

TABELA XX

Unidades segundo a existência de registro interno das  
notificações enviadas, RMBH, 1987.

Vínculo institucional	Registro das notificações (%)		
	Sim	Não	Total
Município	47,6	52,4	100,0
Estado	52,9	47,1	100,0
Outro	38,5	61,5	100,0
Total	47,2	52,8	100,0

TABELA XXI

Unidades segundo a forma de registro interno das notificações  
enviadas, RMBH, 1987.

Vínculo institucional	Forma de registro (%)		
	Cópia do BSN	Material improvisado	Total
Município	15,0	85,0	100,0
Estado	11,1	88,9	100,0
Outro	20,0	80,0	100,0
Total	14,7	85,3	100,0

A maneira como as informações são coletadas dentro das unidades revela detalhes da rotina, que podem interferir na sua qualidade. Das unidades entrevistadas, 44,4% (TABELA XXII) utilizavam-se da afixação do BSN nos consultórios médicos. Tal opção indica participação direta daquele que diagnóstica os casos (médico) na tarefa de notificação, possibilitando assim uma melhor qualidade da mesma. O fato de 23,6% (TABELA XXII) das unidades utilizarem-se de instrumentos improvisados como bilhetes e informação verbal, levanta a hipótese de prejuízo à qualidade das notificações. Nas unidades

de vínculo estadual, é comum a utilização de grande diversidade de formas de coleta interna das notificações. Isto fala a favor de fragilidades na rotina, que devem estar interferindo no processo.

Na apreciação da rotina também deve ser considerada a periodicidade, com que as informações são coletadas. A falta da mesma ou sua inadequacidade fala a favor de falhas no desenvolvimento da atividade. No geral 76,4% (TABELA XXIII) das unidades coletavam notificações com periodicidade, sendo esta diária, semanal (a maioria) ou outra (dias alternados por exemplo).

**TABELA XXII**  
**Unidades segundo a forma de coleta interna das notificações,**  
**RMBH, 1987.**

Vínculo	Forma de coleta das notificações na unidade ( % )					Total
	BSN nos consul- torios	Formulá- rios de produti- vidade	Prontuá- rio	Bilhetes	Informa- ção verbal	
Município	45,2	26,2	7,1	11,9	9,5	100,0
Estado	29,4	11,8	29,4	11,8	17,6	100,0
Outro	61,5	0,0	15,4	7,7	15,4	100,0
Total	44,4	18,1	13,9	11,1	12,5	100,0

TABELA XXIII

Unidades segundo a periodicidade na coleta interna de notificações, RMBH, 1987.

Vínculo institucional	Periodicidade na coleta de notificações (%)				Total
	Diária	Semanal	Outra	Sem periodicidade	
Municipal	38,1	42,8	2,4	16,7	100,0
Estadual	29,4	41,2	0,0	29,4	100,0
Outro	23,1	38,5	0,0	38,9	100,0
Total	33,3	41,7	1,4	23,6	100,0

O grau de colaboração da equipe ( TABELA XXIV ) para com o desenvolvimento da atividade fornece elementos para avaliar o nível de integração interna entre as diversas atividades realizada pelas unidades. O fato de 66,7% das unidades afirmarem que a equipe notificava espontaneamente indica um grau razoável de colaboração. Nas demais isto só se dava por solicitação, ou mesmo havia sonegação de informação. Nas unidades municipais, cresce o índice de colaboração espontânea (76,2%), enquanto que nas estaduais é relativamente grande a percentagem de informação colhida por solicitação (41,2%).

TABELA XXIV

Unidades segundo o grau de colaboração da equipe no fornecimento de informação sobre doença de notificação, RMBH, 1987.

Vínculo institucional	Grau de colaboração (%)			Total
	Espontânea	Por solicitação	Sonegação	
Município	76,2	23,8	0,0	100,0
Estado	52,9	41,2	5,9	100,0
Outro	53,8	38,5	7,8	100,0
Total	66,7	30,5	2,8	100,0

#### 4.2.1.5. Treinamento para o desenvolvimento da atividade

O conhecimento por parte dos responsáveis pelo BSN, a respeito dos objetivos da tarefa (TABELA XXV), oferece informações sobre a qualidade do desempenho na realização da mesma. No caso, 13,9% dos responsáveis afirmavam desconhecer tais objetivos. Tal constatação remete a falhas no treinamento, sendo esta situação mais grave nas unidades de outro vínculo, onde 30,0% não haviam tomado conhecimento dos objetivos da atividade de notificação. Nota-se ainda que entre as unidades municipais, 90,0% dos indivíduos conheciam, mesmo que parcialmente estes objetivos, revelando talvez maior cuidado com o treinamento.

**TABELA XXV**  
**Conhecimento dos objetivos da atividade de notificação por parte dos responsáveis pelo BSN, RMBH, 1987.**

Vínculo institucional	Conhecimento dos objetivos da atividade ( % )		
	Sim	Não	Total
Município	90,0	10,0	100,0
Estado	86,7	13,3	100,0
Outro	70,0	30,0	100,0
Total	86,1	13,9	100,0

As limitações em termos de treinamento podem ainda ser observadas, no conteúdo das noções sobre os objetivos da atividade reveladas pelos entrevistados, como se descreve a seguir.

A maioria afirmava que através do conhecimento do número de casos e da observação do aumento ou diminuição desse número, poderiam ser caracterizadas situações epidemiológicas que exigissem medidas de controle ou prevenção, podendo estas medidas serem de caráter individual ou coletivo. Os surtos ou epidemias foram as situações melhor identificadas como aquelas em que a notificação pode fornecer grande colaboração. É comum a associação do conhecimento da situação das doenças com o desencadeamento de campanhas, intensificações e bloqueios vacinais. Também a investigação de casos, principalmente de difteria, com abordagem de contatos, é bastante conhecida do pessoal de nível local. Entretanto, são raras as noções de localização espacial das doenças e do efeito acumulativo dos casos informados por várias unidades na configuração do comportamento de determinada doença numa região.

Quanto ao treinamento propriamente dito (TABELA XXVI), em somente 6,9% das unidades este foi realizado de maneira formal, seja através da aplicação do Curso Básico de Vigilância Epidemiológica (CBVE), treinamento para implantação do sistema de informação da SMSA / PBH, ou outras formas não muito sistematizadas (estágios no NUVE por exemplo). Repercute sem dúvida, sobre a qualidade do desempenho da atividade o fato do mesmo ter sido informal e 75,0% dos casos, ou não ter havido

qualquer treinamento em 18,1% das vezes. Chama atenção a constatação de que nesta última situação encontram-se 46,1% das unidades de outro vínculo institucional.

**TABELA XXVI**  
**Unidades segundo o tipo de treinamento recebido para a realização da atividade de notificação, RMBH, 1987.**

Vínculo institucional	Tipo de treinamento ( % )			Total
	Formal	Informal	Ausência de treinamento	
Município	9,5	83,3	7,1	100,0
Estado	5,9	70,6	23,5	100,0
Outro	0,0	53,9	46,1	100,0
Total	6,9	75,0	18,1	100,0

#### 4.2.2. Imunização - características do desenvolvimento da atividade

Assim como em relação à atividade de notificação, apenas 22,2% (TABELA XXVII) das unidades contavam com pessoal mais qualificado, na coordenação da atividade de imunização.

**TABELA XXVII**  
**Unidades segundo a profissão do responsável pela atividade de imunização, RMBH, 1987.**

Vínculo institucional	Profissão (%)		Total
	Enfermeiro	Aux.de saúde	
Município	12,9	87,1	100,0
Estado	35,3	64,7	100,0
Outro	33,3	66,7	100,0
Total	22,2	77,8	100,0

Das unidades entrevistadas , 47,8% de vínculo municipal e 52,2% (TABELA XXVIII) de outro vínculo institucional, não realizavam vacinação de rotina. No primeiro caso essa situação pode ser explicada pelo fato de muitas unidades serem de implantação recente ou localizarem-se em área rural, com as decorrentes dificuldades de conservação das vacinas (por irregularidades no fornecimento de energia elétrica ). No segundo caso em função da maioria das unidades não se caracterizarem enquanto de saúde pública , ou pela duplicação de unidades que possuam a atividade numa mesma área geográfica.

TABELA XXVIII

Unidades que não realizavam vacinação de rotina, RMBH, 1987.

Vínculo institucional	Ausência de vacinação de rotina ( % )
Município	47,8
Estado	0,0
Outras	52,2
Total	100,0

Na rotina de vacinação, mesmo que a maioria das unidades, 98,1% (TABELA XXIX), tenham registro de sua clientela e que 61,1% (TABELA XXX) contem com algum mecanismo de detectar faltosos, 70,4% ( TABELA XXXI ) delas não buscam contactar os mesmos visando retomar o esquema vacinal.

TABELA XXIX

Unidades segundo a utilização de cartão cópia para registro da clientela do programa de imunização, RMBH, 1987.

Vínculo institucional	Utilização do cartão cópia ( % )		
	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	98,1	1,9	100,0

TABELA XXX

Unidades segundo a realização de algum controle de faltosos, RMBH, 1987.

Vínculo institucional	Controle de faltosos ( % )		
	Sim	Não	Total
Município	64,5	35,5	100,0
Estado	58,8	41,2	100,0
Outro	50,0	50,0	100,0
Total	61,1	38,9	100,0

TABELA XXXI

Unidades segundo a realização de busca de faltosos, RMBH, 1987.

Vínculo institucional	Busca de faltosos ( % )		
	Sim	Não	Total
Município	22,6	77,4	100,0
Estado	41,2	58,8	100,0
Outro	33,3	66,7	100,0
Total	29,6	70,4	100,0

Parece haver maior cuidado com o treinamento para exercer esta atividade, uma vez que em 92,6% ( TABELA XXXII ) das unidades toda a equipe havia sido treinada de maneira formal, embora para isto tenham sido utilizados apenas recursos locais em 59,2% ( TABELA XXXIII ) delas. Quanto a reciclagem ( TABELA XXXIV ) o mesmo não pode ser dito, já que em 61,1% das unidades



esta teve apenas um caráter informal de repasse em serviço de normas novas e alterações. Nas unidades estaduais a situação se apresenta um pouco melhor com 35,3% delas relatando reciclagem formal.

**TABELA XXXII**

**Unidades segundo o treinamento da equipe para a atividade de imunização, RMBH, 1987.**

Vínculo institucional	Treinamento em imunização ( % )		
	Toda a equipe	Parte da equipe	Total
Município	90,3	9,7	100,0
Estado	94,1	5,9	100,0
Outro	100,0	0,0	100,0
Total	92,6	7,4	100,0

**TABELA XXXIII**

**Unidades segundo o tipo de recursos humanos utilizados no treinamento em imunização, RMBH, 1987.**

Vínculo institucional	Recursos humanos ( % )			Total
	Supervisão do Regional/ prefeituras	Enfermeiro local	Profissional de outra instituição	
Município	41,9	58,1	0,0	100,0
Estado	29,4	58,8	11,8	100,0
Outro	16,7	66,7	16,7	100,0
Total	35,2	59,2	5,6	100,0

**TABELA XXXIV**

**Unidades segundo o tipo de reciclagem em imunização, RMBH, 1987.**

Vínculo institucional	Tipo de reciclagem ( % )			Total
	Formal	Informal	Ausência de reciclagem	
Município	22,6	67,7	9,7	100,0
Estado	35,3	58,8	5,9	100,0
Outro	16,7	33,3	50,0	100,0
Total	25,9	61,1	13,0	100,0

Quanto a conservação das vacinas, encontrou-se em 100,0% das unidades que as aplicavam o controle da temperatura da geladeira sendo realizado duas vezes por dia, estando este achado de acordo com orientações técnicas. Em apenas 1,8% das unidades não foi possível confirmar esta informação, já que não havia mapa de controle de temperatura à disposição. É interessante observar que estas constatações diferem daquelas encontradas por ARAÚJO, 1984, que numa amostra de CSs do Estado pesquisada, apenas 50% das unidades contavam com o referido mapa. Neste mesmo trabalho foi observado que 75% das unidades tinham suas geladeiras com temperatura adequada (+ 4 a 8 °C). Utilizando-se de uma escala de pontuação ( de 100 a menos de 60 pontos ), a autora classificou as unidades, concluindo que 50% delas se caracterizavam enquanto péssimas, quanto ao cumprimento de normas técnicas na conservação de vacinas.

Com referência a origem imediata das vacinas (TABELA XXXV) em 61,1% das unidades estas eram provenientes do almoxarifado do regional e em 35,2% dos almoxarifados das prefeituras. Esta informação se reveste de importância pelo fato de estar relacionada à conservação das vacinas e portanto à qualidade das mesmas. Também na distribuição deste produto (TABELA XXXVI) existem elementos que se referem à qualidade do mesmo, por motivos ligados ainda à conservação. Observa-se que em 51,8% das unidades a distribuição era realizada pelas prefeituras, e em 37,0% pelo Regional. A inversão destes índices em relação ao item anterior, revela alguma descentralização da atividade para as prefeituras, fato que esta provavelmente relacionado a questão

do poder, uma vez que as vacinas são consideradas por muitos como um instrumento de barganha política junto à população. Tal descentralização, embora positiva, pode significar acúmulo de riscos quanto a qualidade do produto, já que a transferência de vacinas para um almoxarifado intermediário (município), submete as mesmas a impactos atmosféricos em condições nem sempre adequadas a sua conservação.

**TABELA XXXV**  
**Unidades segundo a origem imediata das vacinas, RMBH, 1987.**

Vínculo institucional	Origem imediata ( % )			Total
	Almoxarifado do Regional	Almoxarifado das prefeituras	Outro	
Município	38,7	61,3	0,0	100,0
Estado	100,0	0,0	0,0	100,0
Outro	66,7	0,0	33,3	100,0
Total	61,1	35,2	3,7	100,0

**TABELA XXXVI**  
**Unidades segundo a instituição responsável pela distribuição das vacinas, RMBH, 1987.**

Vínculo institucional	Distribuição das vacinas (%)			Total
	Pelo Regional	Pela prefeitura	Outro	
Município	6,4	90,3	3,2	100,0
Estado	100,0	0,0	0,0	100,0
Outro	16,7	0,0	83,3	100,0
Total	37,0	51,8	11,1	100,0

Em resumo a situação da atividade de VE nas unidades locais, é a seguinte:

- São poucas as unidades que possuem uma coordenação técnica das atividades, fato que repercute na qualidade das tarefas desenvolvidas, incluindo as de VE.

- É grande a rotatividade dos elementos responsáveis pelo BSN nas unidades, acarretando prejuízos no desenvolvimento da atividade, principalmente no que se refere a treinamento.

- É raro que o responsável pelo BSN nas unidades, conheça a importância da distribuição espacial e efeito acumulativo dos casos, para a compreensão do comportamento epidemiológico das doenças.

- A maioria das unidades não conservava consigo qualquer registro das notificações enviadas, evidenciando visão burocrática da atividade, cuja utilidade é pouco compreendida.

- Grande parte das deficiências no desempenho da atividade de notificação, estão ligadas a treinamento e supervisão insuficientes. No geral o treinamento é informal, resumindo-se a orientações quanto ao preenchimento e envio dos boletins, quando da implantação da fonte.

- Quanto a regularidade do envio dos BSNs ao NUVE, pode-se afirmar, que esta é um pouco melhor em se tratando de unidades de vínculo municipal. O mesmo pode ser dito em relação ao envio de notificações negativas.

- As unidades municipais, em função do peso das unidades da PBH, são aquelas em que as respectivas chefias mais

acompanham a atividade de notificação de doenças e outras ações de VE, que possam eventualmente ocorrer.

- Embora as unidades estaduais apresentem grandes deficiências quanto a atividade de notificação, é mais comum a participação dessas unidades em outras (investigações, controle de contatos e bloqueios vacinais) atividades de VE, fato que pode ser atribuído a facilidades operacionais em função de pertencerem ambos à mesma instituição.

- Em termos gerais as unidades de outro vínculo institucional são aquelas que apresentam pior desempenho da atividade de notificação, ocorrendo situações em que implantada a atividade nessas unidades, as mesmas não tenham notificado uma única vez. É aqui que se concentram as maiores dificuldades de treinamento.

Numa análise da atividade de VE nos Centros de Saúde (CSs) de Salvador, encontrou-se situação semelhante quando a ausência de rotina de supervisão (SALVADOR, 1983).

Em relação a coordenação da atividade a nível local, é importante registrar que na maioria das unidades não existia a figura de um coordenador técnico, sendo essa função exercida precariamente pelas chefias. Nesse aspecto existem diferenças consideráveis entre os resultados aqui encontrados e aqueles verificados nos CSs de Salvador, onde existe a figura do sanitário encarregado dessa função (SALVADOR, 1983). A necessidade de formação específica para exercer tal coordenação,

também é sugerida numa proposta de formação de Núcleos de VE no Rio Grande do Sul, onde levanta-se a preocupação de se preparar epidemiologistas para nível local (RIO GRANDE DO SUL, 1987).

Outras semelhanças, em se tratando de aspectos negativos, podem ser localizadas quando se compara dados ainda relatados por SALVADOR, 1983. Ou seja: Os CSs de Salvador, assim como as fontes de notificação do NUVE, não participam da programação das atividades de VE, não utilizam as informações por eles produzidas, não conseguem boa integração com serviços de saúde não públicos, entre outras.

Finalizando, ainda traçando um paralelo com os achados de SALVADOR, 1983, os serviços de VE da RMBH, a nível local, também não contam com espaço físico próprio de funcionamento dentro das unidades, nem com pessoal específico para o desempenho de tarefas típicas. Aqui, assim como em Salvador, não existe a nível local a figura do auxiliar de epidemiologia, sendo as notificações feitas por auxiliares administrativos ou de saúde, conforme a disponibilidade de recursos humano e a visão mais ou menos burocrática da atividade.

#### 4.3. Comentários

Desde sua origem nos conceitos de isolamento e quarentena nos sec. XVII e XVIII, medidas destinadas basicamente a indivíduos (ROMERO e TRONCOSO, 1981), até que se chegasse a um conceito ampliado tomando como base uma doença específica, o termo vigilância epidemiológica (VE) se mostrou impregnado de noções policialescas, contralizadoras e burocráticas, fazendo com que a atividade se organizasse em serviços especiais, distanciados da prática cotidiana dos serviços de saúde.

O modelo de VE implantado no Brasil, de inspiração preventivista e baseado na história natural das doenças, começa a ser gestado a partir de 1973, sendo definido em legislação de 1975, regulamentada em 1976 e efetivamente implantado em 1978, tornando-se hegemônio (Sabroza, 1988).

Sua implantação tem relação direta com propostas racionalizadoras no campo da saúde, que se desenvolveram a partir de meados da década de 70 (OLIVEIRA, 1989). Para o estado autoritário estava colocada a necessidade de integração do território nacional, sendo utilizado para tal fim, entre outros instrumentos, a extensão de cobertura dos serviços de saúde.

---

1 - 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. Manguinhos. 21041. Rio de Janeiro - RJ).

Assim, 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.

Aliado a isso, a epidemia de Doença Meningocócica (DM), que na primeira metade da década de 70 alcançou proporções nacionais, desempenhou papel relevante na proposição do SNVE (MENDONÇA, 1984). Afinal, em todo o país, com pequenas diferenças regionais, os serviços de saúde foram surpreendidos pela referida epidemia, já que não dispunham de informação epidemiológica capaz de antecipar esse tipo de evento.

Anteriormente, as atividades de controle de doenças foram desenvolvidas através de programas de erradicação, estruturados de maneira verticalizada. É digno de nota o fato desses programas estarem imbuídos de preocupações com a capacidade resolutiva de suas ações. Não se pode afirmar o mesmo em relação ao SNVE, cuja função de controle de doenças não necessariamente precisava ser efetiva, bastando aos governos militares a sua simulação<sup>2</sup> (Sabroza, 1989).

-----  
2 - Sabroza, P. C. Epidemiologia e serviços de saúde. 1989. Comunicação pessoal. Palestra apresentada na Escola de Saúde de Minas Gerais em 06 de agosto de 1989. (Rua Leopoldo Bulhões, 1480. Manguinhos, 21041. Rio de Janeiro - RJ).



Isso não significa que doenças que atingissem setores produtivos, ou parcelas das classes dominantes não fossem detectadas pelo sistema, com o conseqüente desencadeamento de medidas de controle. Em Minas, a epidemia da DM, tanto pelo acometimento de trabalhadores da USIMINAS (Ipatinga), quanto de setores de classe economicamente privilegiados nas cidades, não deixou de ser abordada, assim como no restante do país, embora ainda não houvesse um sistema de informação totalmente articulado.

Em Minas Gerais processo semelhante de extensão de cobertura da assistência médica a população, teve seu lugar a partir da década de 70. Com ele surgem alusões mais concretas a necessidade de se instituir um sistema de informação, principalmente no que se refere a doenças transmissíveis (MINAS GERAIS, 1976). Esse sistema deveria desempenhar função controladora e integradora dos serviços públicos de saúde disseminados pelo estado, respondendo aos seus propósitos centralizadores.

A criação do NUVE, em 1976, deve ser compreendida no bojo desses acontecimentos. Tais antecedentes revelam propósitos de ordem política que direcionaram a institucionalização do sistema, repercutindo no desempenho de suas funções específicas.

Enquanto órgão micro-regional do SVE - MG o NUVE deveria estar exercendo as funções de centralizar, analisar e transferir ao órgão regional (SES - MG) informações decorrentes de ações de VE, além de gerir, supervisionar e apoiar a execução de ações que estivessem a cargo das UVEs (BRASIL, 1977).

A proposta de existência das UVEs no SNVE tem sua origem no modelo utilizado na Campanha de Erradicação da Varíola (C.E.V). Como nessa campanha haviam sido organizadas a nível nacional, unidades responsáveis pelo estabelecimento de um sistema de notificação semanal e investigação de casos, pensava-se no aproveitamento dessa estrutura para vigilância de outras doenças (OMS, 1972). Entretanto, após comprovada a erradicação da varíola, a campanha foi extinta, com a desmobilização quase completa desse sistema (BRASIL, s.n.t.).

Em Minas Gerais, assim como na maioria dos estados, o SVE não contando com a existência das UVEs atribuiu ao NUVE outras funções como receber notificações, executar investigações epidemiológicas e ações de profilaxia e controle, além de supervisionar a atuação dos postos locais de notificação (BRASIL, 1977). As unidades locais do sistema assim como preconiza o SNVE, foi reservada apenas a função de receber e buscar informações sobre casos de doenças de notificação compulsória e notificá-las ao NUVE.

A lacuna representada pela ausência de uma estrutura intermediária entre o NUVE e as unidades locais, fez com que o primeiro sofresse um acúmulo de funções, desempenhando quase que exclusivamente as de uma UVE, com prejuízos às suas funções próprias, principalmente no que toca à análise epidemiológica.

Mesmo que se contasse com as UVEs, provavelmente não estariam resolvidos problemas ligados ao caráter centralizador do SNVE. Tentativas de descentralização de atividades de VE, como a

investigação de casos e medidas de controle, esbarraram na concepção ,segundo a qual às unidades locais cabe apenas o papel de fontes de informação do sistema. Além disso, a descentralização alcançada pelas UVEs, pela própria definição de suas funções, não ultrapassaria o nível da responsabilidade pelas ações de controle, não atingindo níveis de interpretação e análise dos fenômenos epidemiológicos.

A constatação da função limitada reservada ao nível periférico do sistema e suas consequências no desempenho inadequado das atividades de VE, não é prerrogativa do SVE - MG numa análise dos serviços de VE de Salvador chegou-se a conclusões semelhantes (SALVADOR, 1983).

Passados mais de 10 anos de sua criação, o NUVE, assim como os outros serviços de VE no país (SEMINÁRIO, 1986) limitou sua ação aos programas de controle de algumas doenças transmissíveis (DTs). As restrições enfrentadas mesmo no cumprimento desse objetivo, revelam que a atividade, apenas foi considerada prioritária ao nível do discurso.

Afastado da função de análise epidemiológica e do poder de decisão, portanto do planejamento de suas ações (SILVEIRA, s.d.) os serviços de vigilância atuaram tradicionalmente a reboque de situações emergenciais, acionadas pela pressão popular e da imprensa (SEMINÁRIO, 1986).

Uma certa aleatoriedade no quadro epidemiológicos das DTs agudas na RMBH, onde altas e baixas incidências costumam se

alternar, sem que isso possa ser atribuído à ausência ou presença de ações de de VE, dá a dimensão de tal situação.

O exame mais detalhado das fontes de notificação do NUVE, revelando entraves importantes na base do sistema, apresenta a marca das flutuações observadas no comportamento das DTs agudas. Umhas fontes ingressam e outras deixam o sistema ao sabor de prioridades monetâneas, na maioria das vezes definidas em função dos recursos disponíveis para "apagar o incêndio" da ocasião.

As primeiras necessidades concretas de se repensar o papel da epidemiologia nos serviços de saúde, surgem com a implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS) e a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, entendidas como um marco fundamental do processo de integração entre a epidemiologia e o planejamento (SEMINÁRIO, 1987).

A insuficiência, senão a inexistência de informação útil, tem limitado o uso da epidemiologia no planejamento, não determinando uma definição clara de prioridades e objetivos. 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).

1

Para a implementação da Reforma Sanitária e implantação do SUDS, é essencial que o planejamento se faça em bases mais consistentes, e que a epidemiologia forneça os meios para que isso aconteça.

Nessa perspectiva a participação da epidemiologia no planejamento não pode estar restrita aos momentos tradicionais de diagnóstico e avaliação. Torna-se necessário reorganizar o processo de trabalho na área de VE, envolvendo mais os níveis locais na execução e análise, evitando que sejam meros repassadores de dados e dedicar mais tempo das equipes de nível central para análises epidemiológicas globais (SEMINÁRIO, 1987).

Voltando ao NUVE, atribuir as limitações observadas no desempenho de suas funções, à inexistência das UVEs, ao papel restrito reservado às unidades locais, à carência de recursos materiais e humanos, entre outros, não tem o necessário poder de explicação. Melhor seria dizer que enquanto a epidemiologia em serviço for entendida apenas como atividades de VE, aprisionada dentro dos marcos do atual modelo, ainda hegemônico, tendo como função o controle centralizado de doenças específicas, que acometem uma população abstrata, ocupando um espaço também abstrato (político - administrativo), sem a preocupação com a capacidade resolutiva de suas ações, necessariamente terá que conviver com a compreensão rasteira dos eventos epidemiológicos, contribuindo pouco para os avanços na reorganização dos serviços de saúde.

## 5. CONCLUSÃO

Em Minas Gerais, assim como na maioria dos outros Estados, a estrutura montada na CEV não foi utilizada para vigilância de outras doenças.

A criação do NUVE em 1976 se dá em função da necessidade de organização de um sistema de informação, visando o controle por parte do estado da rede de serviços geograficamente ampliada. A epidemia da DM que se inicia no Estado em 1974, também impulsionou a criação do SVE - MG.

No período analisado, o NUVE oscilou entre dois tipos básicos de orientação para suas ações, ou seja: A preocupação com a melhoria da qualidade técnica no desempenho de suas funções enquanto órgão micro-regional e a execução de atividades de VE próprias do nível local.

As dificuldades encontradas nas diversas tentativas de descentralizar ações para o nível local, se devem a entraves político - burocráticos e principalmente, ao desenho centralizado do modelo de VE vigente, que ao nível local reserva apenas o papel de produtor de dados.

Enquanto o NUVE continuar realizando apenas a consolidação de casos de doenças e ações como investigações, controle de contatos e bloqueios vacinais, pequena será a sua colaboração no conhecimento das condições de saúde da população e no processo de reorganização dos serviços de saúde.

A atividade de notificação de casos a qual se restringe a vigilância a nível local, apresenta limitações que se devem em termos específicos a deficiências no treinamento e supervisão, além da falta geral de condições de funcionamento dos serviços de saúde.

O fato das unidades de vínculo municipal apresentarem desempenho um pouco melhor no desenvolvimento da tarefa de notificação, se relaciona com mudanças realizadas nos serviços de saúde da PBH a partir de 1985. Entre elas cabe destacar, a implantação do sistema de informação (incluindo doenças de notificação) e a adoção do modelo gerencial, que permite coordenação mais eficiente das atividades de saúde atribuídas ao nível local.

A epidemiologia em serviço na RMBH se resume a vigilância epidemiológica de DTs, realizada pelo NUVE. Até mesmo esse objetivo se encontra comprometido, pelo fato de limitações na rotina da atividade de imunização, não permitirem que se alcance e se mantenha as elevadas coberturas vacinais necessárias ao controle das doenças imunizáveis.

Para que o NUVE forneça elementos úteis para o planejamento das ações de saúde na RMBH, é necessário que se converta num serviço de epidemiologia capaz de realizar análises epidemiológicas globais. Os obstáculos a essa transformação não se encontram somente na sua esfera, mas também dizem respeito ao grau de atraso com que se vem promovendo a reorganização dos serviços de saúde em Minas Gerais.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARAÚJO, M. R. N. Avaliação de estado de conservação das vacinas utilizadas em saúde pública, na rede básica de serviços de saúde de Belo Horizonte, sob a jurisdição do Centro Metropolitano de Saúde. Belo Horizonte, Escola de Veterinária UFMG, 1984. 29 p. (Seminário apresentado ao Departamento de Medicina Veterinária Preventiva).
- BARATA, R. B. O que é vigilância epidemiológica? In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 1., Rio de Janeiro, 1986. 10 p. (Mimeografado).
- BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. O modelo gerencial. Belo Horizonte. s.n.t. 11 p.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Diretrizes para avaliação de sistemas de vigilância. Brasília, 1988. 21 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Guia de vigilância epidemiológica, Brasília, 1985, 9 p.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Sistema nacional de vigilância epidemiológica. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 5. s.n.t. 6 p. (Mimeografado).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Vigilância epidemiológica. Boletim Epidemiológico, Rio de Janeiro, 10(1): 1 - 8, 1978.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Vigilância epidemiológica e imunizações. Diário Oficial, Brasília, 23, 2 de fevereiro de 1977.



BRES, P. Les méthodes modernes de surveillance des maladies transmissibles. *Revue d' Epidemiologie et de Santé Publique*, 25 : 352 - 59, 1977.

CASTELLANOS, P. L. La epidemiología y la organización de servicios de salud. In: REUNIÓN CIENTÍFICA ANUAL DE EPIDEMIOLOGIA, 1. Caracas, 1987. 14 p.

COCHRAN, W. G. *Técnicas de amostragem*. Rio de Janeiro, Fundo de Cultura, 1963. 555 p.

COSTA, N. R. Desenvolvimento das políticas de saúde pública In: ----- . Lutas urbanas e controle sanitário; origens das políticas de saúde no Brasil. Petrópolis, Vozes, 1985. p. 19 - 32.

FISCHMANN, A. Vigilância. In: ROUQUAYROL, Z. M. *Epidemiologia e Saúde*. Rio de Janeiro, Medsi, 1986. p. 239.

FOSSAERT, E.; LLOPIS, A.; TIGRE, C.H. Sistemas de vigilância epidemiológica. *Revista Medicina ATM*. Porto alegre, 9 (2): 183 - 206, 1974.

GUIMARÃES, B. Sistema nacional de vigilância epidemiológica. *Ars Cvrandi*, São Paulo, 10(10): 32 - 6, 1977.<sup>1</sup>

JENICEK, M. e CLÉROUX, B. Papel de la epidemiología en la administración y la planificación de los servicios y programas de salud. In: ----- . *Epidemiología; principios, técnicas y aplicaciones*. Barcelona, Salvat, 1987. p. 377 - 86.

LANGUIR, A. D. The surveillance of communicable disease of national importance. **New England Journal of Medicine.** Boston. 268: 182 - 92, 1963.

MENDONÇA, E. F. **Doença meningocócica em Belo Horizonte em 1973 - 1987, epidemia e endemia e a distribuição da doença no espaço urbano.** Belo Horizonte, Escola de Veterinária UFMG, 1988. 240 p. (Tese, Mestrado em Medicina Veterinária Preventiva).

MENDONÇA, E. F. **Vigilância epidemiológica e política de controle de doenças transmissíveis: o caso de Minas Gerais.** Belo Horizonte, Esc. Veterinária UFMG, 1984. 27 p. (Seminário apresentado ao Departamento de Medicina Veterinária Preventiva).

MINAS GERAIS, Secretaria de Estado da Saúde. In: **PLANO MINEIRO DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL - setor saúde, 2.** Belo Horizonte, 1976. 15 p. (Mimeografado).

OLIVEIRA, J. A. Introdução: O que é "reforma sanitária"? In: -----, **Demandas populares, políticas públicas e saúde.** Petrópolis, Vozes, 1989. v. 1, p. 14 - 38.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Genebra. **O conceito de vigilância epidemiológica.** Genebra, 1969. 6 p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Genebra. **Organización de las administraciones locales e intermedias de sanidad.** Genebra, 1972. 27 p. (Informes Técnicos, 499).

- PAIVA, J. R. A saúde em Minas Gerais. In: SEMINÁRIO DE ESTUDOS ADMINISTRATIVOS, 2, Belo Horizonte, 1969. 39 p.
- RAMOS, R. O problema da avaliação. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, **8**: 305 - 14, 1974.
- RASKA, K. La surveillance nationale et internationale des maladies transmissibles. *Chronique OMS*, 20(9): 351 - 7, 1966.
- RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Estado da Saúde. Formação de núcleos de vigilância epidemiológica. *Informe Epidemiológico*, Porto Alegre, **1** : 1 - 3, 1987.
- ROMERO, A. e TRONCOSO, M. C. A vigilância epidemiológica: significado e implicações na prática da docência. *Cuadernos Médico Sociales*, **17**: 26 - 51, 1981.
- SALVADOR, Secretaria de Estado da Saúde. *Serviços de vigilância nos centros de saúde de Salvador*. Salvador, 1983. 32 p. (Estudos em Saúde, 4).
- SEMINÁRIO. A EPIDEMIOLOGIA E O PLANEJAMENTO NA UNIFICAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL. Águas de Lindóia, 1987. Relatório final. Águas de Lindóia, ABRASCO, 1987. 18 p.
- SEMINÁRIO. PERSPECTIVAS DA EPIDEMIOLOGIA FRÊNTE A REORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE, Itaparica, 1986. Relatório final. Itaparica, ABRASCO, 1986. 17 p.
- SILVA, G. C. Proposta de informatização do Núcleo de Vigilância Epidemiológica - DMS/MG. Belo Horizonte, Fac. de Medicina UFMG, 1988. 29 p. (Mimeografado).

SILVEIRA, A. C. A epidemiologia e o planejamento no sistema unificado descentralizado de saúde; Perspectiva do epidemiologista. In: SEMINÁRIO. PERSPECTIVAS DA EPIDEMIOLOGIA FRENTE A ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE. Itaparica, 1986. Itaparica, ABRASCO, 1986. 3 p. (Mimeografado).

SOBRINHO, D. F. Autoritarismo e política social; os programas de medicina simplificada no Brasil. Belo Horizonte, Fac. de Filosofia e Ciências Humanas UFMG, 1984. 226 p. (Tese, Mestrado em Ciências Políticas).

## 7. ANEXOS

### ANEXO I

#### ROTEIRO DE ENTREVISTA 1

No. da entrevista: \_\_\_\_\_ Data...../...../.....

Nome:.....Profissão.....

Ano de ingresso no setor:.....Ano de afastamento do setor:...

Período de coordenação:.....

#### QUESTÃO 1

Havia no seu período de coordenação, uma orientação específica para o NUVE/DMS, por parte da SES/MG e/ou da direção do DMS?

#### QUESTÃO 2

Que Políticas de Saúde (concepções de VE) eram predominantes no Estado na época?

Qual a sua relação com o NUVE/DMS, em termos de atribuições, funcionamento e organização?

#### QUESTÃO 3

Como se estruturava o NUVE/DMS no seu período de coordenação? Procure dar a posição de: doenças de notificação, sistema de informação, investigação de casos, ações de controle, preventivas e educativas e relação com o setor de imunização.

Quais desses aspectos foi considerado prioritário no período? Caso não tenha sido nenhum desses, indique que outros aspectos.

#### QUESTÃO 4

Como se articulava o NUVE/DMS com os demais níveis do SVE no Estado no período?

#### QUESTÃO 5

Como avalia seu período de coordenação? (aborde situação de recursos humanos, materiais e financeiros).

#### QUESTÃO 6

Conhece a atual estrutura do NUVE/DMS?

Como a avalia?

Tem propostas de alterações em suas atribuições, funcionamento e organização?

## ANEXO II

### RÓTEIRO DE ENTREVISTA 2

No. da entrevista: \_\_\_\_\_ Data .... / .... / .....

Nome: ..... Profissão: .....

Local de Trabalho Atual: .....

Local de Trabalho na época: .....

(obs. em ambos os casos acima cite cargo ocupado)

#### QUESTÃO 1

Identifique os fatores que determinaram a criação do NUVE/DMS?

Em que medida sua criação foi acompanhada pela estruturação do SVE no Estado?

#### QUESTÃO 2

Que políticas de saúde eram predominantes no Estado na época? Qual a sua relação com a estruturação do SVE no Estado e a criação do NUVE/DMS?

#### QUESTÃO 3

Que concepções predominante de VE, nortearam a estruturação de SVE no Estado e a criação do NUVE/DMS?

**QUESTÃO 4**

Quais as principais funções atribuídas na época ao NUVE/DMS?

**QUESTÃO 5**

Acompanhou o processo de implantação do NUVE/DMS? Quais as suas principais características?

**QUESTÃO 6**

Acompanhou a evolução do NUVE/DMS? Qual o período?

Houveram alterações quanto a proposta original?

Quais as principais?

**QUESTÃO 7**

Conhece a atual estrutura do NUVE/DMS?

Como a avalia?

Tem propostas de alterações quanto a atribuições organização e funcionamento?



## ANEXO III

## LISTA DE ENTREVISTADOS

Nome	Período na coordenação do NUVE	Endereço
Antônio José Meira	-	R. Do Ouro, 104/603 - Serra - BH/MG
Carlos Henrique Mudado Maletta	1976 - 1978 1986	Av. Amazonas, 266 - 160. Andar Centro - BH/MG
Elizabeth França Mendonça	1977 1986 - 1987	R. Francisco Proença, 34 Jaraguá - BH/MG
Gilvânia Westin Cozensa	1987	R. Laguna, 13/301 - Serra - BH/MG
Ignês Helena de O.P. Corrêa	1978 - 1979	R. Curitiba, 832 90. Andar - Centro BH/MG
Isabel de Oliveira Horta	-	Av. Alfredo Balena, 190/90. Andar Sta Efigênci BH/MG
José Maria Borges	-	R. Tupis, 147 70. Andar - Centro BH/MG
José Teubner Ferreira	-	R. Nunes Vieira, 435/1000 Santo Antonio BH/MG
Paulo Roberto Rey Costa	1978 - 1979	R. Heřval, 325/301 Serra - BH/MG
Waltency Roque de Sá	1981 - 1984	Av. Amazonas, 266 160. Andar - Centro - BH/MG

OBS: No período 1984 - 1985 o NUVE foi coordenado pela autora do presente trabalho.

## ANEXO IV

### LISTA DE DOCUMENTOS OFICIAIS E RELATÓRIOS INTERNOS

1. Diagnóstico epidemiológico do estado de Minas Gerais, SES-MG, 1973.
2. Participação nas atividades de vigilância epidemiológica e elaboração de um modelo de vigilância adequado ao estado de Minas Gerais, SES - MG, 1973.
3. Atuação do serviço de controle de doenças transmissíveis no CRSBH e na Superintendência de Saúde, SES -MG, 1974.
4. Estágio em vigilância epidemiológica - auto avaliação, 1974.
5. Projeto de combate a doenças transmissíveis, SES-MG, 1975.
6. Organização da vigilância epidemiológica, SES\_MG, 1975.
7. Lei no. 6.259, de 30 de outubro de 1975. Dispõe sobre a organização das ações de vigilância epidemiológica e sobre o programa de imunizações, Ministério da Saúde.
8. Características epidemiológicas de algumas doenças transmissíveis no município de Belo Horizonte, SES - MG, 1975 - 76.
9. Projeto no. 78.231, de 10 de agosto de 1976. Regulamenta a lei no. 6259, Ministério da Saúde.
10. Normas para a notificação de doenças transmissíveis of. circ./05/76, Coordenadoria de Doenças Transmissíveis, SES - MG, 1976.
11. Relatório de produtividade, NUVE/CMS, 1976.
12. Relatório de Produtividade, NUVE/CMS, 1977.

13. Boletim epidemiológico - Normas para a notificação e controle de doenças, NUVE/CMS, 1979.
14. Roteiro de trabalho do auxiliar de estatística, NUVE/CMS, 1979.
15. Roteiro do plantonista do Hospital Cícero Ferreira, NUVE/CMS, 1979.
16. Relatório de atividades, NUVE/CMS, 1980.
17. Histórico da vigilância epidemiológica em Minas Gerais, SES - MG, 1980.
18. Vigilância epidemiológica em Minas Gerais, SES - MG, 1980.
19. Reorganização do processamento estatístico, NUVE/CMS, 1981.
20. Vigilância epidemiológica na Região Metropolitana de Belo Horizonte, NUVE/CMS, 1981.
21. Relatório interno, NUVE/CMS, 1981.
22. Situação das doenças transmissíveis em Raposos, NUVE/CMS, 1981.
23. Situação das doenças transmissíveis em Rio Acima, NUVE/CMS, 1981.
24. Vigilância epidemiológica em Contagem, NUVE/CMS, 1981.
25. Notificação de doenças transmissíveis na Região Metropolitana de Belo Horizonte, NUVE/CMS, 1981.

26. Proposta da equipe técnica para organização do trabalho do NUVE e estágio, NUVE/CMS, 1981 - 82.
27. Livro de ata de reuniões gerais, NUVE/CMS, 1981-83.
28. Vigilância epidemiológica - Revisão crítica. Palestra apresentada no I CONGRESSO DA ABRASCO pelo Dr. Paulo Roberto Rey Costa, 1983.
29. Boletim informativo anual, NUVE/CMS, 1984.
30. As vacinas de rotina realizadas na Região Metropolitana de Belo Horizonte, GNT/CMS, 1984.
31. Doenças notificáveis, NUVE/CMS, 1984.
32. Boletim informativo, NUVE/CMS, 1985.
33. Atividades desenvolvidas pelo Núcleo de Vigilância epidemiológica, NUVE/CMS, 1985.
34. Proposta para melhorar o desenvolvimento da atividade de vacinação pelos centros de saúde e controle das doenças imunizáveis na Região Metropolitana de Belo Horizonte, NUVE - GNT/CMS, 1985.
35. Controle de doenças transmissíveis na Região Metropolitana de Belo Horizonte por intensificação vacinal, NUVE - GNT/CMS, 1985.
36. Incrementação da rotina vacinal, ampliação e extensão da atividade vacinal - Roteiro para discussão, NUVE - GNT/CMS, 1985.

37. Vigilância epidemiológica - Descentralização da atividade, NUVE/CMS, 1985.
38. Proposta de treinamento para descentralização da vigilância para os municípios de Betim, Contagem, Ibirité e Sabará, NUVE/CMS, 1985.
39. Notificação semanal de doenças na Região Metropolitana de Belo Horizonte, NUVE/CMS, 1986.
40. Boletim de notificação semanal, SES - MG, 1986.
41. Proposta de notificação semanal de doenças transmissíveis na Região Metropolitana de Belo Horizonte, NUVE/CMS, 1986.
42. Boletim epidemiológico no. 7, NUVE/CMS, 1986.