidades dos dados de origem ambulatorial. Estudos, elaboração de formulários adequados de processamento dos dados e controle da regularidade destas fontes foram organizados no período, ao mesmo tempo em que se procurava responder à necessidade de informação disponível que orientassem as ações. Realiza-se também nesta época, análise mais sistematizada por doença e por área geográfica de ocorrência (municípios).

Dentro da equipe as discussões giravam em torno de duas necessidades, ou seja, a de voltar suas ações para fora do setor e de melhorar a qualidade técnica no desempenho de suas atividades.

O contato com os serviços ambulatoriais na implantação das notificações, associado ao reconhecimento da importância de que as ações de VE fossem descentralizadas para o nível local, contribuíram para que se optasse por investir mais fora do setor. Como desde a implantação do sistema, ao nível local havia sido reservado apenas o papel de fonte de informação (BRASIL, 1977), deparou-se com dificuldades em fazer com que se assumisse outras atividades de VE.

Alterações na rotina de trabalho do NUVE foram imprescindíveis a implementação de tal opção. Tratou-se portanto, da aquisição de pessoal para o acompanhamento das atividades locais. Os estagiários de graduação, que até então vinham desempenhando tarefas dentro dos hospitais, são destinados ao nível local para a realização, juntamente com o pessoal af lotado, da coleta das notificações, investigações de casos, processamento e análise dos dados, programação e execução das ações devidas, sob a supervisão da equipe do NUVE.

Além disso, são realizados contatos com a equipe de supervisão do regional visando, mais uma vez, envolvê-la na proposta, buscando elaborar suas atribuições específicas dentro das tarefas de VE. Com os serviços de nível local, principalmente os vinculados ao regional, são realizadas reuniões com o objetivo de discutir a sua participação.

Para efeito de supervisão e coordenação da descentralização nos vários municípios da RMBH, estes foram

aglomerados em 4 áreas, ficando cada uma delas sob a responsabilidade de um técnico da equipe do NUVE.

Foram localizados 3 relatórios referentes a este período (1981), elaborados pelos respectivos responsáveis, onde se destacam os seguintes aspectos:

Em Contagem, com a inclusão de 19 postos de atendimento ambulatorial ligados à Fundação do Município (FAMUC), observou-se a ocorrência em taxas elevadas de doenças como o sarampo e a hepatite. Com relações ao sarampo, foi realizada uma intensificação vacinal, fato que veio a diminuir a incidência da doença, demonstrando que através de um melhor conhecimento da situação epidemiológica do município, tornou-se possível desencadear ações que a alterassem.

Em relação aos outros 2 municípios (Rio Acima e Raposos), para os quais se dispõe de informação, as constatações são semelhantes. Nesses casos as ações programadas para interferir no quadro de morbidade não foram executadas ou ocorreram sem sucesso.

A utilização de estagiários de graduação nas atividades de nível local mostrou-se positiva, revelando concepção mais avançada de estágio em serviço. Ao mesmo tempo problemas com o constante rodízio, acarretando necessidades frequentes de treinamento, funcionaram como um empecilho ao desenvolvimento do trabalho.

Através de uma maior integração com a equipe de saúde local, foi possível estreitar laços com a população, desencadeando-se ações educativas. O contato com escolas, associações de bairros e grupos ligados à saúde, assim como a melhor utilização dos veículos de comunicação de massas, foram aquisições importantes conquistadas nesse período.

Embora a opção por investir no nível local, caracterizada pela ampliação de suas funções para a execução de ações de VE, fosse predominante, persistiam divergências dentro da equipe, representada por opiniões que imputavam à secundarização das questões técnicas as fragilidades apresentadas pelo serviço no desenvolvimento de suas atividades.

A nível da SES - MG, repercutindo sobre o regional, o período é marcado pela desorganização interna e ausência de propostas de trabalho. Diante desta situação o NUVE enfrenta momentos em que se torna mais difícil agir integradamente.

Ainda nesse período surgem questionamentos quanto a qualidade dos exames para confirmação de casos de meningites e difteria, realizados pela FUNED, além de suspeitas quanto a baixa potência da vacina DPT, também produzida pelo laboratório. O Ministério da Saúde visita a FUNED, coleta amostras da vacina e acaba por confirmar as suspeitas quanto a sua baixa potência, além de levantar uma série de irregularidades que deveriam estar interferindo na qualidade dos exames.

Tal assunto atinge a população através de notícias veiculadas pela imprensa local e pelo Jornal do Sindicato dos Médicos, como relatado a seguir.

O Jornal Estado de Minas de 30/04/82, publica notícia com a seguinte manchete: "Saúde Nega Contaminação, mas Admite Falha na Vacina Tríplice". O motivo de tal depoimento da SES - MG ao Jornal, parte de denúncia feita pelo Sindicato dos Médicos em entrevista coletiva quanto a falta de potência e possível contaminação das vacinas DPT, DT, ANATOX e anti-rábica. Tal denúncia se baseava em documento da Secretaria Geral do Ministério da Saúde (Ofício no. 12/82), que comunicava irregularidades na produção de vacinas pela Fundação Ezequiel Dias (FUNED) à SES - MG. Em entrevista com o Secretário da Saúde, em exercício, ficou confirmada a informação quanto a ausência de potência do componente pertussis da vacina DPT. O Jornal do Sindicato dos Médicos (maio/1982), traz matéria reiterando a denúncia.

Em resumo, o período se caracteriza por preocupações com a ação, dedicando-se menor prioridade para a análise e elaboração de recomendações. Cabe ressaltar que a ampliação da capacidade do serviço, enquanto campo de estágio, propiciou a incorporação de médicos residentes em Medicina Social (1982) fato que permitiu a realização de várias pesquisas aplicadas.

4.1.2.3. De 1983 a 1985

Assim como no período anterior, predominavam em 1983, propostas racionalizadoras dos serviços de saúde, visando aumentar sua eficácia. Buscava-se a descentralização do gerenciamento, mantendo contudo, a centralização orçamentária. Como o NUVE não era considerado pela direção e equipe técnica do regional, um setor produtor de atividades básicas, geradoras de recursos financeiros (convênio com INAMPS - Ações Integradas de Saúde), tais propostas pouco repercutem em suas atividades.

Em termos da rede de notificações estão mantidas no período atividades visando a sua ampliação e o controle de regularidade. Destaca-se aqui a inclusão de toda a estrutura de Centros de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte (PBH). Tal fato se deu em 1985, enriquecido por um processo de integração entre a equipe do NUVE e da Secretaria Municipal de Saúde, concretizado na participação conjunta de ambos no treinamento do pessoal local para a implantação da atividade.

O Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC1 / UFMG) vem a participar efetivamente da rede de notificações do NUVE em agosto de 1985. O fato desta instituição não informar os casos de doenças notificáveis af internados, se constituía em preocupação antiga, já que é grande o fluxo de pacientes ao mesmo, tanto originários da RMBH como de outras regiões do Estado. Esta aquisição só se tornou viável a partir do momento em que o Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina (DMPS - FM), através da Residência em

Medicina Social, se empenhou na estruturação de um serviço de VE (NUVE - HCI), que ao mesmo tempo prestasse informações ao NUVE e servisse como campo de estágio ao treinamento de médicos residentes no âmbito da atividade. Cabe registrar que anteriormente o NUVE já havia feito tentativas de implantar esta fonte de notificação, sem no entanto obter sucesso em função da falta de envolvimento da mesma com a proposta.

Em meados de 1985, por força de decisão do regional, que ampliava sua área de abrangência para mais 13 municípios, além dos 14 que compõem administrativamente a RMBH, o NUVE passa a implantar o sistema de informação nestes novos municípios, que integram efetivamente a rede a partir de 1986.

Data do início deste período a inclusão de doenças como a esquistossomose, hipertensão arterial, desnutrição e diarreia aguda, na lista de notificáveis ao NUVE. Em 1985 as 3 últimas foram então excluídas, ao mesmo tempo em que se começa a trabalhar com zoonoses. Tais variações na lista de doenças notificáveis têm relação com tentativas de captar outro perfil de morbidade, que coexiste com as doenças transmissíveis em regiões como a RMBH. A retirada das mesmas doenças da lista, no geral esteve relacionada a inadequacidade do modelo para lidar com as mesmas, e às dificuldades na esfera do processamento destas informações e de ações de controle.

Quanto às atividades de investigação de casos destacam-se no período aquelas relacionadas a surtos de sarampo, com conseqüente realização de bloqueios vacinais. Tais investigações se mostraram necessárias, em função de elevadas taxas de incidência da doença e da estratégia adotada de abordagem desta situação, que consistia na realização de intensificações vacinais. Segundo a proposta todos os casos ocorridos em áreas submetidas a vacinação deveriam ser investigados. As demais doenças de investigação permaneciam as mesmas ou seja meningites, poliomielite e difteria, além de surtos de hepatite e casos de leptospirose.

Partindo da constatação de altas incidências das doenças imunizáveis (principalmente o sarampo) e das baixas coberturas vacinais alcançadas pela rotina, o NUVE organiza uma equipe volante (unidade móvel), que passa a realizar intensificações vacinais (vacinas básicas), em áreas selecionadas da RMBH, durante os anos de 1983 e 1984. Tal atividade desenvolve-se independentemente do envolvimento do Setor de Imunização do regional, inclusive de sua diretoria. Esta falta de integração vai gerar entre outras, dificuldades nos cálculos da cobertura vacinal para esses períodos.

Os recursos humanos utilizados para tal fim, são os mesmos com que o NUVE contava para a execução de suas atribuições específicas, fato que vem acarretar prejuízos na coleta, processamento e análise dos dados e nas investigações de casos que obrigatoriamente deveriam se realizar.

O impacto da implementação desta proposta, materializa-se na observação da queda das taxas de incidência das doenças imunizáveis, no ano de 1984.

Como consequência das diversas intensificações vacinais, realizadas nos vários municípios da RMBH, é criado em 1984 um Setor de Vigilância Epidemiológica junto ao Departamento de Saúde do Município de Ibitié. A este caberiam as funções de coletar, processar e analisar as informações colhidas, assim como a sua divulgação sistemática, além de desenvolver ações de prevenção e controle. O NUVE estava encarregado da supervisão de todas as etapas de implantação da proposta. Esta pode ser considerada como a primeira experiência, de descentralização das atividades de VE a nível de município na RMBH. Sua efetivação só se tornou possível em função de grande motivação e empenho por parte do NUVE, já que este manteve durante muito tempo supervisão direta da atividade no local.

Em fevereiro de 1985 começam a se registrar novamente incidências elevadas, principalmente do sarampo. Este fato é atribuído às limitações da rotina de imunização nas unidades, que se mostrou incapaz de manter boas coberturas, necessárias ao controle da doença.

Nesta ocasião o NUVE passa a assumir também a distribuição de vacinas às unidades locais, assim como o controle de estoque e da cadeia de frios. Objetivava-se com esta medida, fornecer condições mínimas de desenvolvimento da atividade de imunização a

nível local, munindo-o dos instrumentos necessários à melhoria das coberturas vacinais de rotina. Tal tarefa é desempenhada pelo NUVE até meados de 1985, e como no caso das intensificações vacinais, também trouxe prejuízos ao desenvolvimento de suas atribuições específicas.

Em função das elevadas taxas de incidência do sarampo, são novamente realizadas intensificações vacinais, no ano de 1985. Estas ações contaram com a utilização de recursos humanos das unidades locais e com o envolvimento parcial da equipe de supervisão do regional, mas ainda sob a coordenação do NUVE.

Passada esta fase, o NUVE começa a trabalhar de maneira mais sistemática, com o propósito de retomar iniciativas visando a descentralização de suas atividades, dessa vez a nível municipal. São abordados alguns municípios, cujas características pareciam favorecer o desenvolvimento local de ações de VE, como no caso de Contagem, Betim e Sabará, além de Ibirité, onde já existia um serviço municipal de VE funcionando de forma muito dependente do NUVE.

Assim, são estabelecidas referências para supervisão, elaborados documentos, realizadas reuniões e treinamento da equipe local. Os resultados deste trabalho foram basicamente a ampliação do número de fontes de notificação, a confecção de consolidados semanais a nível dos municípios e a melhoria das relações entre o NUVE e serviços de saúde locais.

Em fins de 1985, o NUVE integra-se à estrutura física do regional, pela primeira vez em sua história, inaugurando uma nova etapa de atuação.

Em resumo o período se caracteriza pelo envolvimento do NUVE, em ações que não lhe são próprias (vacinação e fornecimento de infraestrutura para a atividade de Imunização a nível local), em função de deficiências graves apresentadas pela rotina na obtenção e manutenção de coberturas vacinais elevadas.

4.1.2.4. De 1986 a 1987

Com a integração à estrutura física do regional, o NUVE adquire um espaço de trabalho mais adequado às suas necessidades, ocupando inicialmente parte e posteriormente todo um andar do prédio, onde passa a se situar o Centro Regional.

A incorporação do Setor de Imunização do regional em sua estrutura, se efetiva com a formação de uma equipe. Trata-se então de promover os cálculos das coberturas vacinais, inclusive com a recuperação das coberturas de anos anteriores. Em consequência, o NUVE passa a assumir a coordenação da Campanha SABIN. O almoxarifado de vacinas também se transfere para o mesmo prédio, facilitando as tarefas de distribuição, controle de estoque e conservação.

A incorporação efetiva desta atividade era uma necessidade há muito sentida, pelo fato da mesma lidar com um importante instrumento de controle das doenças imunizáveis, até então fora do controle do NUVE.

Com a absorção da atividade de imunização, forma-se em 1986, uma equipe destinada a trabalhar uma proposta de treinamento em Vigilância Epidemiológica e Imunização. O desenvolvimento dos trabalhos desta equipe desemboca na criação do Centro de Treinamento, que passa a funcionar no Centro de Saúde Carlos Chagas, estando administrativamente vinculada a este e tecnicamente vinculada ao NUVE. A equipe é inicialmente composta por 2 médicos, que passam a coletar as notificações de casos internados do Centro Geral de Pediatria (CGP), e 6 enfermeiros. Os objetivos gerais da proposta, concentram-se na padronização de condutas e reorganização dos serviços locais, através de treinamentos periódicos. Enquanto objetivos específicos foram assumidos os que se seguem:

- A) Incrementar condutas quanto à indicação, orientação e aplicação de vacinas.
- B) Capacitar para a conservação de imunobiológicos.
- C) Melhorar a utilização da área física e sua conservação
- D) Capacitar tecnicamente em esterilização de material, visando a normatização.

E) Capacitar profissionais de nível local para ações de bloqueio.

F) Integrar com o CGP para:

- . Formação de pessoal
- . Coleta de notificações
- . Acompanhamento de casos de doenças de investigação individual.
- . Atendimento de contato de difteria, propiciando a descentralização desta atividade.
- . Implantação no Centro de Treinamento de áreas de desenvolvimento de pesquisa em Imunização e Vigilância Epidemiológica.

Entraves que se prendem a problemas administrativos com a chefia do CS Carlos Chagas e limitações de recursos para adequação da área física às atividades de treinamento, entre outros, vêm limitando bastante o cumprimento destes objetivos.

Juntamente com a criação do Setor de Imunização, são criados outros 2 setores, um de Estatística e outro de Investigação, sendo incorporada a este a equipe de controle da raiva humana, que funcionava separada do NUVE. Além disto, é organizado um apoio administrativo interno ao desenvolvimento das diversas atividades.

A nível do regional, busca-se uma maior integração com os demais setores, intenção esta facilitada pela proximidade física. Sua diretoria também se apresenta mais sensível às reivindicações do NUVE, fato que se materializa através da destinação de recursos, principalmente humanos.

No segundo semestre de 1986, a lista de doenças de notificações sofre uma grande ampliação, totalizando 20 doenças. São elas: AIDS, Caxumba, Chagas Agudo, Cólera, Coqueluche Difteria, Febre Amarela, Febre Maculosa, Febre Tifóide, Hepatite Leishmaniose, Leptospirose, Malária, Meningite, Peste, Poliomielite, Raiva Humana, Rubéola, Tétano e Sarampo. Em documento da coordenadoria do NUVE, são explicitados os motivos que levaram as inclusões e exclusões (esquistossomose) da lista.

Passado o momento inicial, onde ocorreram as várias modificações relatadas, segue-se um período em que as preocupações se concentram na consolidação da equipe bastante ampliada e sua integração interna. Os novos setores, Imunização e Zoonoses (sub-setor da Investigação), são aqueles que mais demandam atenção. Torna-se necessário promover treinamentos e reciclagens, sendo utilizado para tal fim, associado às orientações em serviço, cursos formais promovidos pela Escola de Saúde e Faculdade de Medicina da UFMG, entre outros.

Além disto, apresentam-se como prioridades a aquisição de infraestrutura administrativa ainda insuficiente, e a melhoria da qualidade das notificações, investigações e acompanhamento do comportamento de doenças. A grande ampliação na lista de doenças

de notificação gera necessidades no plano da normatização na coleta, processamento e análise dos novos dados, assim como na elaboração de orientações sobre as novas doenças. O setor de Estatística é então alvo de propostas de reorganização.

Em função do aumento do volume de informação que começa a circular através do NUVE, retomam-se gestões visando a elaboração e consolidação do Boletim Epidemiológico. Este instrumento, criado em 1977 como órgão de divulgação do NUVE, caracterizou-se quase sempre pela irregularidade, ora por problemas técnicos, ora por problemas materiais.

Uma das consequências das mudanças introduzidas, foi a necessidade de promover uma revisão das fontes de notificação. Como resultado dessa revisão o NUVE contava em 1987 com 277 fontes, sendo a grande maioria delas ambulatoriais.

Ainda neste ano a equipe contava com 45 componentes sendo eles 18 médicos, 9 enfermeiros, 3 veterinários e 15 auxiliares. Apesar da disponibilidade de recursos humanos, persistem dificuldades na aquisição de recursos materiais, principalmente no que toca a veículos, aerogramas de notificação e infraestrutura gráfica para a confecção do Boletim Epidemiológico.

Em resumo o período se caracteriza pelo investimento na ampliação e melhoria da qualidade técnica da equipe e das ações desenvolvidas. Ao incorporar o setor imunização, inicia-se um movimento de retomada de suas funções específicas a nível do SVE, optando-se pela concentração de recursos a nível micro-regional.

4.2. Situação das fontes de notificação ao Núcleo de Vigilância Epidemiológica

4.2.1. Notificação de casos

4.2.1.1. Fontes de notificação

Das fontes de notificação pesquisadas, 93,5% (TABELA I) estavam enviando, com frequência variável, notificações de doenças ao NUVE. O fato das restantes nunca terem enviado qualquer notificação indica a existência de falhas no processo de implantação da atividade. Tais falhas dizem respeito ao treinamento, no qual deveriam ser esclarecidos os objetivos e importância da atividade, assim como a falta de supervisão posterior ao primeiro contato com a fonte e o precário retorno da informação analisada à mesma.

Foi observado que essas fontes, que não possuíam qualquer rotina de notificação ao NUVE, eram todas de outro vínculo institucional (TABELA I). Esta constatação fala a favor da desintegração entre o SVE e estas instituições, dificultando sua incorporação de fato à rede de notificações.

TABELA I
Questionários respondidos por parte integrante, RMBH, 1987.

Vínculo Institucional	Percentual (%) respondido			
	Parte 1*	Parte 2**	Parte 3***	Total
Município	83,3	100,0	73,8	100,0
Estado	82,3	100,0	100,0	100,0
Outro	72,2	72,2	33,3	100,0
Total	80,5	93,5	70,1	100,0

OBS.: * Coordenação da atividade
 ** Rotina de notificação
 *** Atividade de imunização

Os resultados demonstram que, no geral, 77,4% (TABELA II) das fontes haviam sido implantadas nos últimos 6 anos, mais precisamente 48,4% de 1 a 3 anos e 29,0 de 3 a 6 anos. Se detalhados por vínculo institucional, nota-se que entre as que foram implantadas de 1 a 3 anos, as unidades municipais representam 73,3% (TABELA III) do total. Tal quadro coincide com a época de ampliação das atividades do NUVE para nível local.

TABELA II
Tempo de implantação da atividade de notificação nas unidades locais, RMBH, 1987.

Vínculo	(%) Tempo de implantação (anos)				Total
	1-3	3-6	6 e mais	IGN*	
institucional					
Município	62,9	25,7	5,7	5,7	100,0
Estado	0,0	42,9	21,4	35,7	100,0
Outro	61,5	23,1	7,7	7,7	100,0
Total	48,4	29,0	9,7	12,9	100,0

* IGN = Ignorado

TABELA III

Tempo de implantação da atividade de notificação nas unidades locais, segundo o vínculo institucional, RMBH, 1987.

Vínculo	(%) Tempo de implantação (anos)				Total
	1-3	3-6	6 e mais	IGN*	
institucional					
Município	73,3	50,0	33,3	25,0	54,5
Estado	0,0	33,3	50,0	62,5	22,0
Outro	26,7	16,7	16,7	12,5	23,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

* IGN = Ignorado

4.2.1.2. Coordenação da atividade de notificação

Do total de unidades, só foi possível obter informações sobre a coordenação da atividade de VE a nível local em 80,5% delas (TABELA I). Nas demais isso não foi feito devido a ausência da chefia, na data marcada para a entrevista.

Na maioria das unidades (70,1%) o cargo de chefia é ocupado por médicos (TABELA IV). Esses muitas vezes não se encontram preparados e/ou motivados, para exercer o gerenciamento, com objetivos voltados para a saúde pública. Foi encontrada uma maior variação no item profissão para chefias nas unidades de vínculo municipal, sendo este cargo ocupado em maior percentagem por enfermeiros, bioquímicos e dentistas.

Entre as unidades de vínculo municipal, aquelas pertencentes a Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (PBH), representam 40,5% delas. Portanto, a variação referida acima se

deve em muito a contribuição dessas unidades. Este fato pode ser atribuído ao Modelo Gerencial adotado pela Secretaria Municipal de Saúde (SMSA) da PBH, que instituiu a Função Gratificada de Gerente de Unidade de Saúde (BELO HORIZONTE, s.n.t.), preenchida por concurso interno em 1986. Desse concurso participaram profissionais de saúde de várias categorias, sendo considerada a capacitação técnica em saúde pública no preenchimento das vagas. Nas unidades de vínculo estadual as chefias são indicadas pela direção do regional, onde tradicionalmente esta posição é ocupada por médicos.

Também, pode estar relacionado ao Modelo Gerencial, adotado pela SMSA - PBH, o fato de em 74,3% (TABELA V) das unidades de vínculo municipal as atividades de VE serem acompanhadas pela chefia. Tal modelo, além de designar a chefia como responsável pela condução da equipe de trabalho, garante a presença da mesma dentro da unidade em tempo integral (8 horas diárias). Nas unidades de vínculo estadual este valor cai para 57,1%.

No geral 67,7% (TABELA V) das chefias afirmavam acompanhar as atividades de VE na unidade, enquanto que 92,0% delas afirmam tomar conhecimento de casos de doença de notificação que recorrem à unidade, sempre ou na vigência de situações graves. Isto significa que apesar de tomarem conhecimento dos casos, as chefias acompanham menos os passos que deveriam ser desencadeados a partir de então.

TABELA IV
Profissão das chefias das unidades locais, RMBH, 1987.

Profissão	Vínculo institucional (%)			Total
	Município	Estado	Outro	
Médico	59,5	82,3	83,3	70,1
Enfermeiro	3,8	17,7	0,0	16,9
Bioquímico	7,1	0,0	0,0	3,9
Dentista	7,1	0,0	0,0	3,9
Outro	0,0	0,0	11,1	2,6
IGN*	2,4	0,0	5,6	2,6
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

*IGN = Ignorado

TABELA V
Acompanhamento da atividade de VE pelas respectivas chefias,
segundo o vínculo institucional, RMBH, 1987.

Vínculo institucional	Acompanhamento das atividades (%)		Total
	Sim	Não	
Município	74,3	25,7	100,0
Estado	57,1	42,9	100,0
Outro	61,5	38,5	100,0
Total	67,7	32,3	100,0

Nas unidades de vínculo municipal 75,9% (TABELA VI) das chefias afirmavam conhecer esses casos sempre que os mesmos ocorriam. Somente 36,4% das chefias de unidades estaduais afirmaram o mesmo. Constata-se portanto que as unidades municipais, através de suas chefias, estão mais atentas à ocorrência de doenças de notificação.

Por outro lado é comum, independente do vínculo institucional, o envolvimento das chefias quando se registram ocorrências graves como surtos, intoxicações, e casos de meningite. Em 76,2% (TABELA VIII) dessas situações houve tal envolvimento, embora este tipo de ocorrência não seja muito frequente, já que apenas 33,9% das chefias as relataram em seu período de gestão (TABELA VII).

TABELA VI
 Frequência com que as chefias das unidades tomam conhecimento de casos de doenças de notificação, RMBH, 1987.

Frequência	Vínculo institucional (%)			
	Município	Estado	Outro	Total
Sempre	75,9	36,4	70,0	66,0
Em Situações Graves	17,2	54,5	20,0	26,0
Semanalmente	6,9	0,0	0,0	4,0
Mensalmente	0,0	0,0	0,0	0,0
Eventualmente	0,0	9,1	10,0	4,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

TABELA VII
 Unidades onde ocorreram situações epidemiológicas graves segundo as chefias, RMBH, 1987.

Vínculo institucional	Ocorrência de situações epidemiológicas graves* (%)		
	Sim	Não	Total
Município	40,0	60,0	100,0
Estado	35,7	64,3	100,0
Outro	15,4	84,6	100,0
Total	33,9	66,1	100,0

OBS.: * Situações graves: surtos, intoxicações e casos de meningite.

TABELA VIII

Unidades cujas chefias relataram sua intervenção em situações epidemiológicas graves, RMBH, 1987.

Vínculo institucional	Intervenção da chefia (%)		
	Sim	Não	Total
Município	71,4	28,6	100,0
Estado	80,0	20,0	100,0
Outro	50,0	50,0	100,0
Total	76,2	23,8	100,0

TABELA IX

Unidades segundo a existência de intermediária entre a chefia e o responsável pelo BSN, RMBH, 1987.

Vínculo institucional	Existência de pessoal intermediário (%)		
	Sim	Não	Total
Município	33,3	66,7	100,0
Estado	52,9	47,1	100,0
Outro	15,4	84,6	100,0
Total	34,7*	65,3	100,0

OBS: * 88,0% eram enfermeiros

TABELA X

Unidades em cuja área de abrangência se realizaram atividades de VE segundo a chefia, RMBH, 1987.

Vínculo institucional	Realização de atividades de vigilância epidemiológica (%)		
	Sim	Não	Total
Município	25,7	74,3	100,0
Estado	50,0	50,0	100,0
Outro	0,0	100,0	100,0
Total	25,8	74,2	100,0

Como as chefias cuidam normalmente de uma série de problemas burocráticos e administrativos, seria desejável a existência de uma coordenação de atividades técnicas da unidade, incluindo as de VE. Neste estudo, observou-se que tal profissional existia em 34,7% das unidades entrevistadas, sendo 88,0% deles enfermeiros (TABELA IX). Tal situação pode contribuir para que as atividades de VE, sejam desenvolvidas com mais dificuldade a nível local.

No período de gestão das referidas chefias, apenas 25,8% (TABELA X) delas relataram a realização de alguma atividade de investigação, controle ou prevenção na sua área de abrangência. Entre as unidades de vínculo estadual esta percentagem sobe para 50,0% (TABELA X). A primeira informação indica a realização de poucas atividades de VE (exceto as notificações) a nível local. A segunda revela a existência de um maior entrosamento entre o NUVE e as unidades locais de vínculo estadual, provavelmente devido a facilidades operacionais, propiciadas pelo fato de pertencerem ambos à mesma instituição.

O mesmo questionamento foi feito ao responsável pelo BSN, com referência ao último ano a contar da data da entrevista. O percentual de resposta positiva observado foi de 29,2% (TABELA XI), semelhante àquele obtido junto as chefias (25,8%). Destaca-se aqui o fato de 100,0% (TABELA XI) das unidades de outro vínculo, terem fornecido resposta negativa a essa questão, revelando integração ainda mais precária das mesmas nas atividades de VE, exceto a notificação de casos.

Tal constatação confirma que a forma como se organizam hoje os serviços de VE determina que, ao segmento produtor de dados não cabe a execução das ações de saúde, não cabe a análise, a decisão, e portanto o planejamento dessas ações (SILVEIRA, s.d.).

TABELA XI
Unidades que participaram de atividades de VE em sua área de abrangência segundo o responsável pelo BSN, RMBH, 1987.

Vínculo institucional	Participação da unidade em atividades de vigilância epidemiológica (%)		
	Sim	Não	Total
Município	33,3	66,7	100,0
Estado	41,2	58,8	100,0
Outro	0,0	100,0	100,0
Total	29,2	70,8	100,0

4.2.1.3. Situação dos responsáveis pelo Boletim Semanal de Notificação (BSN)

Na quase totalidade das unidades (98,6% / TABELA XII) existiam funcionários responsáveis pelas notificações (coleta, preenchimento e envio do BSN). Tal informação indica algum grau de organização interna no desenvolvimento da tarefa. Quanto ao número de indivíduos envolvidos, observa-se que em 87,3% (TABELA XIII) das unidades, apenas 1 elemento respondia pelas notificações, o que não deixa de ser interessante ao bom andamento da rotina, já que dá à função alguma especificidade.

Em relação à escolaridade desses funcionários, nota-se que, no geral, 56,9% (TABELA XIV) possuíam do segundo grau completo ao curso superior completo, o que pode ser considerado satisfatório às exigências do desempenho da função. Entretanto, nas unidades municipais, 30,2% (TABELA XIV) destes elementos possuíam apenas o primeiro grau incompleto.

TABELA XII

Unidades segundo a existência de pelo menos um responsável pelo BSN, RMBH, 1987.

Vínculo institucional	Existência de pelo menos um responsável pelo BSN (%)		
	Sim	Não	Total
Município	100,0	0,0	100,0
Estado	94,1	5,9	100,0
Outro	100,0	0,0	100,0
Total	98,6	1,4	100,0

TABELA XIII

Unidades segundo o número de elementos envolvidos na atividade de notificação, RMBH, 1987.

Vínculo institucional	Número de elementos envolvidos (%)					Total
	1	2	3	+ de 3	IGN*	
Município	92,8	4,8	0,0	0,0	2,4	100,0
Estado	81,3	6,2	6,2	6,2	0,0	100,0
Outro	76,9	7,7	0,0	0,0	15,4	100,0
Total	87,3	5,6	1,4	1,4	4,2	100,0

* IGN = Ignorado

TABELA XIV

Elementos responsáveis pelo BSN, segundo a escolaridade, RMBH,

1987.

Vínculo institucional	1º grau incompl.	1º grau compl.	2º grau incompl.	2º grau compl.	Superior incompl.	Superior compl.	Total
Município	30,2	20,9	13,9	25,6	2,3	7,0	100,0
Estado	0,0	11,8	0,0	76,5	11,8	0,0	100,0
Outro	0,0	8,3	0,0	33,3	16,7	41,7	100,0
Total	18,1	16,7	8,3	38,9	6,9	11,1	100,0

Quanto a situação funcional desses elementos (TABELA XV), no geral, 63,9% deles haviam sido contratados como auxiliares de saúde. Entretanto quando se destaca o vínculo institucional surgem diferenças importantes. Nas unidades de vínculo estadual, a maioria dos elementos (58,8%) são auxiliares administrativos, sugerindo que a atividade é considerada como parte integrante das funções burocráticas desempenhadas por esses. Nas unidades de vínculo municipal, a grande maioria (90,7%) dos elementos são auxiliares de saúde. Embora isso possa simular uma compreensão menos burocrática do caráter da atividade, é mais provável que tal fato se deva à escassez de recursos humanos. Neste caso, o auxiliar de saúde seria também responsável pelas funções administrativas, além daquelas que lhe são próprias. A definição da SMSA - PBH utilizada para a função (auxiliar de saúde e ajudante administrativo) vem reforçar esse indício. (BELO HORIZONTE, s.n.t.).

TABELA XV
Elementos responsáveis pelo BSN, segundo a situação funcional,
RMBH, 1987.

Vínculo institucional	Situação funcional dos responsáveis pelo BSN (%)				Total
	Aux.de saúde	Aux. administ.	Médico/enferm.	Outro	
Município	90,7	7,0	0,0	2,3	100,0
Estado	29,4	58,8	11,8	0,0	100,0
Outro	16,7	8,3	41,7	33,3	100,0
Total	63,9	19,4	9,7	6,9	100,0

O tempo em que estes indivíduos estavam envolvidos na atividade (TABELA XVI) variou de menos de 1 até 3 anos em 84,7% das vezes, sendo que os que tinham menos de 1 ano representavam 38,9% do total. Esse último fato indica uma rotatividade elevada na atividade, com consequentes prejuízos à rotina de notificações, acarretando necessidades constantes de treinamento. Cabe ressaltar que entre todas as unidades com tempo de implantação da atividade conhecido, 25,8% delas haviam sido incluídas como fonte de notificação a menos de 1 ano. Esse dado pode também ser utilizado para o entendimento do que acima se chamou de rotatividade elevada, pois, o significado daquela percentagem está também relacionado à implantação recente.

TABELA XVI

Elementos responsáveis pelo BSN, segundo o tempo na atividade em anos, RMBH, 1987.

Vínculo institucional	Tempo na atividade (%)				Total
	- de 1	1 a 3	3 a 6	6 e +	
Município	30,2	60,5	9,3	0,0	100,0
Estado	35,3	23,5	23,5	17,6	100,0
Outro	75,0	25,0	0,0	0,0	100,0
Total	38,9	45,8	11,1	4,2	100,0

4.2.1.4 Rotina da atividade de notificação

Buscando captar a situação de regularidade no envio das notificações ao NUVE (TABELA XVII), obteve-se o seguinte resultado: No geral, 49,3% das unidades entrevistadas notificaram todas as 4 últimas semanas epidemiológicas (calendário internacional para notificações), 22,5% notificaram entre 1 e 3 semanas e 28,2% nenhuma delas. As unidades municipais mostraram uma maior regularidade, com 61,0% delas tendo notificado todas as 4 últimas semanas. O contrário ocorreu com as unidades estaduais, onde 41,2% delas não enviaram notificações em nenhuma das 4 semanas. Alias situação semelhante já havia sido constatada por SILVA, 1988, que numa análise dos BSNs enviados ao NUVE no ano de 1987, encontrou os C.Ss. do Estado, situados em Belo Horizonte, enviando apenas 50% dos boletins esperados.

TABELA XVII

Unidades segundo o número de semanas epidemiológicas notificadas,
RMBH, 1987.

Vínculo	Semanas epidemiológicas notificadas (%)					Total
	Todas	3 delas	2 delas	1 delas	Nenhuma	
Município	61,0	9,8	4,9	2,4	21,9	100,0
Estado	23,5	17,6	11,8	5,9	41,2	100,0
Outro	46,1	15,4	7,7	0,0	30,8	100,0
Total	49,3	12,7	7,0	2,8	28,2	100,0

Na ausência de doenças de notificação na semanas, o BSN deve ser enviado em branco. A isto chama-se notificação negativa. Sua função é manter o registro de que a fonte continua em funcionamento e alerta à ocorrência de casos. Entre as unidades entrevistadas 25,0% não enviavam notificação negativa, sendo que esta percentagem cai para as unidades de vínculo municipal a 19,0% e se eleva para as estaduais a 35,3% (TABELA XVIII). Tal informação revela o descumprimento de uma orientação importante , para atestar o grau de confiabilidade da fonte. Esta falha esta principalmente relacionada a deficiências no treinamento e supervisão da atividade , além da escassez de recursos materiais e humanos , uma vez que algumas unidades alegaram a falta de aerogramas e sobrecarga de trabalho, como motivos para não enviar notificações negativas.

TABELA XVIII

Unidades segundo o envio de notificações negativas, RMBH, 1987.

Vínculo institucional	Envio de notificações negativas (%)		
	Sim	Não	Total
Município	80,9	19,1	100,0
Estado	64,7	35,3	100,0
Outro	69,2	30,8	100,0
Total	75,0	25,0	100,0

Sobre as notificações negativas cabe ainda comentar resultados encontrados por SILVA, 1988, em trabalho já citado, que contempla questões não abordadas pelo presente estudo. Estas dizem respeito ao elevado percentual de notificações negativas (82%) enviadas pelos CSs do estado, situados em Belo Horizonte e à qualidade das notificações positivas (18%). Neste último caso observou-se que as mesmas continham informação de 218 doentes, sendo que em 20% delas o item endereço estava incompleto e em 57% o item idade preenchido incorretamente.

Tal situação coloca sob suspeita o grau de confiabilidade e representatividade das informações produzidas pelo NUVE, já que os mesmos se associam com a regularidade no envio das notificações por parte das fontes, sejam elas positivas ou negativas.

Na maioria das unidades, 86,1% (TABELA XIX), havia um dia da semana previamente fixado para o envio do BSN, sendo que em 69,3% das vezes a segunda - feira foi o dia escolhido. Isto significa que a maioria das unidades cumpre recomendação, segundo a qual a semana epidemiológica, inicia-se sempre num

domingo, terminando no sábado. A pré - fixação de um dia para o envio do BSN ao NUVE, indica o estabelecimento de uma rotina no desenvolvimento da atividade a nível local, fato que contribui para que o NUVE também possa manter uma rotina de consolidação das informações.

TABELA XIX

Unidades segundo a existência de um dia da semana pré-fixado para o envio do BSN, RMBH, 1987.

Vínculo institucional	Dia pré-fixado (%)		
	Sim	Não	Total
Município	90,5	9,5	100,0
Estado	88,3	11,7	100,0
Outro	69,2	30,8	100,0
Total	86,1	13,9	100,0

Chama a atenção o fato de 52,8% (TABELA XX) das unidades não conservarem em seu poder nenhum registro das notificação enviadas. Quando este estava presente, foi considerado improvisado em 85,3% (TABELA XXI) dos casos. Isto demonstra como está distante do nível local, vislumbrar a possibilidade de utilização da informação por ele produzida, para atuar sobre a população que demanda seus serviços, além de confirmar uma visão burocrática da tarefa , cuja utilidade é pouco compreendida.