

Avaliação da prática de vigilância epidemiológica nos serviços públicos de saúde no Brasil*

Assessment of epidemiological surveillance practice in the public health services of Brazil

Marília Sá Carvalho**, Keyla B. F. Marzocchi***

CARVALHO, M.S. & MARZOCCHI, K.B.F. Avaliação da prática de vigilância epidemiológica nos serviços públicos de saúde no Brasil. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 26: 66-74, 1992. São apresentados os resultados da avaliação de processo das atividades de vigilância epidemiológica, realizada em 1985, em 948 unidades de saúde situadas em 98 dos mais populosos municípios de cada Estado brasileiro. Foram analisados os seguintes aspectos: fluxo de informações, análise de dados e realização de investigação epidemiológica. Foram considerados potencialmente determinantes do desempenho: inserção institucional, atividades de vacinação, aspectos gerenciais e capacitação em serviço. A análise estatística baseou-se na análise de correspondência múltipla e na classificação hierárquica ascendente, disponíveis no programa "Systeme Portable Pur L' Analyse De Données - SPAD". As unidades avaliadas não apresentaram padrão uniforme de desempenho, sendo classificadas em seis grupos segundo a atuação na vigilância epidemiológica. Em 53,7% das unidades foi observado desrespeito às normas mais elementares das atividades de vigilância epidemiológica. A presença de atividades de vacinação nas unidades estava relacionada com um melhor desempenho em vigilância epidemiológica. Foi apontada a necessidade de rever o modelo de vigilância epidemiológica ainda em uso no país, pois não é mais concebível a redução da epidemiologia dos serviços de saúde às doenças transmissíveis ou o gerenciamento dos serviços e programas sem a informação epidemiológica.

Descritores: Vigilância epidemiológica. Avaliação de programas. Imunização.

Introdução

Relatos de problemas para o bom desempenho da vigilância epidemiológica vêm se repetindo ao longo de décadas. A subnotificação, a falta de recursos humanos capacitados e as dificuldades na integração entre as diversas atividades do controle de doenças são constatações presentes em variados documentos oficiais^{6, 7, 10}.

A partir da década de 80, com o objetivo de avançar na superação dos entraves verificados, foram implementadas, entre outras atividades, elaboração e/ou revisão de normas técnicas, treinamentos e supervisões^{8, 9}. Em 1983, com recursos oriundos do FINSOCIAL, foi estruturado ambicioso programa de treinamento em vigilância epidemiológica, com base em materiais instrucionais desenvolvidos pela Secretaria de Recursos Humanos do Ministério da Saúde - o "Curso de Introdução à Vigilância Epidemiológica" (CIVE) - e pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) - o "Curso Básico de Vigilância Epidemiológica" (CBVE). Dois anos após, haviam sido treinados aproximadamente três mil profissionais de nível superior com o CBVE e outros tantos com o CIVE, conforme o cadastro de egressos organizado pela Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde (SNABS) do Ministério da Saúde. Foi então proposto ao Grupo de Apoio ao Programa Ampliado de Imunizações (PAI), na ENSP, que avaliasse junto aos Estados os resultados de referido processo de capacitação de recursos humanos em vigilância epidemiológica.

No presente artigo foi analisada a prática em vigilância epidemiológica das unidades da rede

* Trabalho realizado com financiamento da Secretaria Nacional de Ações Básicas em Saúde do Ministério de Saúde. Resumo da dissertação de mestrado, subordinada ao mesmo título, apresentada por Marília Sá Carvalho à Escola Nacional de Saúde Pública, em 1990. Apresentado no 1º Congresso Brasileiro de Epidemiologia, Campinas, 1990.

** Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz - Rio de Janeiro, RJ - Brasil.

*** Departamento de Ciências Biológicas da Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ - Rio de Janeiro, RJ - Brasil.

Separatas/Reprints: M.S. Carvalho - Rua Leopoldo Bulhões, 1480/8º andar - Mangueiras - 21041 - Rio de Janeiro, RJ - Brasil.

pública de assistência à saúde do país, buscando uma melhor compreensão dos desempenhos observados. Outras atividades avaliadas, como o programa de imunizações, somente serão apresentadas quando diretamente relacionadas à vigilância epidemiológica*.

Os desdobramentos que se esperava de tão ampla avaliação, infelizmente, não ocorreram. O relatório³ encaminhado aos Estados não teve retorno. O próprio Ministério, com as transferências de técnicos e mudanças de chefias aparentemente se desinteressou. Espera-se que a divulgação dos presentes achados venha a contribuir para a melhoria do sistema de vigilância epidemiológica implantado no país.

Metodologia

São avaliadas a estrutura e o processo de ações normatizadas da vigilância epidemiológica, que são executadas, ao menos sob forma simplificada, em todo o território nacional. Foram visitados 98 municípios, sendo incluído sempre as capitais e, em seguida, os de maior população em cada Estado⁴.

Em cada município foram avaliadas as unidades de atendimento ambulatorial que contavam com médico no seu quadro de pessoal e pertencentes a alguma das seguintes instituições: Secretaria Estadual de Saúde (SES), Secretaria Municipal de Saúde (SMS) ou Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS). Acrescentou-se a essas unidades, os hospitais com maior número de leitos de pediatria em cada município selecionado, independente da instituição mantenedora. Assim sendo, deve-se observar que não é possível a generalização estatística das conclusões obtidas para os municípios não-visitados, pois a seleção destes não foi aleatória. Entretanto, a equipe que trabalhou no projeto e que discutiu os resultados descritivos apresentados no relatório da pesquisa³ não encontrou razão para acreditar que os demais municípios do mesmo porte tivessem, em geral, práticas muito diferentes em relação à vigilância epidemiológica.

As variáveis utilizadas para analisar o desempenho das unidades em vigilância epidemiológica foram selecionadas com base em experiências anteriores^{1,12,13}. As variáveis "determinantes" foram selecionadas entre os fatores geralmente aceitos como tendo influência sobre o processo, alguns ligados estritamente ao setor, outros relacionados ao funcionamento global dos serviços.

Foram as seguintes as variáveis selecionadas, em cada aspecto da prática de vigilância epidemiológica:

Fluxo de informações – fontes de informação da unidade para casos de doenças transmissíveis; envio e periodicidade de notificações e envio de notificação negativa.

Registro e Análise da Informação – existência de registro do número de casos de difteria, meningite, sarampo e febre tifóide ocorridos no período de janeiro a outubro de 1985; análise da distribuição dos casos por área geográfica, faixa etária e tempo.

Investigação Epidemiológica – disponibilidade de fichas de investigação epidemiológica de casos de poliomielite, difteria, sarampo e meningite; informação sobre surtos ocorridos.

Em relação às condições potencialmente determinantes do desempenho da unidade em vigilância epidemiológica, considerou-se:

Determinantes Específicos – presença de profissional treinado pelo CBVE; supervisões recebidas em vigilância epidemiológica; disponibilidade de normas escritas de vigilância epidemiológica das principais doenças objeto de controle; existência de boletins epidemiológicos na unidade.

Funcionamento Geral das Unidades – Instituição mantenedora; relação com a comunidade, por meio de conselhos, trabalho extra-muros e/ou órgãos de comunicação de massas; disponibilidade de dados da população e da área de abrangência da unidade; aplicação das vacinas do Programa Nacional de Imunização (PNI); existência de unidade subordinada.

Os dados foram colhidos diretamente nas unidades de saúde, com um questionário do tipo fechado. Cada tipo de instituição incluída no universo foi tratada como um extrato independente. O número de unidades locais amostradas foi definido em função do total de unidades de cada instituição, em cada município. Foram visitadas 948 unidades, sendo 328 das Secretarias Estaduais de Saúde, 300 das Secretarias Municipais de Saúde, 162 do INAMPS e 158 hospitais.

Os dados obtidos foram submetidos à Análise de Correspondência Múltipla e em seguida a uma técnica de classificação automática das unidades⁵. A análise foi feita com o auxílio do "SPAD – Systeme Portable pour l'Analyse des Données"², conjunto articulado de programas desenvolvidos especialmente para análise estatística descritiva de grandes tabelas. Foi utilizada a versão de 1985, cedida pelo Instituto de Matemática Pura e Aplicada – IMPA, para utilização no computador de grande porte do Laboratório Nacional de Computação Científica. Os símbolos de identificação de cada categoria de cada variável no gráfico da análise de correspondência estão apresentados nas Tabelas 1 e 2, e no Anexo.

* Informações adicionais poderão ser obtidas junto às autoras.

A coleta de dados realizou-se entre 11 de novembro e 13 de dezembro de 1985, em todas as unidades federadas, com exceção do Rio de Janeiro e do Distrito Federal, realizada aproximadamente um mês antes. Os entrevistadores foram recrutados entre os funcionários das próprias Secretarias Estaduais de Saúde, em geral de nível central ou regional, supervisionados diretamente por técnico especialmente designado para tal, dos quadros do Ministério ou da ENSP.

Resultados e Discussão

As Tabelas 1 e 2 resumem a distribuição das variáveis entre as 948 unidades estudadas.

A análise de correspondência apontou, em linhas gerais, uma relativa coerência no desempenho das unidades nas atividades avaliadas, conforme pode ser observado na Figura, ou seja, de maneira geral se a unidade notifica corretamente, também nas demais atividades o desempenho estará de acordo com o normatizado.

A variável "Informante" indica as fontes de informação sobre casos de doenças transmissíveis utilizadas na unidade. As quatro categorias dessa variável, distribuídas ao longo do eixo um (horizontal), desenham uma curva de desempenho que vai da

Tabela 1. Distribuição das unidades segundo variáveis de desempenho da vigilância epidemiológica - Brasil, 1985

Variável	Categorias	Símbolo*	Unidades	
			Nº	%
Informantes de Doenças Transmissíveis	Ninguém	INFN	197	20,8
	Só unidade	INFM	420	44,3
	Comunidade	INFG	132	13,9
	Outras unid/ Ignorado	INFS INFI	186 13	19,6 1,4
Envio de Notificação	Correto	NOTS	509	53,7
	Irregular	NOTM	303	32,0
	Não envia	NOTN	124	13,1
	Ignorado	NOTI	12	1,3
Análise de Dados	Presente	SANA	60	6,3
	Ausente	NANA	227	23,9
	S/registro	RANA	602	63,5
	Sem casos	FANA	63	6,6
Ficha de Investigação Epidemiológica	Ignorado	IANA	6	0,6
	Presente	SFIC	93	9,8
	Ausente	NFIC	573	60,4
	Sem casos	FFIC	258	27,2
Total de Unidades	Ignorado	IFIC	24	2,5
			948	100,0

* O significado dos símbolos encontra-se no Anexo.

pior situação, à direita no gráfico (Figura), até a melhor. Estas categorias são: nenhuma fonte de informação (INFN); apenas funcionários (médicos e enfermeiros) da própria unidade (INFM); instituições não vinculadas diretamente ao setor saúde, como escolas, creches, associações de moradores, excluindo as que recebem também de outras unidades (INFG); outras unidades de saúde (INFS).

Também a variável "Notificação" apresenta padrão semelhante, formando um gradiente entre ausência de notificação (NOTN), notificação irregular, impuntual ou sem notificação negativa (NOTM) e notificação correta (NOTS).

Entretanto, o gradiente observado entre desempenho correto e precário não é acompanhado pelas variáveis "Análise dos Dados" e "Investigação Epidemiológica", ou seja, as atividades que exigem um grau maior de elaboração, com competência técnica mais especializada, não acompanham o gradiente de desempenho do conjunto de uni-

Tabela 2. Distribuição dos dados segundo determinantes da vigilância epidemiológica

Variável	Categorias	Símbolo*	Nº	%
Instituição	Estado	SES	328	34,6
	Município	SMS	300	31,6
	INAMPS	INPS	162	17,1
	Hospital	HOSP	158	16,7
Dados Demográficos	Completos	DEMO	148	15,6
	Incompletos	DEMM	310	32,7
	Nenhum	DEMNI	489	51,6
	Ignorado	DEMI	1	0,1
Relação Comunitária	Variada	COMO	105	11,1
	Alguma	COMM	359	37,9
	Nenhuma	COMN	482	50,8
PNI	Ignorado	COMI	2	0,2
	Presente	SPNI	660	69,6
Ausente	NPNI	288	30,4	
	Egresso do CBVE	Presente	SCBV	228
Ausente		NCBV	291	30,7
Ignorado		ICBV	429	45,3
Supervisão em Vigilância Epidemiológica	Presente	SSVE	163	17,2
	Ausente	NSVE	757	79,9
	Ignorado	ISVE	28	3,0
Normas de Vigilância	Presente	SNOR	194	20,5
	Ausente	NNOR	732	77,2
	Ignorado	INOR	22	2,3
Boletim Epidemiológico	Presente	SBOL	253	26,7
	Ausente	NBOL	686	72,4
	Ignorado	IBOL	9	0,9
Total de Unidades			948	100,0

* O significado dos símbolos encontra-se no Anexo.

dades. Em relação à análise dos dados, a ausência de registro (RANA) está relacionada ao desempenho precário. As demais categorias, entretanto, não apresentam relações, claramente estabelecidas, com as outras variáveis.

Entre os fatores determinantes, o mais importante é, sem dúvida, a definição de atribuições da unidade, condicionada essencialmente por sua instituição mantenedora.

Na Figura, a localização da categoria "Secretarias Estaduais de Saúde", relativamente mais próximo das categorias indicativas de desempenho adequado, confirma o tradicional papel das unidades da rede estadual nas atividades habituais de saúde pública. A categoria "Secretarias Municipais de Saúde" apresenta-se, em geral, em situação intermediária nos gradientes de desempenho.

O INAMPS e os Hospitais atuam na vigilância epidemiológica e imunizações de forma precária.

Entre as demais variáveis relacionadas ao funcionamento global da unidade, a que apresenta relação mais estreita com o desempenho nas atividades de vigilância epidemiológica é a existência do programa de vacinação. Aparentemente, esta

atividade tem efeito positivo sobre as atividades de vigilância epidemiológica, mesmo quando não desempenhada a contento.

O conjunto das atividades consideradas como determinantes específicos é, em geral, da responsabilidade do nível central das Secretarias Estaduais de Saúde e algumas vezes das Secretarias Municipais de Saúde; é exceção o programa de capacitação apoiado pelo Ministério da Saúde e efetuado sob coordenação do nível central de cada estado, que recebeu verbas e apoio de outras instituições^{7,10}.

Em relação à capacitação de pessoal, do conjunto de questões constantes do questionário que tinham como objetivo avaliar precisamente o papel desempenhado pelos cursos de vigilância epidemiológica promovidos pela SNABS, pouco se pode extrair. Em pouquíssimas unidades se obteve informações referentes a cursos freqüentados pelos funcionários. Em relação ao CIVE, onde a inscrição do profissional era definida pelas chefias e não apenas por interesse particular do funcionário, a desinformação foi também enorme, impossibilitando utilizar estas variáveis na análise. Em

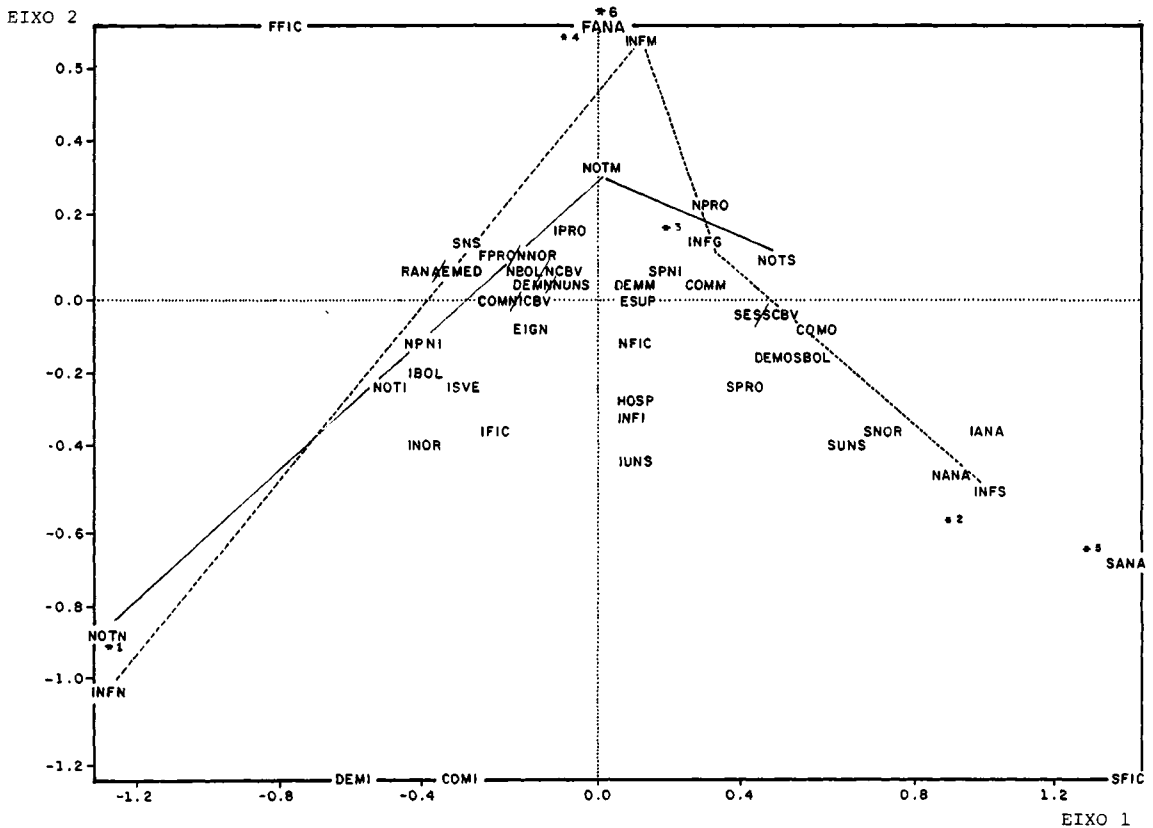


Figura. Análise de correspondência: distribuição gráfica das categorias das variáveis da avaliação. (Listagem emitida pelo "SPAD" - O significado dos símbolos encontra-se no Anexo).

Tabela 3. Percentual de unidades na classe "1", categorias que as caracterizam e percentual destas categorias no universo total na classe, Brasil, 1985.
Classe "1" - 188 unidades - 19,8% do total

Variável	Categorias Características	% no Universo	% na Classe
Informante	Nenhum informante na unidade	20,8	90,4
Notificação	Ausente	13,1	62,8
Análise de Dados	Sem registro de casos	63,5	96,8
PNI	Ausente	30,4	53,7
Ativ. Comunitária	Nenhuma	50,8	73,4
Boletim Epid.	Ausente	72,4	89,4
Normas	Ausente	77,2	88,3
Investigação Epid.	Nega existência de casos	27,2	39,3
Dados Demográficos	Ausentes	51,6	64,4
Instituição	Município	31,6	42,0
CBVE	Não dispõe de informação	45,3	55,3
Instituição	INAMPS	17,1	24,5
Supervisão	Ignorado	3,0	6,4
Normas	Ignorado	2,3	5,3

relação ao CBVE, ainda foi possível aproveitar, embora parcialmente, as informações coletadas. Para tal, as unidades foram agrupadas segundo o seguinte critério: pelo menos um egresso do curso, nenhum funcionário participante do curso; ausência de qualquer informação a respeito. Esta última categoria incluiu 45% do total das unidades, refletindo a dificuldade de obtenção da informação.

Considerando que mais de 3.000 profissionais de todos os Estados foram treinados com este material, e que em apenas 228 unidades se encontrou alguns destes, fica a pergunta: onde estariam os demais? Em parte, talvez, distribuídos pelas unidades que não souberam informar, e possivelmente exercendo atividades que pouca ou nenhuma relação têm com o conteúdo dos cursos avaliados. Outra parcela, provavelmente, exerce funções em outros locais não visitados, incluindo o nível central e regional. Além disso, a própria rotatividade dos profissionais, ocasionada pelas precárias condições de trabalho, gera uma situação em que o profissional indicado por determinada unidade para o curso muda seu local de trabalho e passa a exercer outras funções, pouco relacionadas ao treinamento recebido.

Assim, embora a presença de egresso do CBVE tenha se correlacionado a um melhor desempenho das unidades, seu papel parece ser muito menor do que o desejado, especialmente quando se considera o volume dos recursos empregados nos treinamentos.

Tabela 4. Percentual de unidades na classe "2", categorias que as caracterizam e percentual destas categorias no universo total na classe, Brasil, 1985.
Classe "2" - 216 unidades - 22,8% do total

Variável	Categorias Características	% no Universo	% na Classe
Análise de Dados	Ausente	23,9	79,2
Informante	Outras unidades	19,6	53,2
Notificação	Correta	53,7	83,8
Investigação Epid.	Presente	9,8	28,2
Normas	Presente	20,5	39,3
Boletim Epid.	Presente	26,7	45,4
Instituição	Estado	34,6	53,2
CBVE	Presente	24,1	37,0
PNI	Presente	69,6	81,5
Supervisão	Presente	17,2	26,4
Unidade Subord.	Presente	8,9	15,7
Dados Demográficos	Presentes	15,6	23,6
Escolarid. Entrev.	Nível Superior	71,9	79,6

O processo de classificação das unidades apresenta resultados interessantes, resumidos nas Tabelas 3 a 8.

O grupo "1", (Tabela 3) com 188 unidades (19,8%), apresenta desempenho precário em relação às atividades básicas da vigilância epidemiológica, não enviando notificações, não registrando os casos de doenças ocorridos e não vacinando. Em relação aos fatores determinantes, a situação é coerente: a unidade não tem atividade comunitária alguma, desconhece sua área de abrangência ou população adstrita, não recebe boletim epidemiológico e não dispõe das normas de vigilância. É característica do grupo a falta de informação sobre presença de egresso do CBVE.

Os grupos "2" (Tabela 4) e "5" (Tabela 7), somando 280 unidades (25,6%) apresentam correto desempenho no conjunto das questões fundamentais. Ambos os grupos centralizam a notificação de outras unidades de saúde. Em relação aos fatores determinantes, também é semelhante o desempenho. A diferença entre as duas classes é a realização ou não de algum tipo de análise com os dados registrados, observado somente no grupo "5", com apenas 6,8% do total de unidades.

O grupo "6" (Tabela 8), com 52 unidades (5,5%) tem como característica mais marcante negar qualquer conhecimento de casos de diversas doenças de notificação compulsória, o que é surpreendente, considerando a alta prevalência de algumas destas doenças. Este fato, reforçado pela ausência de qualquer outra fonte de informações de casos de doenças, exceto os funcionários da própria unidade sugere que nessas unidades a notificação negativa significa apenas o cumprimento

Tabela 5. Percentual de unidades na classe "3", categorias que as caracterizam e percentual destas categorias no universo total na classe, Brasil, 1985.
Classe "3" - 107 unidades - 11,3% do total

Variável	Categorias Características	% no Universo	% na Classe
Informante	Variados	13,9	98,1
Investigação Epid.	Ausente	60,4	78,5
Instituição	Município	31,6	49,5
PNI	Presente	69,6	85,0
Ativ. Comunitária	Alguma	37,9	54,2
Análise de Dados	Sem registro	63,5	77,6
Ativ. Comunitária	Presente	11,1	20,6
Dados			
Demográficos	Parciais	32,7	43,0
Unidade Subord.	Ausente	90,3	95,3
Notificação	Correta	53,7	62,6
Boletim Epid.	Presente	26,7	33,6

Tabela 6. Percentual de unidades na classe "4", categorias que as caracterizam e percentual destas categorias no universo total na classe, Brasil, 1985.
Classe "4" - 321 unidades - 33,9% do total

Variável	Categorias Características	% no Universo	% na Classe
Informante	Somente funcionários	44,3	87,5
Análise de Dados	Sem registro	63,5	91,3
Notificação	Irregular	32,0	54,5
Boletim Epid.	Ausente	72,4	82,9
Normas	Ausentes	77,2	86,6
Investigação Epid.	Nega existência de casos	27,2	34,9
Instituição	INAMPS	17,1	23,1
Ativ. Comunitária	Nenhuma	50,8	58,3
Unidade Subord.	Ausente	90,3	94,1
Dados			
Demográficos	Nenhum	51,6	57,6
Supervisão	Ausente	79,9	84,4
CBVE	Não dispõe de informação	45,3	49,2

burocrático das normas, não refletindo a inexistência de casos das doenças.

O grupo "3" (Tabela 5), com 107 unidades (11,3%), apresenta um desempenho irregular. Por um lado, tem como fontes de informação entidades e instituições de fora da área da saúde, o que mostra uma prática de vigilância epidemiológica mais ligada à real ocorrência dos eventos na população. Mas, por outro, não faz investigação epidemiológica e não apresenta registro de casos.

Por fim, o grupo "4" (Tabela 6), com 321 uni-

Tabela 7. Percentual de unidades na classe "5", categorias que as caracterizam e percentual destas categorias no universo total na classe, Brasil, 1985.
Classe "5" - 64 unidades - 6,8% do total

Variável	Categorias Características	% no Universo	% na Classe
Análise de Dados	Presente	6,3	93,8
Investigação Epid.	Presente	9,8	35,9
Boletim Epid.	Presente	26,7	56,3
Dados			
Demográficos	Presentes	15,6	40,6
Normas	Presentes	20,5	42,2
Informante	Outras unidades	19,6	37,5
Unidade Subord.	Presente	8,9	21,9
Ativ. Comunitária	Presente	11,1	23,4
Notificação	Correta	53,7	70,3
CBVE	Presente	24,0	39,1
Instituição	Estado	34,6	50,0
Escolarid. Entrev.	Nível Superior	71,9	82,8

Tabela 8. Percentual de unidades na classe "6", categorias que as caracterizam e percentual destas categorias no universo total na classe, Brasil, 1985.
Classe "6" - 52 unidades - 5,5% do total

Variável	Categorias Características	% no Universo	% na Classe
Análise de Dados	Nega existência de casos	5,6	100,0
Investigação Epid.	Nega existência de casos	27,2	90,4
Notificação	Correta	53,7	78,8
Instituição	Estado	34,6	53,8
Informante	Somente funcionários	44,3	59,6
Dados			
Demográficos	Presentes	15,6	25,0
PNI	Presente	69,6	78,8
Supervisão	Ignorado	3,0	5,8

dades, representa aproximadamente um terço da amostra investigada. O desempenho deste grupo está, no essencial, em desacordo com as normas.

Não há registro de casos e a notificação é irregular, imprecisa e sem notificação negativa. São unidades que não têm qualquer atividade comunitária e desconhecem os dados demográficos de sua área.

Em síntese, frente ao quadro descrito, pode-se afirmar que mais da metade das unidades, constituída pelos grupos "1" e "4", têm desempenho precário em questões consideradas básicas das normas de vigilância epidemiológica. Menos de um terço, os grupos "2" e "5" apresentam desempenho bom, ficando o restante em situação

intermediária. Além disso, como era esperado, fica evidente a relação dos fatores determinantes selecionados com a prática de vigilância epidemiológica.

Comentários Finais

Nestes quase 5 anos decorridos desde a visita às unidades, durante o trabalho de campo da pesquisa, diversas mudanças importantes ocorreram na estrutura da prestação de serviços de saúde no país. A partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde, com a organização dos Sistemas Unificados Descentralizados de Saúde (SUDS), algumas alterações importantes se fizeram sentir. Entre estas, talvez a mais perceptível em nível dos serviços de vigilância epidemiológica, tenha sido a entrada dos governos municipais de forma mais intensa na área da saúde, com a criação de dezenas de unidades básicas. Este movimento, já então se fazia sentir, através da constatação de que um grande número de unidades, principalmente municipais, tinham sido criadas entre 1983 e 1985, o ano da pesquisa.

Entretanto, as transformações realizadas até aqui ainda não mudaram o funcionamento da atividade de vigilância epidemiológica. A aproximação ocorrida entre os perfis das unidades de diferentes instituições, como as Secretarias Estaduais de Saúde, as Secretarias Municipais de Saúde e o INAMPS, deveu-se principalmente à incorporação da assistência médica, durante o início da década de 80, pelas unidades originalmente voltada para a Saúde Pública. As atividades tradicionalmente exclusivas destas unidades, como a investigação epidemiológica, continuaram especialidades das Secretarias Estaduais de Saúde e de determinadas Secretarias Municipais de Saúde de perfil semelhante, além da Fundação SESP. Assim, é relevante discutir nas suas linhas básicas como se desenvolvem as atividades de vigilância epidemiológica nas maiores cidades do país.

A pergunta básica que gostaríamos de responder é: o que realmente influencia o desempenho das unidades na vigilância epidemiológica? Ou seja, se treinamento, supervisão, e as demais variáveis pesquisadas não são suficientes para responder a esta pergunta, que outros aspectos merecem atenção?

Um aspecto interessante desta avaliação foi observado na análise dos dados relativos ao PNI. Há uma relação entre a capacidade das unidades de calcular os indicadores do PNI e de analisar a distribuição das doenças sob vigilância. Um novo determinante poderia então ser definido: a integração entre as atividades de vigilância epidemiológica

e de imunizações. Esta, apesar de preconizada nos manuais e treinamentos, dificilmente é implementada.

A importância disto é óbvia: integrar a análise epidemiológica ao desenvolvimento das medidas de controle. A forma como deveria se dar esta integração pode ser sugerida pela análise das situações onde esta integração, ao menos parcialmente, ocorre. Aparentemente o desempenho no programa de imunizações fica fortalecido nos aspectos de programação, avaliação e estratégias, permitindo uma prática mais reflexiva.

Esta constatação, quando extrapolada para o âmbito da vigilância epidemiológica como um todo, levou à seguinte pergunta: qual a relação da vigilância epidemiológica com o restante das atividades dos serviços de saúde, e qual a importância desta relação no desempenho das unidades em vigilância?

A análise histórica da vigilância epidemiológica no Brasil, a partir de sua origem nos programas verticalizados de controle de alguns agravos, aponta os caminhos para esta reflexão¹¹. Exceto em documentos de intenções, as atividades da vigilância epidemiológica no país sempre tiveram caráter localizado, freqüentemente reduzindo-se à implantação de medidas de controle definidas externamente ao sistema de saúde do país. Não que tais programas fossem inoportunos. Esta certeza não é a situação da campanha de erradicação da varíola, ou da estruturação do PNI nos moldes definidos pela OPAS. Entretanto, esta atuação desvinculada de uma análise que estivesse sendo feita a partir da realidade das próprias unidades fez com que a vigilância epidemiológica sempre tivesse uma inserção diferenciada, até nas unidades tradicionalmente responsáveis pela atividade.

Os setores responsáveis pela vigilância epidemiológica nas unidades, e não estamos nos referindo aos hospitais, onde a vigilância epidemiológica, se presente, limita-se à notificação compulsória, têm, em geral, atribuições que não são discutidas, ou sequer compreendida pelos demais profissionais. Freqüentemente reportam-se somente aos níveis superiores da estrutura da rede, funcionando de forma inteiramente independente do resto e sem mecanismos de articulação.

O que faltaria, então para que esta integração de fato ocorresse? O processo de municipalização das estruturas sanitárias, ora em curso, talvez facilite esta transformação, aproximando os responsáveis pela vigilância epidemiológica da realidade municipal. Entretanto, em alguns locais onde se implantam as reformas estruturais no sistema de saúde, repete-se a dicotomia entre vigilância epidemiológica e as demais atividades dos serviços, clínicos, laboratoriais e, principalmente, gerenciais.

As recomendações do Seminário Perspectivas da Epidemiologia frente à Reorganização dos Serviços de Saúde¹⁴ apontam uma questão fundamental situando a vigilância epidemiológica como parte de um sistema de informações em saúde. Caberia à vigilância epidemiológica produzir informações que pudessem ser utilizadas pelos responsáveis pela gestão dos sistemas locais de saúde (SILOS) na programação de suas atividades. Assim, conforme diversas recomendações feitas em seminários e encontros da área, seu campo de atuação naturalmente se ampliaria, abrangendo de imediato as doenças não-transmissíveis e a monitoração de fatores de risco relacionados às nosologias mais prevalentes^{14,15}. Não é concebível a redução da epidemiologia dos serviços de saúde às doenças transmissíveis, nem o gerenciamento dos serviços e programas sem a informação epidemiológica.

Acreditamos que os resultados da presente pesquisa contribuam para a compreensão do funcionamento das atividades de vigilância epidemiológica e imunizações, tal como ainda são executadas nos serviços de saúde, colaborando no desenho de estratégias de superação dos problemas detectados e do próprio modelo de vigilância existente.

CARVALHO, M.S. & MARZOCCHI, K.B.F. [Assessment of epidemiological surveillance practice in the public health services of Brazil]. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 26: 66-74, 1992. The results of a process evaluation of the epidemiological surveillance activities in 948 health units, situated in 98 of the most populated cities of each State in the country are presented. The survey was conducted towards the end of 1985. The following aspects were analysed: information system, data analysis, epidemiological investigation. Institutional insertion, vaccination activities, management aspects and capacitation of the health worker were considered as potential determinants of performance. Data were submitted to correspondence analysis and a process of ascendent hierarchical classification, using the statistical package "Systeme Portable Pour L' Analyse de Données - SPAD". The performance pattern was not found to be homogeneous. Six different classes of epidemiological surveillance practice in the health units were observed. In 53.7% of the services visited, even the most elementary norms of activity were not complied with. The presence of vaccination activities in the health units was associated with better performance in epidemiological surveillance. The study points to the need to review the epidemiological surveillance model in use in Brazil. It is no longer acceptable to restrict the practice of epidemiology in health services to communicable diseases, now to manage programs and services without epidemiological information.

Keywords: Population surveillance. Program evaluation. Immunization.

Referências Bibliográficas

1. BORGES, M.V. *Enfermagem na vigilância epidemiológica de serviços básicos de saúde: um enfoque de participação*. Rio de Janeiro, 1980. [Dissertação de Mestrado - Escola Ana Neri de Enfermagem da UFRJ].
2. CENTRE DE STATISTIQUE ET D'INFORMATIQUE ALIQUÉES (CESIA). *Systeme portable pour l'analyse des données (SPAD)*. Paris, 1985. [Mimeografado].
3. ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA. *Avaliação do impacto da estratégia de treinamento da SNBS/MS em controle de doenças transmissíveis; relatório final*. Rio de Janeiro, 1986. [Mimeografado].
4. FUNDAÇÃO IBGE. *Anuário estatístico do Brasil: 1983*. Rio de Janeiro, 1984.
5. LEBART, L.; MORINEAU, A.; WARWICK, K.M. *Multivariate descriptive statistical analysis: correspondence analysis and related techniques for large matrices*. New York, J.Wiley, 1984. (Series in Probability and Mathematical Statistics).
6. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Comitê de Controle de Doenças Transmissíveis. *Sistema Nacional de Controle de Doenças Transmissíveis*. Brasília, 1983. [Mimeografado].
7. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Comitê Interorgânico de Controle de Doenças Transmissíveis. *Oficina de trabalho para definir o perfil do responsável pela vigilância epidemiológica dos níveis regional, local e periférico do sistema nacional de controle de doenças transmissíveis e ampliação do CBVE; relatório*. Brasília, 1984. [Mimeografado].
8. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Divisão Nacional de Epidemiologia. *Guia de vigilância epidemiológica*. 2ª ed. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1986. (Série A: Normas e Manuais Técnicos, 21).
9. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Divisão Nacional de Epidemiologia. *Manual de procedimentos de vacinação*. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1983. (Série A: Normas e Manuais Técnicos, 15).
10. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Nacional de Ações Básicas em Saúde. *Relatórios das supervisões às Secretarias de Saúde de Mato Grosso do Sul, Espírito Santo, Maranhão, Amazonas, Paraíba, Roraima, Rio Grande do Norte, Goiás e Alagoas sobre controle de doenças transmissíveis*. Brasília, 1984. [Mimeografado].
11. RODRIGUES, B. de A. *Fundamentos de administração sanitária*. 2ª ed. Brasília, 1979.
12. ROMERO, A. & VALVERDE, E. Estabelecimento de um sistema integral de vigilância epidemiológica. *Bol. Ofic. sanit. panamer.*, 78: 501-18, 1975.
13. SECRETARIA DE SAÚDE DA BAHIA. *Serviços de vigilância epidemiológica nos centros de saúde de Salvador*. Salvador, Centro de Desenvolvimento de Recursos Humanos, 1983. [Mimeografado].
14. SEMINÁRIO PERSPECTIVAS DA EPIDEMIOLOGIA FRENTE À REORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE, Rio de Janeiro, 1986. *Relatório final*. Rio de Janeiro, ABRASCO, 1986. p. 109-27.
15. SEMINÁRIO SOBRE USOS Y PERSPECTIVAS DE LA EPIDEMIOLOGIA, Buenos Aires, 1983; informe final. Washington, DC, Organización Panamericana de la Salud, 1984. (OPAS - Publicación PNSP 84-47).

Recebido para publicação em 23/5/1991

Reapresentado em 7/11/1992

Aprovado para publicação em 10/2/1992

ANEXO

Variáveis, símbolos utilizados e descrição das categorias

Variáveis	Símbolos	Explicação de cada categoria
Informações de doenças transmissíveis	INFN	nenhum profissional da unidade informa casos de doenças transmissíveis
	INFM	apenas profissionais da unidade informam casos de doenças transmissíveis
	INFO	informações de doenças transmissíveis colhidas em instituições comunitárias
	INFS	informações recolhidas em outras unidades de saúde
	INFI	Ignorado
Envio de Notificação	NOTS	notifica de acordo com as normas
	NOTM	notifica irregularmente
	NOTN	não envia notificação
	NOTI	ignorado
Análise de dados	SANA	análise mínima de dados realizada (pessoa, tempo, lugar)
	NANA	nenhuma análise de dados
	RANA	não há registro na unidade
	FANA	não houveram casos de doenças transmissíveis no período pesquisado
Ficha de investigação epidemiológica	IANA	Ignorado
	SFIC	na ficha de investigação epidemiológica
	NFIC	não há ficha de investigação epidemiológica
	FFIC	não houveram casos de doenças transmissíveis no período pesquisado
Instituição mantenedora	IFIC	ignorado
	SES	Secretaria Estadual de Saúde
	SMS	Secretaria Municipal de Saúde
	INPS	INAMPS
Existência de dados demográficos	HOSP	unidade hospitalar, independente da instituição mantenedora
	DEMO	dados demográficos com distribuição por sexo e faixas etárias
	DEMM	dados demográficos incompletos
	DEMN	ausência de dados demográficos
Existência de relação com a comunidade	DEMI	ignorado
	COMO	diversas formas de relação comunitária (reuniões, jornais, palestras)
	COMM	pelo menos um tipo de trabalho comunitário
	COMN	nenhum trabalho comunitário
Vacinação	COMI	ignorado
	SPNI	aplica as vacinas do PNI
Presença de egresso do CBVE	NPNI	não aplica as vacinas do PNI
	SCBV	pelo menos um egresso de Curso Básico de Vigilância Epidemiológica/MS
	NCBV	nenhum egresso do CBVE na unidade
Supervisão em vigilância epidemiológica	ICBV	ignorado
	SSVE	recebeu visita de supervisão abrangendo vigilância epidemiológica
	NSVE	não recebeu supervisão abrangendo vigilância epidemiológica
Dispõe de normas escritas	ISVE	ignorado
	SNOR	dispõe de normas escritas de vigilância epidemiológica
	NNOR	não dispõe de normas escritas de vigilância epidemiológica
Recebe boletim epidemiológico	INOR	ignorado
	SBOL	recebeu boletim epidemiológico
	NBOL	não recebeu boletim epidemiológico
	IBOL	ignorado