

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

“Avaliação de implementação da Vigilância Epidemiológica no município de Itaboraí no estado do Rio de Janeiro”

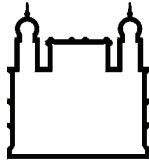
por

Madrilâne de Carvalho Costa

*Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre
Modalidade Profissional em Saúde Pública.*

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Marly Marques da Cruz

Rio de Janeiro, julho de 2013.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Esta dissertação, intitulada

“Avaliação de implementação da Vigilância Epidemiológica no município de Itaboraí no estado do Rio de Janeiro”

apresentada por

Madrilâne de Carvalho Costa

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Ana Cristina Gonçalves Vaz dos Reis

Prof.^a Dr.^a Rosely Magalhães de Oliveira

Prof.^a Dr.^a Marly Marques da Cruz – Orientadora

Catálogo na fonte
Centro de Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

C837 Costa, Madrilâne de Carvalho.

Avaliação de implementação da vigilância epidemiológica do município de Itaboraí no estado do Rio de Janeiro / Madrilâne de Carvalho Costa. Rio de Janeiro: --, 2013.

150 f. :ilust.; mapas; tab., graf.

Orientadora: Cruz, Marly Marques da.

Dissertação (Mestrado Profissional) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca.

1. Avaliação de Programas e Projetos de Saúde.
2. Implementação. 3. Vigilância Epidemiológica. I. Título.

CDD - 22.ed. –363.1098153

DEDICATÓRIA

Dedico esta dissertação à minha amada mãe, Nádía Maria, que com seu carinho e suas atitudes soube imprimir em mim a sua dignidade, a sua bondade, a sua fé e a sua esperança no outro.

AGRADECIMENTOS

Ao meu Deus, que é Pai, e que me sustentou nesta difícil jornada. Atendeu todas as minhas súplicas e me mostrou o caminho nas horas de desespero.

À minha mãe, que faleceu no curso deste mestrado e que, apesar de todas as dores e sofrimentos, nunca deixou de me apoiar. Com certeza está feliz por minha vitória e continua me abençoando ao lado de Deus.

Ao meu querido companheiro Luiz, de sua boca nunca ouvi uma palavra de reclamação, apesar dos diversos momentos de afastamento. Obrigada pelo apoio incondicional e por acreditar nos meus sonhos.

Ao meu primo Antônio, pelo seu cuidado com minha mãe e minha casa enquanto permanecia por horas a fio digitando. Seria muito mais difícil sem a sua amizade.

A Dra. Marly Marques da Cruz, querida orientadora. Agradeço pela paciência e por partilhar a sua paixão e seus conhecimentos comigo de forma tão delicada.

Aos professores do mestrado profissional por reacenderem em mim a paixão pela saúde pública e pela luta no campo da vigilância epidemiológica.

Aos colegas do mestrado profissional que foram companheiros desta dura, mas gratificante caminhada. Agradeço, especialmente, aos novos e sinceros amigos Ana, Carlos e Lúcia pelo apoio e paciência.

Aos funcionários e profissionais da SMS de Itaboraí e de modo especial às técnicas da VE por toda atenção, cooperação e por acreditarem no valor desta pesquisa.

Aos colegas de trabalho, por preencherem as ausências e serem solidários e compreensivos nos momentos de necessidade.

Ao meu irmão, cunhada, familiares e amigos por compreenderem as muitas ausências e a distância que precisei viver para completar esta etapa de minha vida.

A todos que de alguma maneira contribuíram para a realização deste sonho.

EPÍGRAFE

*“De tudo ficaram três coisas:
A certeza de que estamos sempre começando...
A certeza de que precisamos continuar...
A certeza de que seremos interrompidos antes de terminar...”*

Portanto, devemos:

*Fazer da interrupção, um caminho novo...
Da queda, um passo de dança...
Do medo, uma escada...
Do sonho, uma ponte...
Da procura, um encontro.”*

Fernando Sabino

RESUMO

Costa, Madrilâne de Carvalho. *Avaliação de implementação da vigilância epidemiológica do município de Itaboraí no Estado do Rio de Janeiro*. Dissertação Mestrado Profissional – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – Rio de Janeiro, 2013.

A instalação do Complexo Petroquímico (COMPERJ), em Itaboraí, tende a provocar em curto espaço de tempo severos problemas ambientais e sociais. De suma importância caracterizar as atividades da vigilância epidemiológica municipal, apontar seus pontos fortes e frágeis de forma a contribuir para a melhoria da qualidade de suas ações diante das transformações sociais e epidemiológicas que já vêm se dando no território. **OBJETIVO:** Avaliar a implementação da vigilância epidemiológica no município de Itaboraí, considerando os contextos externo e político-organizacional. **METODOLOGIA:** A avaliação foi conduzida por meio de estudo de caso único com nível de análise no núcleo central municipal. A descrição da intervenção foi realizada a partir da construção de um modelo lógico (ML), que permitiu apresentar a racionalidade existente entre os componentes da intervenção: insumos, atividades, produtos, resultados e impacto. A partir do ML da intervenção, foi desenvolvido o modelo teórico da avaliação e as matrizes de informação, de análise e julgamento, com as dimensões e subdimensões, além dos indicadores, critérios e as pontuações, que objetivaram o estabelecimento dos parâmetros para avaliação. A abordagem metodológica adotada é a da pesquisa avaliativa, de caráter normativo e formativo, utilizando métodos qualitativos e quantitativos. Os dados foram coletados de várias fontes o que permitiu aumentar a confiabilidade dos resultados. Os dados secundários foram obtidos de diversos bancos de dados de acesso público, de documentos da Secretaria Municipal de Saúde e de diários oficiais do município. A coleta de dados primários foi realizada por meio de entrevistas semi-estruturadas aplicadas ao secretário municipal de saúde, à coordenadora e aos técnicos do núcleo central. Para complemento dos dados, foi realizada análise observacional do local de trabalho. Para definir o grau de implementação foi utilizada a matriz de análise e julgamento onde foram pontuadas as subdimensões escolhidas para esta pesquisa. A conformidade foi escolhida como a principal dimensão desta análise. Foi focada nos componentes “insumos” e “atividades” e abordada aqui sob três subdimensões: *disponibilidade*, *oportunidade* e *qualidade técnico-científica*. Os parâmetros aplicados para avaliar o grau de implementação foram definidos por meio de tercis: implementação crítica para valores entre 0 e 39,9%; implementação insatisfatória se entre 50 e 79,9% e, implantada quando acima de 80%. **RESULTADOS:** Foi possível constatar que a vigilância epidemiológica encontra-se com implementação insatisfatória. Todas as subdimensões apresentaram grau de implementação insatisfatório. A subdimensão *disponibilidade* apresentou escores de 68%, a subdimensão *oportunidade*, 33,3% e a subdimensão *qualidade técnico-científica*, 35%. As dificuldades relacionadas ao contexto político-institucional estão contribuindo para que o serviço não seja implementado de forma plena. **RECOMENDAÇÕES:** Recomenda-se investimentos emergenciais para ampliação da equipe e da estrutura no nível central. Investimentos em médio prazo em projeto de descentralização para unidades centrais nos distritos e em capacitação de profissionais da estratégia de saúde da família para incorporação das práticas de VE. São necessários, ainda, movimentos de organização interna do referido núcleo e movimentos de integração com as demais vigilâncias, com maior participação no Conselho Municipal de Saúde e nas instâncias de planejamento da Secretaria Municipal de Saúde.

Palavras-chave: Avaliação de Programas e Projetos de Saúde. Avaliação de implementação. Vigilância Epidemiológica Municipal.

ABSTRACT

The installation of the Petrochemical Complex (COMPERJ) in Itaboraí can cause in a short period of time environmental and social problems. This evaluation study to characterize the actual activities of the epidemiological surveillance municipal point their strengths and weaknesses, wants to contribute to improving the quality of their actions on the epidemiological and social transformations that have been taking place in the territory. **OBJECTIVE:** To evaluate the implementation of epidemiological surveillance in Itaboraí, considering the external contexts and political-organizational. **METHODS:** The evaluation was conducted using a single case study-level analysis in the core city. The description of the intervention was carried out from the construction of a logical model (ML), which allowed to present the rationale between the intervention components: inputs, activities, outputs, outcomes and impact. From the ML intervention was developed theoretical model evaluation and matrix of information, analysis and judgment, with dimensions and sub-dimensions, the indicators, criteria and scores, which aimed to establish the parameters for evaluation. The methodological approach adopted is that of evaluative and normative and formative, using qualitative and quantitative methods. Data were collected from several sources which allowed to increase the reliability of the results. Secondary data were obtained from several databases of public access to documents, from municipal health secretariat and gazettes of the municipality. The primary data collection was conducted through semi-structured interviews applied to the municipal health secretary, coordinator and technical core. To complement the data was analyzed observational work local. To define the degree of implementation was used matrix of analysis and judgment which were punctuated the subdimensions chosen for this research. Compliance was chosen as the main dimension of this analysis. Was focused on components "inputs" and "activities" and discussed here under three sub-dimensions: availability, accessibility, and technical and scientific quality. The parameters used to assess the degree of implementation were defined by tertiles: implementation review for values between 0 and 39.9%, poor implementation is between 50 and 79, 9%, and when deployed above 80%. **RESULTS:** It was found that the epidemiological surveillance meets poor implementation. All subdimensions showed unsatisfactory level of implementation. The subscale scores showed availability of 68%, the opportunity subscale, 33.3% and subdimension technical and scientific quality, 35%. The difficulties related to the political and institutional context are contributing to the service is not implemented in full. **RECOMMENDATIONS:** It is recommended investments to expand emergency team and structure at the central level. Medium-term investments in decentralization project for central units in the districts and professional training of family health strategy for incorporation of epidemiological surveillance practices. Are needed also movements of internal organization said core movements and integration with other surveillance, with greater participation in local health councils and in the planning of local health department.

Keywords: Evaluation of Programs and Projects Health. Evaluation of implementation. Municipal Epidemiological Surveillance.

SUMÁRIO

Lista de ilustrações.....	11
Lista de abreviaturas.....	13
Apresentação.....	16
1. INTRODUÇÃO.....	17
2. MARCO TEÓRICO-CONCEITUAL.....	21
2.1. Vigilância Epidemiológica no Brasil.....	21
2.2. A avaliação de implementação da Vigilância Epidemiológica.....	25
3. OBJETIVOS.....	31
3.1. Objetivo geral.....	31
3.2. Objetivos específicos.....	31
4. MODELO TEÓRICO DA AVALIAÇÃO.....	31
4.1. Tipo de avaliação.....	32
4.2. Área de estudo.....	33
4.3. Modelo lógico da Vigilância Epidemiológica de Itaboraí.....	36
4.4. Dimensões da avaliação.....	39
4.5. Análise dos contextos.....	41
4.6. Usuários e seus interesses na avaliação.....	42
4.7. Técnicas e instrumentos de coleta de dados.....	43
4.8. Matriz de análise e julgamento.....	44
4.9. Considerações éticas e divulgação dos resultados.....	46
4.10. Limitações do estudo.....	46
5. RESULTADOS.....	47
5.1. Contexto externo.....	47
5.1.1. <u>Caracterização do município e dinâmica sociodemográfica.....</u>	47
5.1.2. <u>Indicadores de Natalidade e Mortalidade.....</u>	51
5.1.3. <u>Situação epidemiológica das principais doenças de notificação compulsória do município.....</u>	53
5.1.4. <u>Investimentos municipais em saneamento básico e saúde em preparação à implantação do COMPERJ.....</u>	56

5.2. Contexto político–organizacional.....	61
5.2.1. <u>Governabilidade.....</u>	62
5.2.2. <u>Gestão da VE e Atenção básica.....</u>	72
5.2.3. <u>Qualificação dos Recursos Humanos.....</u>	73
5.3. Caracterização da VE municipal.....	74
5.4. Caracterização do grau de implementação da VE no município de Itaboraí..	77
5.4.1. <u>Componente INSUMOS.....</u>	77
5.4.2. <u>Componente ATIVIDADES.....</u>	82
5.5. Estimativa do grau de implementação da VE do município.....	94
6. DISCUSSÃO.....	95
7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	111
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	114
APÊNDICES.....	127
ANEXOS.....	150

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Mapa 1	Trajeto do Arco Rodoviário Metropolitano.....	35
Quadro 1	Modelo Lógico da Vigilância Epidemiológica.....	37
Quadro 2	Matriz de Informação componente INSUMOS.....	40
Quadro 3	Matriz de informação componente ATIVIDADES.....	40
Quadro 4	Dimensões e subdimensões do contexto.....	41
Quadro 5	Matriz de usuários da avaliação.....	42
Quadro 6	Intervalos de escores para determinação do grau de implementação.....	45
Mapa 2	Divisão político-administrativa de Itaboraí (distritos).....	48
Gráfico 1	Evolução da taxa bruta de natalidade no município de Itaboraí entre 2000 e 2010.....	51
Gráfico 2	Evolução do número de óbitos maternos e taxa de mortalidade materna no município de Itaboraí entre 2006 e 2010.....	52
Gráfico 3	Distribuição dos óbitos segundo as principais causas no município de Itaboraí no ano de 2010.....	53
Gráfico 4	Itaboraí: Evolução das taxas de incidência de AIDS, Meningites, Leptospirose e Tuberculose e de detecção da Hanseníase, de 2006 a 2011.....	54
Quadro 7	Itaboraí – Cobertura vacinal total – 2006 a 2012.....	55
Foto 1	Sítio COMPERJ / PETROBRAS.....	56
Quadro 8	Descrição de principais iniciativas no setor saúde entre janeiro e maio de 2013.....	59
Quadro 9	Rede de saúde municipal por tipo de gestão.....	63
Mapa 3	Mapa dos estabelecimentos de saúde (2010).....	64
Figura 1	Organograma da Secretaria Municipal de Saúde – 2005.....	65
Figura 2	Organograma da Secretaria Municipal de Saúde – 2010.....	66
Quadro 10	Transferências fundo a fundo, bloco Vigilância em Saúde, Localidade de Itaboraí, ano 2012.....	70
Quadro 11	Relação de gastos do exercício de 2012, a partir de recursos do bloco Vigilância em Saúde (Valores liquidados).....	71
Quadro 12	Despesas com saúde (por subfunção) – ano 2012.....	72
Quadro 13	Caracterização dos técnicos da VE do município de Itaboraí, segundo formação, especialidades, carga horária e ano de lotação no setor.....	76

Quadro 14	Matriz de análise e julgamento – INSUMOS.....	81
Quadro 15	Relação de participação em cursos das técnicas da VE nos anos de 2011 e 2012.....	85
Quadro 16	Matriz de Análise e Julgamento – ATIVIDADES.....	93
Quadro 17	Estimativa do grau de implementação da VE no município de Itaboraí.....	94

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AACS –	Associação dos Agentes Comunitários de Saúde de Itaboraí
AIDS –	Acquired Immunodeficiency Syndrome (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida)
AME –	Atendimento Médico Emergencial (estabelecimento em Itaboraí)
CAPS-AD -	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CDC –	Centros de Controle e Prevenção de Doenças
CMS –	Conselho Municipal de Saúde
CEDAE –	Companhia Estadual de Águas e Esgotos do Rio de Janeiro
CENEPI –	Centro Nacional de Epidemiologia
CEP –	Comitê de Ética em Pesquisa
CEV –	Campanha de Erradicação da Varíola
CIB –	Comissão Intergestores Bipartite
CIT –	Comissão Intergestores Tripartite
CNES –	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS –	Conselho Nacional de Saúde
COMPERJ –	Complexo Petroquímico do Rio de Janeiro
CONLESTE –	Consórcio Intermunicipal de Desenvolvimento do Leste Fluminense
COSEMS –	Conselho das Secretarias Municipais de Saúde
DATASUS –	Banco de Dados do Sistema Único de Saúde
DNC –	Doenças de Notificação Compulsória
DO –	Declaração de Óbito
DST –	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EAD –	Ensino a Distância
ENSP –	Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
EPISUS –	Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do SUS
FSESP –	Fundação Serviços de Saúde Pública
FIOCRUZ –	Fundação Osvaldo Cruz
FMS –	Fundo Municipal de Saúde
FNS –	Fundo Nacional de Saúde
FUNASA –	Fundação Nacional de Saúde
GVE –	Guia de Vigilância Epidemiológica

HMLJ –	Hospital Municipal Leal Júnior
IBGE –	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH-M –	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
INEA –	Instituto Estadual do Ambiente
LACEN-NN –	Laboratório Central Noel Nutels
METRO II –	Região Metropolitana II
MIF –	Mulher em Idade Fértil
ML –	Modelo Lógico
MPVS –	Mestrado Profissional em Vigilância em Saúde
MS –	Ministério da Saúde
NDVS –	Núcleo Descentralizado de Vigilância em Saúde
NOB –	Norma Operacional Básica
ODM –	Objetivos do Milênio
OMS –	Organização Mundial de Saúde
OPAS –	Organização Pan-Americana da Saúde
OSS –	Organização Social de Saúde
PACS –	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PETROBRAS –	Empresa Brasileira de Petróleo / Petróleo Brasileiro S/A
PAC –	Programa de Aceleração do Crescimento
PCCS –	Plano de Cargos, Carreiras e Salários
PFVPS –	Piso Fixo de Vigilância e Promoção da Saúde
PMCD –	Programa Municipal de Controle da Dengue
PNUD –	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PPI-VS –	Programação Pactuada Integrada da Área de Vigilância em Saúde
PSF –	Programa de Saúde da Família
PVVPS –	Piso Variável de Vigilância e Promoção da Saúde
RAG –	Relatório Anual de Gestão
RH –	Recursos Humanos
RIMA –	Relatório de Impacto Ambiental
RJ –	Estado do Rio de Janeiro
SAAE –	Serviço Autônomo de Água e Esgoto de Itaboraí/RJ
SAMU –	Serviço de Atendimento Médico de Urgência

SES –	Secretaria Estadual de Saúde
SESDEC –	Secretaria Estadual de Saúde e Defesa Civil
SIM –	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SINAN –	Sistema de Informações de Agravos de Notificação
SINASC –	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SI-PNI –	Sistema do Programa Nacional de Imunização
SIS –	Sistemas de Informação em Saúde
SISCEL –	Sistema de Controle de Exames Laboratoriais da Rede Nacional de Contagem de Linfócitos CD4+/CD8+ e Carga Viral
SISPACTO –	Instrumento Virtual de Pactuação de Indicadores
SMS –	Secretaria Municipal de Saúde
SNVE –	Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica
SNVS –	Sistema Nacional de Vigilância em Saúde
SRC –	Síndrome da Rubéola Congênita
ST –	Saúde do Trabalhador
SUS –	Sistema Único de Saúde
SVS –	Subsecretaria de Vigilância em Saúde
TABWIN	Tabulador de dados dos sistemas de informação do SUS
TFECD –	Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças
TFVS –	Teto Financeiro de Vigilância em Saúde
TMM –	Taxa de Mortalidade Materna
TI –	Taxa de Incidência
USF –	Unidade de Saúde da Família
UST –	Unidade de Saúde Tradicional
UPA –	Unidade de Pronto Atendimento
VAMB –	Vigilância Ambiental ou Vigilância Ambiental em Saúde
VE –	Vigilância Epidemiológica
VEE –	Vigilância Ento-epidemiológica
VIGISUS –	Projeto de Vigilância em Saúde no SUS
VS –	Vigilância em Saúde
VISA –	Vigilância Sanitária

APRESENTAÇÃO

A iniciativa de realizar esta avaliação foi decorrente de reflexões e discussões travadas durante nossa experiência em serviço enquanto sanitarista e técnica da vigilância epidemiológica de dois municípios da mesma região de Itaboraí; e também dos conhecimentos adquiridos como discente do mestrado profissional em Vigilância em Saúde / ENSP – Fiocruz. Vivenciamos, diariamente, as dificuldades e oportunidades que nascem do trabalho de investigação e geração de informação no contexto de municípios que vêm sofrendo grandes transformações em pouco espaço de tempo.

Acreditamos que o estudo avaliativo, o qual aprendemos a apreciar desde a especialização em saúde pública, seria uma ótima forma de lançar um olhar crítico sobre esta nova realidade de mudanças sócio-econômicas que se apresenta no município e, por conseguinte, como vem se apresentando o processo de implementação da vigilância epidemiológica municipal neste contexto. Com a expectativa de que, em última análise, este estudo, que quer ser participativo, contribua para a melhoria do serviço prestado à população.

Na Introdução, apresentamos o tema, as perguntas avaliativas, a justificativa e o pressuposto da pesquisa. Segue-se o capítulo do marco teórico-conceitual que, pretendendo fundamentar os eixos da dissertação, descreve, brevemente, a trajetória conceitual da vigilância epidemiológica no Brasil, a partir do processo de descentralização em direção aos municípios e apresenta os principais autores que tratam da avaliação em saúde e da avaliação de implementação em vigilância epidemiológica.

Adiante, há a explicação do modelo teórico da avaliação, com a metodologia da pesquisa e, finalmente, a apresentação dos resultados da pesquisa com a discussão e as nossas recomendações.

1. INTRODUÇÃO

No Brasil, a Campanha de Erradicação da Varíola – CEV (1966-1973) é reconhecida como o marco da institucionalização das ações de vigilância no País, apoiando a organização de unidades de vigilância na estrutura das secretarias estaduais de saúde. O modelo CEV inspirou a Fundação Serviços de Saúde Pública (FSESP) a organizar, em 1969, um sistema de notificação de doenças selecionadas e disseminação de informações a partir de um boletim epidemiológico quinzenal. Tal processo fundamentou, nos níveis nacional e estadual, as bases técnicas e operacionais das ações de controle de doenças evitáveis pela imunização (BRASIL, 2009a).

O Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE) foi regulamentado em 1975, através da Lei nº. 6.259, por recomendação da 5ª Conferência Nacional de Saúde realizada naquele mesmo ano. Com esta lei, o Ministério da Saúde ficaria incumbido de planejar ações de informação, investigação e levantamentos que seriam realizadas pelos serviços para efetuar medidas de controle, sobretudo das doenças de notificação compulsória (BRASIL, 1975). Posteriormente, na década de 80, num movimento dinâmico e histórico, a VE integra o processo de discussão da municipalização aprimorando e ampliando sua área de atuação, tanto no âmbito legal quanto na sua esfera conceitual (GOLDBAUM, 1996).

Em 1986, os Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) definiram VE como a "contínua e sistemática coleta, análise e interpretação de dados essenciais de saúde para planejar, implementar e avaliar práticas de saúde pública, intimamente integrado com a periodicidade de disseminação desses dados para aqueles que necessitam conhecê-los" (CDC, 1986).

Nesse mesmo documento afirma-se que o objetivo final da vigilância é a aplicação do seu produto na prevenção e controle das doenças. Os sistemas de vigilância incluem a capacidade funcional de coleta, análise e disseminação de informações vinculadas aos programas de saúde pública e o conhecimento produzido por esta vigilância deve contribuir para a contínua redefinição de prioridades em saúde pública.

A ampliação do conceito de Vigilância Epidemiológica no Brasil foi estabelecida na Lei nº. 8080/90, do Sistema Único de Saúde (SUS), como:

... um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle

das doenças e dos agravos à saúde das populações. (BRASIL, 1990, p. 3).

Com base nessa concepção ampliada, a VE passa a incorporar ações de observação, estudos epidemiológicos, avaliação e planejamento, relacionados à prevenção e controle das doenças transmissíveis e não-transmissíveis; além das atividades relacionadas às ações de controle, coleta de informações atualizadas, processamento, análise, interpretação, recomendações e disseminação das informações (WALDMAN, 1991).

A Vigilância Epidemiológica, segundo a última edição do Guia de Vigilância Epidemiológica (GVE) tem como propósito fornecer orientação técnica permanente para os profissionais de saúde que decidem sobre as ações de controle de doenças e agravos, bem como dos fatores que a condicionam, em uma área geográfica ou população definida. Esta também se constitui importante instrumento para o planejamento, a organização e a operacionalização dos serviços de saúde, como também para a normatização de atividades correlatas (BRASIL, 2009a).

O que se vem observando junto aos municípios da região metropolitana do Rio de Janeiro é uma realidade divergente da enunciada pelo GVE, a qual se pretende analisar com maior profundidade neste estudo. No contexto municipal, nos deparamos com uma VE frequentemente envolvida com campanhas de vacinação, com recebimento “passivo” de notificações, mobilizada com toda a sua equipe a cada epidemia de dengue e que dificilmente participa dos processos de planejamento e organização dos serviços de saúde.

Apesar de todos os avanços da VE e do movimento pungente de descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS), muitos obstáculos ainda são encontrados. Ainda persistem as dificuldades estruturais do sistema de saúde, a pouca integração das ações de VE com as ações assistenciais, e os serviços têm demonstrado um caráter meramente descritivo, restrito à coleta de dados e, por vezes, à transmissão destes dados a outros níveis (PASSOS, 2003).

Mesmo diante de todo o aparato legal e oficial, há um descompasso entre o discurso e a efetiva utilização da VE, enquanto parte integrante de um sistema na definição de ações prioritárias das políticas de saúde. Isto pode ser visto sob dois prismas. O primeiro considera a distância entre a produção de conhecimentos tanto científicos quanto tecnológicos e o que é, de fato, utilizado nos serviços de saúde. O segundo constata a carência na qualidade e quantidade de profissionais nos serviços e ao

fato de não possuírem uma infraestrutura razoável para o desempenho da VE a contento (GOLDBAUM, 1996). Somam-se a estas questões as resistências institucionais ao processo de descentralização, capacidade instalada incipiente para diagnóstico, investigação e implementação de ações de controle e limitações de recursos para o setor saúde como um todo (FUNASA, 2002a).

Deste modo, diante do novo papel que os municípios passam a exercer após a Constituição de 1988 e a criação do SUS, da descentralização das ações de saúde (BRASIL, 1990) e das dificuldades encontradas para implantação das ações de saúde no nível local (FUNASA, 2002a), torna-se necessário um momento de avaliação.

No que tange ao tema da avaliação em saúde, após algumas décadas de debate acerca da descentralização, iniciativas institucionais surgem no intuito de mensurar a qualidade das ações de vigilância epidemiológica (CARVALHO & MARZOCCHI, 1992; BRASIL, 1999, 2001; PASSOS, 2003; SILVA JÚNIOR, 2004). As pesquisas avaliativas vêm apresentando algumas vantagens por integrar as investigações acadêmicas com os serviços de saúde e evidencia os elementos que intervêm na prática das ações preconizadas e nos problemas de saúde, através da análise do contexto. (MATIDA & CAMACHO, 2004).

O propósito deste estudo consiste, para tanto, na explicitação dos componentes da VE no município de Itaboraí, a partir da construção de um modelo lógico para avaliar seu grau de implementação, analisando alguns elementos contextuais que possam estar influenciando sua operacionalização.

O município de Itaboraí faz parte da região metropolitana do Estado do Rio de Janeiro (RJ), no lado leste da Baía da Guanabara. Em 2010, contava com uma população de 218 mil habitantes com densidade demográfica de 506,5 hab/km² (IBGE, Censo 2010). O Município ainda é pobre e apresenta indicadores socioeconômicos ruins, abaixo da média do Estado. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M), com dados de 2010, foi de 0,69 – 62º no Estado e 2105º no Brasil (PNUD, 2013). Observa-se que houve evolução neste indicador, mas esta evolução ficou abaixo da média dos municípios brasileiros, especialmente no quesito educação.

A instalação do Complexo Petroquímico (COMPERJ) em Itaboraí, além de contribuir para o progresso econômico da região com a criação de diversos postos de trabalho e melhoria da infraestrutura, será um investimento de grande porte instalado em ambiente social vulnerável. Poderá provocar, em um curto prazo, problemas ambientais e sociais relacionados às consequências causadas pelo aumento da população

e de empresas vinculadas ao material produzido neste complexo. A avaliação dos diferentes riscos em potencial será necessária para as análises dos reflexos e transformações na saúde dos munícipes e no meio ambiente, disponibilizando informações que possibilitarão a estimativa dos riscos reais vinculados a exposições diversas.

Para uma compreensão mais profunda dessas transformações, faz-se necessário instrumentalizar as secretarias de saúde com todos os recursos e tecnologias possíveis para o enfrentamento dos problemas que hão de vir com a implantação do COMPERJ. Um destes instrumentos é o serviço de vigilância epidemiológica municipal. Este deve estar robusto e integrado às diversas formas de prevenção e controle de doenças e análise da situação de saúde da população.

Uma primeira etapa para o fortalecimento desta área pode ser este tipo de estudo avaliativo, visando caracterizar as suas atividades reais, apontar seus pontos fortes e frágeis, contribuindo para a melhoria da qualidade de suas ações.

Diante do exposto este estudo propõe-se a responder a algumas questões:

- 1) Qual o grau de implementação da VE no município de Itaboraí?
- 2) As ações de VE estão em conformidade com as normas preconizadas?
- 3) Que fatores facilitam ou dificultam a implementação da VE?
- 4) De que modo o contexto externo ao setor, incluindo a construção do grande complexo petroquímico da Petrobrás (COMPERJ) no município influenciará na VE?
- 5) Como o contexto político-organizacional interfere na VE?

Esta pesquisa assume como pressuposto que, apesar do vasto material regulatório e dos repasses realizados fundo a fundo entre união e municípios, a implementação da VE ainda não aconteceu de forma satisfatória no município de Itaboraí devido à manutenção de um modelo centrado nos agravos e pouca interação com a dinâmica dos contextos político-institucional e externo.

O presente estudo justifica-se:

Pela importância de se analisar os avanços e limites do processo de descentralização da VE e a necessidade de tornar factíveis os estudos avaliativos nos serviços e nos programas de saúde, especialmente no serviço de VE municipal, onde ainda são raros;

Pela possibilidade de subsidiar a tomada de decisões e a reorganização das práticas do serviço de VE, melhorando a qualidade do que é prestado à população; e

Pela possibilidade de gerar reflexões em torno do grande desafio, a ser enfrentado pelos profissionais de saúde desse município, de promover saúde para uma população já vulnerável, que agora sofre as mudanças advindas da implantação de um grande complexo industrial em seu território.

2. MARCO TEÓRICO-CONCEITUAL

2.1. Vigilância Epidemiológica no Brasil

Ao analisar a proposta de Vigilância Epidemiológica no Brasil, Waldman (1991) a caracteriza mais como um sistema de informação para apoiar a Coordenação de Programas de Controle de Doenças Infecciosas, do que um instrumento de apoio técnico dos serviços de saúde, fundamentado em conhecimento científico e tecnológico rigorosamente atualizado para apoiar a ação, como havia sido definido pelo CDC desde a década de 50.

Quanto ao processo de descentralização, a orientação atual para o desenvolvimento da VE estabelece como prioridade o fortalecimento de sistemas municipais, dotados de autonomia técnico-gerencial para focar problemas de saúde na sua área de abrangência (BRASIL, 2009a). Mas, somente a partir das Portarias nºs. 1399 e 950, do Ministério da Saúde, em 1999, a descentralização da VE foi efetivamente discutida e se definiram as atribuições das três instâncias de governo e a forma de financiamento das ações, através do Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças (TFECD) (BRASIL, 1999; BRASIL, 1999a).

O Guia de Vigilância Epidemiológica, em sua quarta edição, em 1998, veio com a finalidade de orientar os profissionais no desenvolvimento das ações de saúde pública, além de explicar as funções da VE em nível municipal (FUNASA, 1998 - Anexo 1). Traz uma longa e ousada lista de atribuições aos municípios. Neste GVE aparecem as bases para a devida descentralização da Vigilância Epidemiológica.

A aprovação da Portaria nº. 1172/2004 revoga a Portaria nº. 1399/99, e regulamenta as competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal, na área de Vigilância à Saúde; define as condições para certificação e transferência de recursos do Teto Financeiro da Vigilância da Saúde (TFVS) – novo nome do tipo de

financiamento, de “Epidemiologia e controle de doenças” para “Vigilância da saúde” (BRASIL, 2004). As atribuições dos municípios, nestas portarias, já são apresentadas de forma mais operacional e realista, incluindo como novidade o componente de “coordenação de ações de imunização” (cf. Anexo 2).

Vale destacar que o Ministério da Saúde recomenda também, na mesma época, que as ações de VE, prevenção e controle da área de epidemiologia e controle das doenças sejam incorporadas às atividades do PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde) e do PSF (Programa de Saúde da Família), cuja concepção baseia-se na promoção da saúde em direção à vigilância em saúde (BRASIL, 1999b; BRASIL, 2000). A reorientação das práticas de saúde tão discutidas quando da implantação do PSF tem sua abordagem na vigilância em saúde, como descrito acima, onde parte-se de um diagnóstico dos problemas prioritários da área adscrita, para então, decidir sobre a intervenção. Contudo, embora existam dúvidas quanto à relevância da estratégia de saúde da família, as mudanças no modelo assistencial vigente ainda não se consolidaram. A operacionalização da VE no cerne da estratégia não é compreendida pelos profissionais enquanto um ciclo de funções contínuas visando à obtenção de informações para tomada de medidas oportunas e eficazes (CERQUEIRA et al., 2003).

No intuito de apoiar e promover avanços na área de Vigilância em Saúde, fortalecendo a capacidade nacional de prever, detectar e prevenir a introdução de novas doenças ou re-emergência de outras, o Ministério da Saúde, por meio da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), particularmente do Centro Nacional de Epidemiologia (CENEPI), firmou um acordo com o Banco Mundial para fortalecer o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (SNVE) – o Projeto VIGISUS (FUNASA, 1999).

Os investimentos deste projeto, concretizado em 2004, foram destinados à aquisição de equipamentos de informática e comunicações; veículos; melhorias nos laboratórios de saúde pública; treinamento e capacitações; realização de estudos e pesquisas. Elaborado com o propósito de fortalecer os estados e municípios, tanto no que diz respeito à melhoria da estrutura dos serviços, quanto à qualidade das ações de VE desenvolvidas, transferiu não só responsabilidades para estas instâncias, como recursos financeiros, prestando assessoria técnica. O projeto visava aperfeiçoar o processamento e análise dos dados epidemiológicos transformando-os em informação (BRASIL, 2004).

O Guia de VE sofreu revisões e, em 2002, definiu ações de VE comuns a serem desenvolvidas em todos os níveis do sistema, a variar conforme complexidade dos acontecimentos. Resume as funções da VE:

- coleta de dados;
- processamento de dados coletados;
- análise e interpretação dos dados processados;
- recomendação das medidas de controle apropriadas;
- promoção das ações de controle indicadas;
- avaliação da eficácia e efetividade das medidas adotadas; e
- divulgação de informações pertinentes.

Também ressalta que o nível local não deve se restringir a apenas coletar dados e transmiti-los a outros níveis. Para institucionalizar a VE no âmbito municipal, também faz-se necessário concluir todo o ciclo das funções que se complementam. “A eficiência do SNVE depende do desenvolvimento harmônico das funções realizadas nos diferentes níveis. Quanto mais capacitada e eficiente for a instância local, mais oportunamente podem ser executadas as medidas de controle. Os dados e informações aí produzidos serão mais consistentes, possibilitando melhor compreensão do quadro sanitário estadual e nacional e, conseqüentemente, o planejamento adequado da ação governamental” (BRASIL, 2009a, p. 21).

Vale lembrar que houve um debate importante no contexto da municipalização das ações de VE sobre a ampliação do uso da epidemiologia pelos serviços de saúde (GOLDBAUM, 1996; WALDMAN, 1998). A despeito deste debate travado desde o final dos anos oitenta, sobre a utilização da epidemiologia nos serviços de saúde, Castellanos (1987) explica que este se refere especialmente à análise das condições de vida e saúde de populações distintas com o propósito de alcançar uma maior efetividade na planificação e gestão do setor saúde. A execução das ações partiria da priorização dos problemas e necessidades de saúde em territórios delimitados.

Também existiram críticas que persistem até hoje sobre as limitações da vigilância epidemiológica centrada nos agravos de notificação compulsória. A implementação do SUS também fez surgir o debate sobre a separação existente entre a Vigilância Epidemiológica e a Vigilância Sanitária. Assim, surgiram grupos que defenderam a junção da VE a VISA na Vigilância à Saúde, reunindo num único bloco as ações coletivas. Outros grupos ampliam o conceito de vigilância à saúde associando-a a modelos de saúde com base na promoção da saúde (BARATA, 1993; PAIM &

TEIXEIRA, 1992; MENDES, 1993; HAMMANN& LAGUARDIA, 2001). Carmem Teixeira et al. (1998) ressaltam que as práticas de VS diferem das ações tradicionais de VE e VISA ao apontarem para a inclusão de outros sujeitos, gerentes, técnicos e representantes de coletivos organizados no processo de trabalho coletivo de saúde, abarcando assim determinações que afetam diferentes grupos sociais em suas condições de vida e saúde.

No âmbito normativo, o MS divulgou a Portaria nº. 3252/2009 regulamentando as ações e o financiamento da chamada “Vigilância em Saúde”, considerando a necessidade de potencializar o processo de descentralização, fortalecendo Estados, Distrito Federal e Municípios no exercício do papel de gestores da Vigilância em Saúde. Esta Vigilância em Saúde teria como objetivo:

...a análise permanente da situação de saúde da população, articulando-se num conjunto de ações que se destinam a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios, garantindo a integralidade da atenção, o que inclui tanto a abordagem individual como coletiva dos problemas de saúde. (BRASIL, 2009, p. 3).

Além disso, a VS se constituiria de: ações de promoção da saúde da população, vigilância, proteção, prevenção e controle das doenças e agravos à saúde, abrangendo: vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, vigilância em saúde ambiental, vigilância em saúde do trabalhador, vigilância da situação de saúde e promoção da saúde (BRASIL, 2009). Ou seja, tal portaria mencionada foi instituída visando normatizar o entendimento da necessidade de um trabalho conjunto das diversas “vigilâncias” em cada esfera de gestão.

No ano seguinte, a Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, considerando a Portaria nº. 3252, publica a Resolução nº. 1335, em agosto de 2010. Esta aprova os parâmetros para estruturação da vigilância em saúde no âmbito do Estado do Rio de Janeiro e, diferentemente da Portaria nº. 3252, que não especifica as atribuições de cada componente, a resolução da Secretaria de Estado de Saúde (a época denominada Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil – SESDEC) descreve as ações básicas a serem realizadas pelo componente VE (SESDEC/RJ, 2010) (Anexo 3).

Sobre todos estes conceitos normativos, Silva Júnior (2013) opina que alguns documentos legais tentam oficializar teorias e visões particulares que não refletem os processos de trabalho efetivos. Acabam por determinar ações infactíveis, como “análise permanente...” ou “controlar determinantes...” O autor acredita que se deve ir além do

descrito e previsto nos documentos legais e considerar as práticas efetivas, os processos de trabalho concretos e as ações de promoção da saúde; informação e análise; e vigilância, prevenção e controle de doenças (transmissíveis e não transmissíveis) e agravos que são efetivamente realizados no SUS.

O debate em torno do conceito de **Vigilância em Saúde** continua produtivo em nossos dias, tentando dar conta do desafio de traduzir informações geradas por meio de produção científica em ações que possam efetivamente promover transformações sociais e ambientais (ARREAZA e MORAES, 2010).

Não cabe neste trabalho uma ampla discussão sobre os diversos conceitos de **Vigilância em Saúde** e como traduzi-los nos documentos normativos. Mas é importante entender que as práticas de vigilância epidemiológica também devem estar inseridas nesta discussão e até onde se sabe, no dia-a-dia dos municípios fluminenses, os debates acadêmicos estão muito distantes do serviço.

2.2. A avaliação de implementação da Vigilância Epidemiológica

A avaliação é uma atividade antiga, porém, em relação aos serviços públicos, ganha relevância após a Segunda Guerra Mundial, tendo-se intensificado e ampliado nos diversos segmentos da sociedade (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997). Os economistas foram os primeiros a desenvolverem métodos para analisar vantagens e custos dos programas públicos, porém, segundo Contandriopoulos et al. (1997), eles não foram capazes de avaliar de maneira satisfatória as intervenções dos programas sociais e de educação.

Worthen e colaboradores. (2004) acreditam que avaliação é “a determinação do valor ou mérito de um objeto de avaliação” (seja o que for que estiver sendo avaliado). Esta é “identificação”, “esclarecimento” e “aplicação de critérios defensáveis para determinar o valor ou mérito, a qualidade, a utilidade, a eficácia ou a importância do objeto avaliado”. A avaliação usa métodos de pesquisa e julgamento, para a:

- Determinação de padrões de qualidade absolutos ou relativos;
- Coleta de informações relevantes;
- Aplicação dos padrões.

Entre diferentes definições e, incorporando a evolução do conceito, trabalharemos aqui com a idéia de avaliação desenvolvida por Contandriopoulos (2006), que nos diz que *avaliação* consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor sobre uma

intervenção; empregando dispositivos que permitam fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre uma intervenção ou qualquer um de seus componentes, de modo que os diferentes atores envolvidos possam manter a posição sobre a intervenção e construir (individualmente ou coletivamente) um julgamento sobre a mesma que possa se traduzir em ações. Tal julgamento podendo ser o resultado da aplicação de critérios e normas (avaliação normativa) ou ser elaborado a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa).

Na área de saúde assiste-se, inclusive no Brasil, nos últimos anos, um nítido movimento de crescimento do tema avaliação, voltado principalmente para a realização de aferições de desempenho de políticas e programas, ainda que com características e metodologias distintas (SILVA JR, 2004). Figueiró et al. (2010) creditam tal crescimento às mudanças ocorridas na gestão do SUS, como o processo de descentralização de responsabilidades, ações e recursos, à maior complexidade do perfil epidemiológico brasileiro, à exigência cada vez maior do controle de gastos em saúde e, com mais contundência, à cobrança dos organismos financiadores externos.

A avaliação de programas de saúde é uma área já consolidada em suas várias linhas de abordagens. A utilização de indicadores de avaliação econômica, tecnológica e de qualidade da atenção em saúde (acesso, utilização, cobertura, eficácia, satisfação do usuário, objetivos, estrutura, processos, resultados, entre outros) é reconhecida e amplamente divulgada (DESLANDES, 1997). Contudo, apesar da tamanha relevância dos indicadores em qualquer avaliação nos detemos à concepção da avaliação orientada pela teoria da intervenção (MEDINA et al., 2005) para, a partir desta, se definir os indicadores e parâmetros a serem utilizados.

Neste estudo, trabalharemos com o conceito de *intervenção* descrito por Potvin (2006), como sendo

Conjunto de atividades ou serviços coordenados, organizados segundo uma sequência temporal particular, empregando recursos voltados ao alcance de um objetivo específico, em resposta a uma situação julgada problemática e que afeta a uma determinada população. (POTVIN, 2006, p. 66)

Numa primeira aproximação, poderíamos recorrer à classificação das abordagens em avaliação em saúde feita por Donabedian que, há quase quarenta anos, desenvolveu um quadro conceitual fundamental para o entendimento da avaliação de qualidade em saúde, a partir dos conceitos de *estrutura, processo e resultados* (DONABEDIAN, 1988). Tinha como base o enfoque sistêmico e preocupado em avaliar a qualidade do

cuidado médico. Hoje, reconhecem-se as limitações deste quadro conceitual quanto à abrangência da realidade.

Com a implantação do Sistema Único de Saúde, no País, começam a surgir novas responsabilidades para os três níveis de gestão, tornando necessário implementar a avaliação como estratégia para reordenar os serviços e, principalmente, para que sua aplicação instrumentalize a tomada de decisão (MENDES, 2001). Neste contexto, a avaliação da qualidade dos serviços passa a ter relevância principalmente diante das exigências de organismos internacionais e da reforma na administração pública brasileira com a Reforma do Estado (PICCIOTTO, 1997).

Na literatura da avaliação não há distinção entre implantação e implementação. As *análises* ou *avaliações de implantação* ou *implementação* são muito relevantes para a avaliação de programas de saúde porque permitem ao investigador estudar os processos relacionados à operacionalização dos mesmos (VIEIRA DA SILVA, 2005). Este tipo de avaliação consiste, por um lado, em medir a influência que pode ter a variação do grau de implantação de uma intervenção nos seus efeitos e, por outro, em apreciar a influência do ambiente, do contexto no qual a intervenção está implantada nos efeitos desta intervenção; além de ser particularmente importante quando a intervenção analisada é complexa e composta de elementos sobre os quais o contexto pode interagir de diferentes modos (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

Para Hartz & Camacho (1996), a análise da implantação se distingue das abordagens avaliativas descritivas pelo fato de permitir estabelecer como a variação no grau de implantação (avaliação da estrutura e processo) atua sobre os efeitos da intervenção e como interagem as variáveis contextuais. Para eles, quando a avaliação é contemplada nos cursos de epidemiologia, ela se restringe à análise dos impactos. Mas, é necessário que a avaliação não omita problemas metodológicos e operacionais implicados na implementação da intervenção, cujo grau de implantação é condição indispensável para a validade sobre o julgamento dos impactos.

Para Hartz et al. (1997), a importância de avaliar a implantação é indispensável para se chegar a conhecer a totalidade das intervenções, no que se relaciona à validade de seu conteúdo. A validade, para os autores, diz respeito à intensidade com a qual as atividades são realizadas e sua adequação às normas existentes, e aos fatores explicativos das defasagens observadas entre a planificação e a execução das ações. Este tipo de avaliação nos obriga a construir, *a priori*, a teoria do programa,

especificando sua “natureza” (componentes, práticas) e o contexto requerido como etapas prévias aos resultados esperados (HARTZ, 1997).

Para realizarmos uma análise da implantação devemos então: especificar *a priori* os componentes da intervenção; as práticas requeridas para a implantação da intervenção; as práticas correntes em nível das áreas envolvidas e analisar a variação na implantação em função da variação das características contextuais. (LEITHWOOD & MONTGOMERY, 1980 Apud DENIS & CHAMPAGNE, 1997).

Alves, em 2003, desenvolveu uma proposta de avaliação do grau de implantação das ações de VE em nível municipal. O estudo permitiu definir nove componentes necessários a uma implantação da VE: coleta de dados, confirmação diagnóstica, processamento de dados, controle, monitoramento, pesquisa, análise e disseminação dos dados, educação em saúde. Também foram identificadas as práticas a eles relacionadas: notificação, investigação, busca ativa, gestão dos sistemas de informação, entre outros. A autora descreve que, além do nível central, a proposta de avaliação deve incluir a atenção básica e propõe que, para explicar o grau de implantação obtido nos diversos níveis de análise, deva ser feita uma pesquisa avaliativa contemplando análise de contexto através do modelo político contingente, incluindo a observação e o levantamento documental.

Freese de Carvalho e colaboradores (2005) avaliaram a vigilância epidemiológica e as características específicas da gestão municipal em onze municípios de Pernambuco, no ano de 2003, conforme critérios geográficos, porte populacional e condição de gestão. O grau de implantação foi estimado através de entrevistas com atores-chave em três níveis de atuação da VE: nível central, unidades de saúde da família (USF) e unidades de saúde tradicionais (UST), enfatizando aspectos relativos à infraestrutura e ao processo de trabalho. Para avaliar as características da gestão foram entrevistados os onze secretários municipais de saúde. A VE apresentou-se implantada em apenas 27% dos municípios e parcialmente implantada em 46%, encontrando-se mais estruturada nos municípios de grande porte, onde, dos três níveis estudados, observou-se que o nível central apresentou mais fragilidades, e as USF, quando comparadas às UST, obtiveram melhor desempenho. Uma das conclusões é de que ainda que as competências municipais tenham assumido as ações executivas da VE, dificuldades estruturais do sistema de saúde e da própria VE nos serviços têm demonstrado um caráter meramente descritivo, restrito à coleta de dados e, por vezes, à transmissão desses dados a outros níveis.

Abreu, em 2008, realizou estudo que avaliou a implantação do Núcleo Descentralizado de Vigilância da Saúde (NDVS) da Região Metropolitana II, no Estado do Rio de Janeiro, conduzido através de estudo de caso único com múltiplos níveis de análise, utilizando as dimensões técnica e de gestão e financiamento. A dimensão técnica foi composta das subdimensões: integralidade, articulação técnica e adesão. A dimensão de gestão e financiamento foi composta pelas subdimensões: administrativa e financeira. O estudo foi desenvolvido em duas etapas. Na primeira, foi realizada avaliação do grau presumido de implantação dos NDVS do Estado através de estudo descritivo dos mesmos. Na segunda etapa foi realizada a avaliação do grau observado de implantação da NDVS Metro II. Foi possível constatar que 33% dos Núcleos apresentavam níveis críticos de implantação. Os outros 67% encontravam-se parcialmente implantados. O NDVS Metro II encontrava-se parcialmente implantado e suas maiores fragilidades estão na dimensão técnica, onde a subdimensão financiamento também apresentou baixas pontuações. As dificuldades relacionadas aos recursos financeiros contribuíram para que as ações não fossem implementadas com todas as dimensões técnicas necessárias. A autonomia técnica e gerencial foi limitada pelos entraves institucionais.

Bezerra e colaboradores (2009) avaliaram o grau de implantação da vigilância epidemiológica na Secretaria Municipal de Saúde do Recife, Pernambuco, em pesquisa realizada em 2005. A estratégia do trabalho consistiu em um estudo de caso utilizando-se uma abordagem normativa. Foi delineado o modelo lógico da vigilância epidemiológica e foram abordados três níveis de análise: nível central, 6 distritos sanitários e 62 equipes de saúde da família. O estudo revelou que a VE está parcialmente implantada no município, sendo o nível central o único em que a vigilância epidemiológica encontra-se implantada, enquanto que nos distritos sanitários e nas equipes de saúde da família está parcialmente implantada. Em que pese a descentralização das ações de vigilância epidemiológica para os municípios, os níveis do sistema municipal possuem necessidades diferenciadas para atender ao que está normatizado; entre elas, a elaboração de normas internas especificando as atribuições dos três níveis.

Girardi, em 2010, analisou a vigilância ento-epidemiológica no município de Cuiabá, Mato Grosso. A descrição da intervenção foi realizada a partir da construção de um modelo lógico, identificando os insumos, as atividades, os produtos, os resultados e o impacto. A partir do ML da intervenção, foi desenvolvido o modelo teórico da

avaliação e as matrizes de informação, de análise e julgamento, com as dimensões e subdimensões, além dos indicadores, critérios e as pontuações, que objetivaram o estabelecimento dos parâmetros para avaliação. A abordagem metodológica adotada foi a da pesquisa avaliativa, de caráter normativo e formativo, utilizando métodos qualitativos e quantitativos. Os resultados mostraram que o grau de implantação da VEE da dengue, considerando estrutura e processo, foi classificado como parcialmente implantado.

Com o intuito de desenvolver um modelo de avaliação do Programa de Controle da Tuberculose, Oliveira e colaboradores (2010) explicam que a formulação e implantação de políticas representam um processo sujeito à influência do contexto e de mecanismos intervenientes e que a construção de modelos teóricos permite que a avaliação de políticas e programas ultrapasse a visão dicotômica insumos/resultados e possibilite o esclarecimento das razões do êxito da intervenção em contextos diversos e para diferentes grupos populacionais. A proposta baseou-se em três estudos de avaliação de intervenções para o controle da tuberculose, no município de Niterói, na Amazônia Legal e na África do Sul, que utilizaram diferentes métodos e múltiplas fontes de evidência. Os principais resultados encontrados foram a falta de autonomia técnico-gerecncial, a carência de recursos humanos, financeiros e materiais e a deficiência na integração entre programas para um melhor desenvolvimento das ações de controle.

Santos e colaboradores, em 2011, realizaram pesquisa avaliativa da capacidade de gestão descentralizada da vigilância epidemiológica no Estado da Bahia. Utilizaram a abordagem quantitativa na construção de uma linha de base, com dados primários obtidos através de questionário *online* respondido por 38 gestores da VE municipal. Na abordagem qualitativa para análise de contexto e para avaliar a capacidade de gestão em dois municípios-casos utilizaram-se de técnicas adaptadas da análise das práticas discursivas. Realizaram entrevistas semiestruturadas com os gestores das secretarias estadual e municipais da saúde, trabalhadores e representantes do Conselho Municipal de Saúde. Os dados secundários foram obtidos através da análise documental. Os estudos demonstraram que o município com melhor capacidade de gestão é aquele cujo gestor tem maior potencial de operar os recursos oriundos da posição que ocupa, somada à sua capacidade de controlar, negociar e articular. Em decorrência da descentralização da VE, considerando a natureza compartilhada da gestão entre as três esferas de governo, existe uma expressiva variação na capacidade de gestão dos

municípios, determinada por desigualdades sociais, econômicas, políticas e dos mecanismos de gestão adotados.

Interessante concluir, a partir desses levantamentos que, na maior parte dos casos, a implementação da vigilância epidemiológica municipal se dá de forma insatisfatória.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo geral

Avaliar a implementação da vigilância epidemiológica no município de Itaboraí, considerando os contextos externo e político-organizacional.

3.2. Objetivos específicos

- 1) Descrever os contextos externo e político-organizacional do município de Itaboraí, identificando os limites e as possibilidades no processo de implantação da VE;
- 2) Descrever o componente Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Saúde do município de Itaboraí; e
- 3) Verificar se a estrutura e as ações de VE estão em conformidade com as normas preconizadas, estimando o grau de implementação da VE no município de Itaboraí.

4. MODELO TEÓRICO DA AVALIAÇÃO

O modelo teórico de avaliação enfoca o desenho do estudo, a abordagem e o foco da avaliação. A construção do modelo define o tipo de avaliação, o critério de seleção do município-caso, a forma de coleta e análise de dados, as limitações do estudo e a divulgação de seus resultados.

4.1. Tipo de avaliação

Para responder às perguntas que foram definidas neste estudo, optamos por realizar uma avaliação de implementação, porque acreditamos que ainda não aconteceu por completo o processo de implementação da intervenção estudada, e que os efeitos desta prática, conforme os critérios elencados por Champagne et al. (2011) não são nulos e são sensíveis às variações contextuais.

Para esta avaliação nos baseamos na tipologia de Champagne et al. (2011) que caracteriza como análise do tipo 1 aquelas que visam compreender as variações na forma de intervenção; as do tipo 1A as que procuram explicar o processo de transformação da intervenção em um determinado contexto; e as do tipo 1B, que visam explicar a diferença entre a intervenção tal como foi planejada e aquela realmente implantada (DENIS & CHAMPAGNE, 1997 e CHAMPAGNE et al., 2011).

A abordagem proposta é tanto normativa, quanto formativa. Normativa, pois considera critérios e normas previamente definidas para o programa; é formativa, pois pretende fornecer informações para o aprimoramento da VE, especialmente a partir da perspectiva da equipe.

A estratégia adotada neste estudo foi a do estudo de caso único com um único nível de análise (YIN, 1994), a saber: o nível central do componente Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de Itaboraí, município da região metropolitana do Estado do Rio de Janeiro. Este município foi escolhido por ser o mais populoso e o principal dentre os municípios que serão afetados por todas as mudanças que já estão em curso com a construção do complexo da PETROBRAS, já que acontece em sua área territorial. Consideramos este como um novo vetor de organização socioespacial, tendo implicações no trabalho das equipes das diversas vigilâncias em Itaboraí, reconhecendo o município como um território em transformação e em disputa, marcado pela atração de capital e de pessoas para a região. O ideal seria realizar o mesmo tipo de avaliação nos quatro municípios que compõem a área diretamente afetada pelo COMPERJ (Itaboraí, Cachoeiras de Macacu, Guapimirim e Tanguá); contudo, devido às limitações de tempo, indisponibilidade de recursos e pelo formato do mestrado não foi possível ampliar o número de casos neste momento.

Para Denis & Champagne (1997), o estudo de caso parece ser a estratégia de pesquisa particularmente útil para conduzir este tipo de avaliação, sendo definido como a investigação empírica de um fenômeno que pode dificilmente ser isolado ou

dissociado do seu contexto. Caracteriza-se pelo foco do estudo ser o próprio caso e onde existe a necessidade de apresentar informações em profundidade. Na perspectiva de Cruz (2006), o caso no estudo é tomado como unidade significativa de um todo, ou mesmo o fornecedor de uma fonte de explicações e, por isso, suficiente tanto para fundamentar um julgamento fidedigno quanto para tomar decisões a seu respeito ou propor uma ação transformadora.

A proposta é que seja descritivo, mas deve haver ênfase na profundidade de descrição. Geralmente usam muitos métodos de coleta de dados, mas dependem principalmente de métodos qualitativos, como observações, entrevistas e exame de documentos. O estudo de caso único, seja ele articulado em torno de um ou de vários níveis de análise, oferece um elevado potencial de validade interna. Contudo, a observação de uma única situação compromete, ou pelo menos limita a validade externa de um estudo de caso (YIN, 1994).

4.2. Área de estudo

O município de Itaboraí no Estado do RJ foi escolhido por estar sofrendo profundas transformações sócio-econômicas a partir da construção, iniciada em 2010, de um grande complexo petroquímico em sua área. Tais transformações irão proporcionar, certamente, muitos avanços econômicos e, conseqüentemente, repercussões sanitárias, novos grupos sociais, novos fluxos, novas realidades epidemiológicas.

Entre vários outros municípios que sofrerão influência deste grande empreendimento, optamos por realizar uma análise com maior profundidade em um único município, aquele que estará recebendo o maior contingente populacional e industrial. O contexto político-organizacional nessa cidade é heterogêneo e influencia, certamente, toda a estrutura e o processo de desenvolvimento de ações da Secretaria Municipal de Saúde e, mais especificamente, na área de Vigilância Epidemiológica.

Itaboraí pertence à Região Metropolitana do Estado do Rio de Janeiro, ocupando uma área de 430,3 km². Os limites municipais são: Guapimirim, Cachoeiras de Macacu, Tanguá, Maricá, São Gonçalo e Baía de Guanabara (IBGE, 2010). Entre as principais rodovias que passam pelo município, destacam-se a BR-101; BR-493; RJ-104, também conhecida como Rodovia Niterói-Manilha, que liga Itaboraí ao município de Niterói; RJ-114, que liga Itaboraí ao município de Maricá e dentro do perímetro urbano de

Itaboraí recebe outras denominações; RJ-116, que liga Itaboraí ao município de Itaperuna, passando por Nova Friburgo e Cachoeiras de Macacu. Outra via importante é a Avenida 22 de Maio, que faz parte do perímetro urbano de Itaboraí, sendo a principal via da cidade, na qual se concentra a área comercial do município. No entorno destas rodovias há grande concentração populacional, devido à facilidade de acesso a outros municípios, assim como melhor infraestrutura urbana. (PM ITABORAÍ, 2010)

Um fator que se configura, atualmente, como importante atrator populacional no município de Itaboraí foi o lançamento, em 2006, do projeto do Complexo Petroquímico da Petrobras do Rio de Janeiro (COMPERJ), que está sendo construído nos distritos de Porto das Caixas e Sambaetiba, nos limites com os municípios de Cachoeiras de Macacu e Guapimirim, em um terreno com uma área total de 45 km². (CONCREMAT/PETROBRAS, 2007).

O Relatório de Impacto Ambiental (RIMA) do COMPERJ prevê que o pólo irá gerar cerca de 200 mil empregos diretos, indiretos e efeito de renda em âmbito nacional. Além disso, evidencia que sua produção irá estimular a instalação de outras indústrias de bens de consumo na região de influência do pólo (CONCREMAT/PETROBRAS, 2007). Moyses (2010) explica que estudos da Fundação Getúlio Vargas estimam que 720 empresas irão se instalar na região até 2015 para produzirem plásticos (copos e sacos plásticos, embalagens de alimentos e de cosméticos, brinquedos, fibras para a indústria têxtil e garrafas de refrigerantes e de água, assim como componentes para as indústrias montadoras de automóveis e eletrodomésticos), a partir da transformação dos produtos petroquímicos do COMPERJ.

Portanto, o processo de instalação do COMPERJ no município de Itaboraí será acompanhado por um expressivo aumento da população, gerando aumento nas demandas por infraestrutura básica e serviços públicos essenciais, além de contribuir para o aumento de moradias em áreas precárias e insalubres nas cidades. Além disso, pode trazer impactos importantes tanto para as populações como para os ecossistemas na área de influência. O COMPERJ viabilizará e utilizará o Arco Rodoviário Metropolitano, que fará a ligação entre Itaboraí e o Porto de Itaguaí cortando ao todo oito municípios e os principais eixos rodoviários da região, conforme o Mapa 1, a seguir. Desta maneira, a área coberta pelo Arco e suas regiões vizinhas serão um importante foco de investimento no Estado do Rio de Janeiro, impulsionando o pólo petroquímico de Itaboraí numa ponta e o siderúrgico, em Itaguaí.

Mapa 1 – O COMPERJ no contexto macrorregional – integração via Arco Rodoviário metropolitano.



Fonte: RIMA – COMPERJ (CONCREMAT, 2007).

Em estudo sobre a situação de saúde no município no ano de 2010, Toledo e Sabroza (2011) descrevem que o município de Itaboraí não possui condições de saneamento adequadas, apresenta alta densidade populacional e acesso limitado aos serviços públicos, e já realizou, há vários anos, sua primeira transição epidemiológica. Mesmo havendo redução da mortalidade por doenças infecciosas, existe elevada incidência de doenças como Dengue e Tuberculose. Possui também elevadas taxas de mortalidade por causas externas. A taxa de hospitalização de 2010 (252,6/100.000 hab) é três vezes maior que a do Leste Fluminense.¹ A Vigilância Epidemiológica de Itaboraí conta com sete técnicos e, atualmente, está subordinada diretamente ao gabinete da Secretaria de Saúde, juntamente com as Vigilâncias Sanitária, Ambiental e em Saúde do Trabalhador (estas duas últimas, unidas no mesmo setor).

A VE em Itaboraí não realiza coordenação ou monitoramento das atividades de Imunização, diferente de outros municípios da região. Para estas atividades, existe setor com coordenação específica.

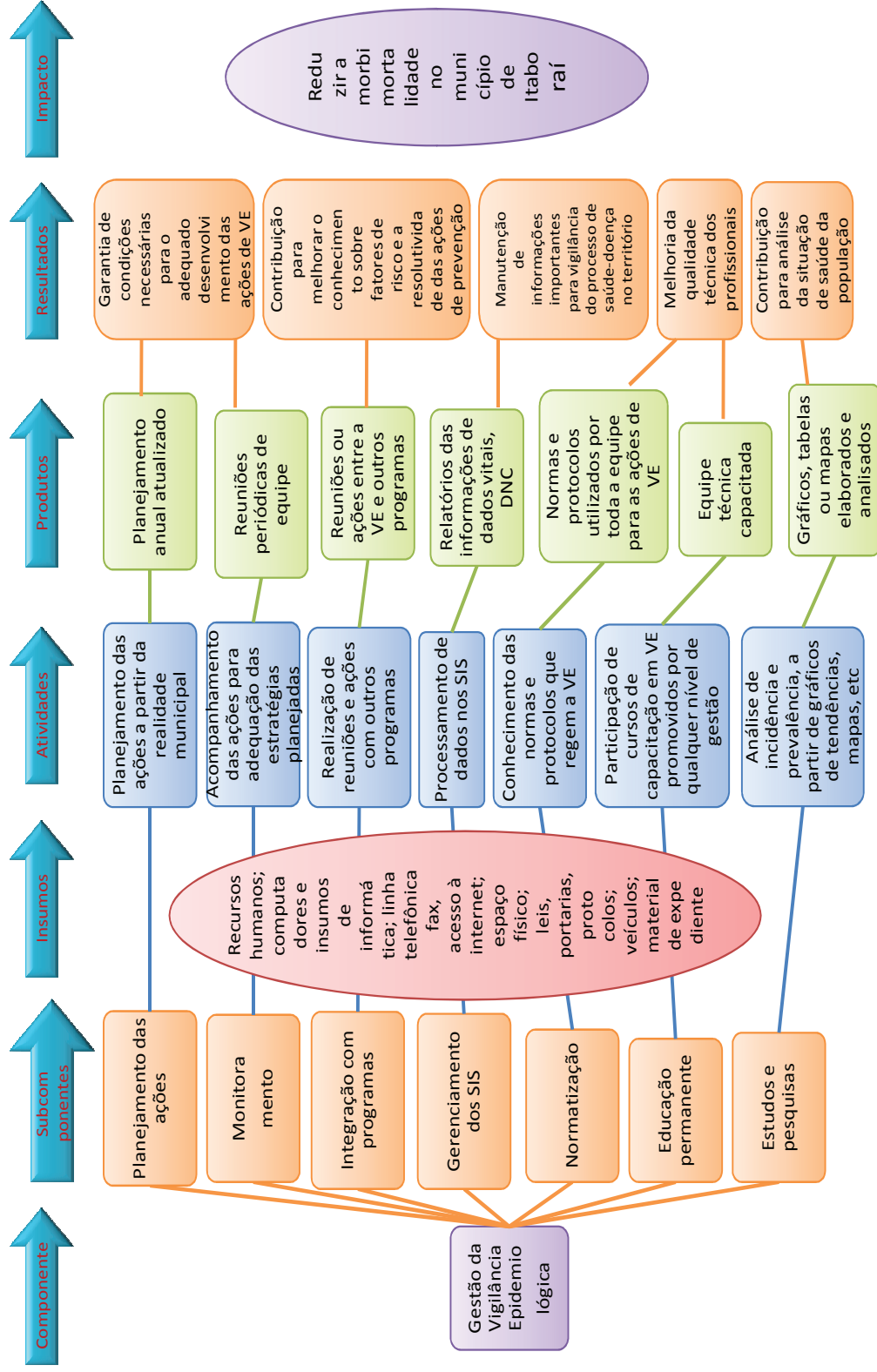
¹ Leste Fluminense – Cachoeiras de Macacu, Casimiro de Abreu, Guapimirim, Itaboraí, Magé, Maricá, Niterói, Rio Bonito, São Gonçalo, Silva Jardim, Tanguá.

4.3. Modelo Lógico da Vigilância Epidemiológica de Itaboraí

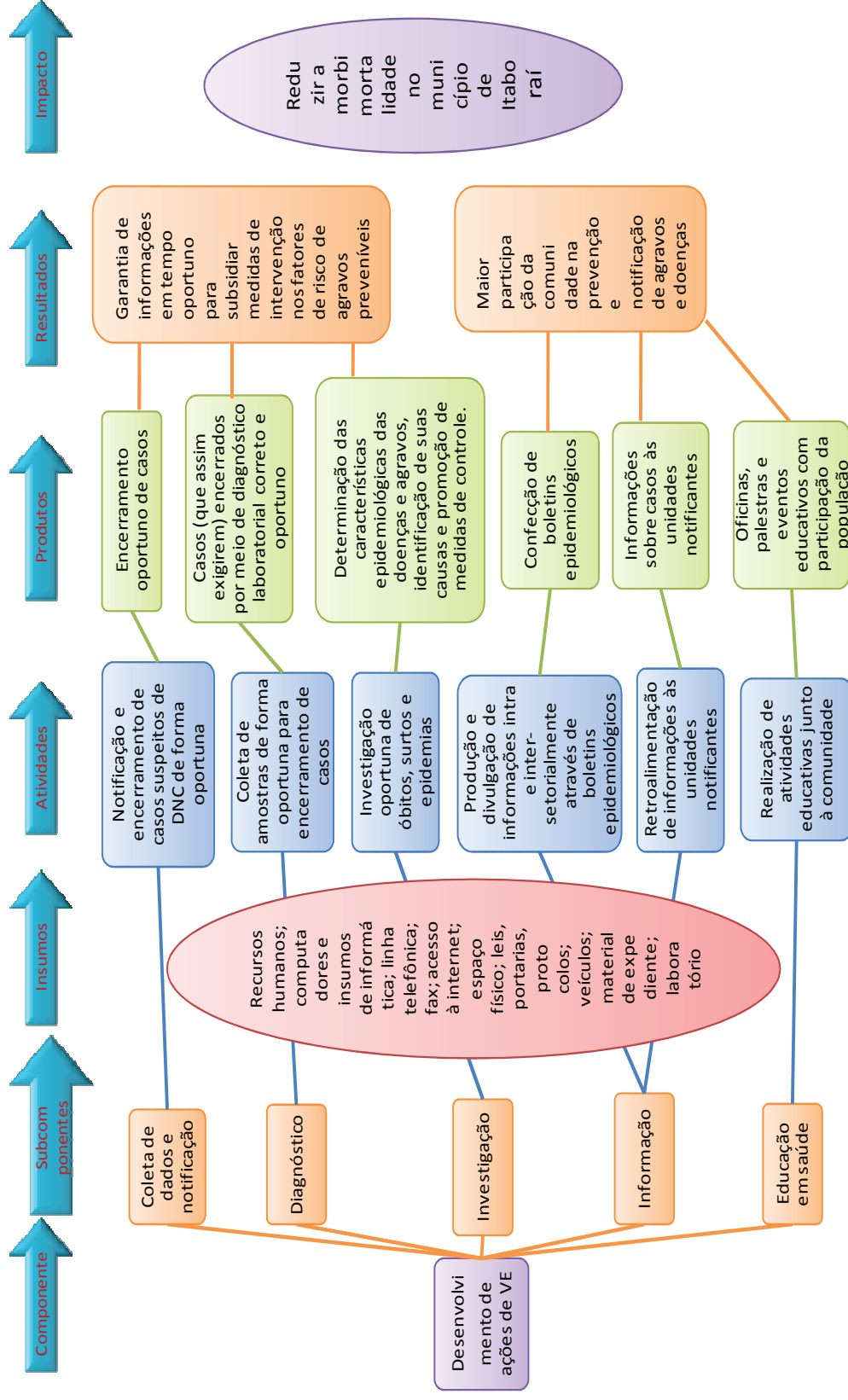
Para se avaliar um programa ou um serviço, uma das ferramentas de que se pode lançar mão, no sentido de contribuir com a construção do objeto a ser avaliado, é o desenho do modelo lógico. Construir o modelo lógico ou modelo teórico de um programa ou serviço significa detalhar os seus componentes e a forma de operacionalização dos mesmos, considerando a sequência lógica dos eventos envolvidos que possam representar os efeitos finais. É um esquema visual que mostra como um programa deve ser implementado – ou seja, a sua racionalidade – e que resultados são esperados, não significando necessariamente a realidade em si. Dá ênfase às atividades estratégicas do programa, aos insumos necessários para desenvolvê-las, aos produtos, aos resultados esperados e ao impacto almejado (MEDINA et al., 2005).

Neste estudo, a elaboração do modelo lógico foi norteadada pela necessidade de se identificar e detalhar os componentes da Vigilância Epidemiológica. Foram utilizadas informações contidas em documentos, como o Guia de Vigilância Epidemiológica, edição de 2009 (BRASIL, 2009a, Anexo 4), as normas e portarias que regulamentam as ações de VE além de informações coletadas de forma informal junto à coordenadora de VE do município. Isto permitiu identificar como componentes da Vigilância Epidemiológica a *gestão* e o *desenvolvimento das ações* e, por conseguinte, os subcomponentes, as atividades, os insumos, os produtos e os resultados esperados descritos no Quadro 1, adiante:

Quadro 1 – Modelo Lógico da Vigilância Epidemiológica de Itaboraí.



Continuação do modelo lógico da Vigilância Epidemiológica de Itaboraí.



4.4. Dimensões da avaliação

Nesta pesquisa, a avaliação de implementação compreendeu duas etapas: a descrição do grau de implementação, onde foram desenvolvidas as matrizes de informação, de análise e julgamento, e a análise explicativa para o grau de implementação observado, considerando-se os fatores de contexto externo e político-organizacional. Assim, foram construídas matrizes específicas: a matriz de informação, que apresenta um conjunto de indicadores que expressam o modelo lógico de avaliação desta intervenção, com as fontes de informação e a legislação que fundamenta tais indicadores (Quadros 2 e 3) e a matriz de análise e julgamento que tem a finalidade de estabelecer se os insumos e atividades desta VE municipal estão em conformidade com a legislação e as práticas vigentes.

Neste estudo, a **conformidade** foi escolhida como a principal dimensão da análise da implementação das ações de vigilância epidemiológica. Foi focada nos componentes “insumos” e “atividades” e abordada aqui sob três subdimensões: *disponibilidade*, *oportunidade* e *qualidade técnico-científica*. Os recursos necessários à produção dos serviços, aqui colocados como “insumos” (profissionais capacitados, telefone, fax, computadores e insumos de informática, acesso à internet, leis, portarias, protocolos, espaço físico, veículos, material de expediente, laboratório para realização de exames), foram analisados pela ótica da *disponibilidade* (subdimensão).

As ações desenvolvidas pela VE municipal foram analisadas sob as subdimensões *oportunidade*, pela característica de agilidade que deve haver em algumas atividades (notificação, coleta de amostras, investigação) e *qualidade técnico-científica*, a partir de normas e protocolos estabelecidos. A disponibilidade é a relação entre os serviços e recursos existentes e a necessidade dos técnicos. A oportunidade refere-se à produção de informações no momento em que são necessárias para a adequada investigação e o controle de agravos e requeridas pelas instâncias superiores. A qualidade técnico-científica é a aplicação apropriada dos conhecimentos científicos disponíveis, bem como da tecnologia e das informações, na melhoria de saúde da população.

Quadro 2 – Matriz de Informação componente INSUMOS.

Dimensão	Sub-dimensão	INSUMOS	Fonte de verificação	Fundamento
Conformidade	Disponibilidade	Recursos humanos suficientes	Aplicação de questionário	Resolução SESEDEC 26 1.335 de 13 de agosto de 2010
		Existência de laboratório		
		Veículos em quantidade suficiente		
		Espaço físico com mobiliário suficiente.	Observação de campo, aplicação de questionário	
		Linha telefônica exclusiva		
		Fax exclusivo		
		Acesso à internet		
		Computadores suficientes		
		Material de informática e de expediente		
		Normas e protocolos disponíveis		

Fonte: Adaptado de GIRARDI, 2010.

Quadro 3 – Matriz de informação componente ATIVIDADES

Dimensão	Sub-dimensão	ATIVIDADES	Fonte de verificação	Fundamentos
Conformidade	Qualidade Técnico-científica	Plano de atividades realizado	Análise documental	Portaria MS nº. 3252/2009
		Reuniões de equipe para monitoramento das ações		GVE e Portaria MS nº. 3252/2009
		Realização de reuniões e/ou ações com outros programas (Atenção primária, outras vigilâncias, outros programas da atenção básica)	Análise documental e Aplicação de questionário	Portaria MS nº. 3252/2009
		Processamento dos dados nos sistemas de informação	Análise documental	GVE; Portaria MS nº. 1399/99; SISPACKTO
		Conhecimento de instrumentos legais que normatizam as ações de VE	Aplicação de questionário	
		Participação de técnicos em cursos de capacitação, promovidos por qualquer nível de gestão, referentes ao serviço.	Análise documental Aplicação de questionário	Portaria nº. 1399/99
		Análise da incidência e prevalência, a partir de gráficos de tendências, mapas etc.	Análise documental	Portaria MS nº. 3252/2009
		Produção de boletins para divulgação de informações epidemiológicas	Análise documental	GVE e Portaria MS nº. 3252/2009
		Informação sobre investigação de casos junto às unidades notificadoras (retroalimentação)	Análise documental e Aplicação de questionário	GVE e Portaria MS nº. 3252/2009
		Realização de atividades educativas	Análise documental e Aplicação de questionário	GVE / Portaria MS nº. 3252/2009 e Resolução SESEDEC 1335/2010
	Oportunidade	Notificação e encerramento oportuno de casos suspeitos de DNC	Análise documental	GVE ; Portaria MS nº. 104/2011 e SISPACKTO
		Coleta de forma oportuna de amostras para encerramento de casos.		GVE; Resolução SESEDEC nº .1335/2010 e SISPACKTO
		Investigação oportuna de óbitos, surtos e epidemias.	Análise documental e Aplicação de questionário	GVE; Portaria MS nº.1399/99 e SISPACKTO

Fonte: Adaptado de GIRARDI, 2010.

4.5. Análise dos contextos

Segundo Hartz (1997), o estudo do contexto visa identificar os fatores que podem facilitar ou dificultar a implantação de uma intervenção. As mudanças nos fatores contextuais têm potencial de exercer um forte impacto sobre a sustentabilidade de um projeto e podem estar relacionadas às situações políticas, socioeconômicas e à estrutura administrativa em seus vários níveis (HARTZ, 1997). Para análise da influência dos fatores contextuais, no que se refere ao **contexto político-organizacional**, são propostas as dimensões: *Governabilidade* (subdimensões “sustentabilidade política” e “utilização de recursos financeiros destinados a VE”), *Gestão da Atenção Básica* (“subdimensão planejamento participativo”) e *Qualificação de Recursos Humanos* (subdimensão “qualificação e vínculo dos profissionais envolvidos”). Para o **contexto externo** são propostas as dimensões: *Condições socioeconômicas e ambientais* (sub-dimensões “dinâmica sócio-demográfica”, “saneamento básico” e “indicadores de saúde”) e *Expectativa de implantação do COMPERJ* (sub-dimensão “primeiros impactos no território e na organização do setor saúde”), conforme o Quadro 4:

Quadro 4 – Dimensões e subdimensões de contexto

CON TEXTOS	DIMENSÕES	SUBDIMENSÕES	CRITÉRIOS / INDICADORES	FONTES
Externo	Condições sócio-econômicas e ambientais	Dinâmica sócio-demográfica	Taxa de urbanização e crescimento populacional entre 2000 e 2010; renda domiciliar mensal média; PIB <i>per capita</i> ; escolaridade.	IBGE/CENSO 2010
		Saneamento básico	Domicílios com rede geral de abastecimento de água; domicílios ligados à rede pública de esgoto; domicílios com sistema de coleta de lixo pelo serviço público.	Sítios institucionais, IBGE.
		Indicadores de saúde	Indicadores de mortalidade e de morbidade.	MS/DATASUS
	Expectativa de implantação do COMPERJ	Primeiros impactos no território e na organização do setor saúde	Investimentos em saneamento básico e saúde.	Sítios institucionais, de imprensa, entrevistas.
Político-organizacional	Governabilidade	Repasse de recursos financeiros para a VE	Investimentos da SMS na VE.	Fundo Municipal de Saúde de Itaboraí
		Sustentabilidade política	Tempo de atuação do gestor municipal; VE com atribuições registradas em lei municipal.	Leis municipais, relatórios de gestão 2011 e 2012, entrevistas.
	Gestão da VE e atenção básica	Planejamento participativo	Capacidade do gestor de promover integração dos programas de atenção básica no processo de planejamento.	Relatórios de gestão 2011 e 2012, Plano de saúde 2010-2013, Programação anual 2012
	Qualificação de recursos humanos	Qualificação e tipo de vínculo dos profissionais de saúde	Proporção de servidores com vínculos precários na Vigilância Epidemiológica	Entrevistas

Fonte: Adaptado de Hartz, 1997.

4.6. Usuários e seus interesses na avaliação

Os usuários são indivíduos entre os interessados na avaliação que efetivamente usarão seus resultados.

A avaliação de implementação da Vigilância Epidemiológica no município relaciona-se diretamente à capacidade de utilizar os resultados da pesquisa para tomar decisões sobre como melhorar o programa. Nessa visão, considerando os múltiplos e variados interesses que cercam qualquer programa e a sua avaliação, foram definidos os potenciais usuários e seus interesses na avaliação, como demonstra o quadro 5.

Os potenciais usuários foram: a coordenadora de Vigilância Epidemiológica, o secretário de saúde e a equipe de técnicos do setor de VE. Estes foram entrevistados a partir de um roteiro semiestruturado. Foram utilizados roteiros diferenciados para cada ator.

Quadro 5 - Matriz de usuários da avaliação

Atores	Interesses na avaliação	Responsabilidade na avaliação	Uso dos achados
Coordenador de VE municipal	Aperfeiçoar e adequar as atividades em sua gestão; Melhoria das ações; Identificar facilidades e dificuldades no processo de implementação .	Disponibilizar as informações necessárias à execução do projeto de avaliação.	Ajustes nos processos de gestão; mobilização para aplicar o processo avaliativo na rotina do serviço.
Profissionais do núcleo central	Maior conhecimento sobre o modelo de VE preconizado; Melhoria das ações; Identificar facilidades e dificuldades no processo de implementação .	Disponibilizar as informações necessárias à execução do projeto de avaliação.	Ajustes nos processos de trabalho, mobilização para aplicação do processo avaliativo na rotina do serviço.
Gestor Municipal	Aprimoramento do serviço na esfera municipal; Identificar facilidades e dificuldades no processo de implementação para melhorar a capacidade gerencial.	Aplicar os achados da avaliação.	Ajustes do programa, dos processos de gestão e mobilização para mudança.

Fonte: a Autora.

4.7. Técnicas e instrumentos de coleta de dados

As técnicas utilizadas compreenderam o levantamento de: a) dados primários, através das técnicas de observação direta do ambiente de trabalho e de entrevistas semiestruturadas; e b) dados secundários, extraídos de documentos oficiais, relatórios ou qualquer outro tipo de informação sistemática. Esses dados foram usados para gerar evidências que ajudassem a responder as questões da pesquisa.

A observação direta se deu com o propósito de analisar no componente “insumo”: espaço físico, presença de fax, computadores, normas e protocolos e pontos de acesso à internet nas dependências de trabalho da equipe do nível central de Vigilância Epidemiológica, através do instrumento de observação (apêndice E).

A análise documental teve o propósito de levantar dados, através de um roteiro (Apêndice F), sobre o componente “atividades”, o contexto político-institucional e o contexto externo. Pretendeu-se fazer a partir de relatórios de gestão, relatórios técnicos, relatórios de conferências de saúde, planejamentos anuais, relatórios dos sistemas de informação, legislação municipal, relatórios do fundo municipal de saúde e acessos a sítios de instituições com banco de dados dos municípios referentes ao estudo dos contextos.

No decorrer da etapa de coleta de dados, além das consultas a diversos bancos, *blogs* e sítios institucionais, os seguintes documentos foram fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Itaboraí: leis e decretos diversos (anos 1990, 1994, 2005, 2010 e 2011); Plano Municipal de Saúde 2010-2013; Relatório Anual de Gestão 2011, Relatório Anual de Gestão 2012; Programação Anual de Saúde 2012 e Relatório de aplicação de recursos do bloco de Vigilância em Saúde pela Secretaria Municipal de Saúde em 2012.

O núcleo central de Vigilância Epidemiológica concedeu acesso aos dados registrados no Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN) e aos *e-mails* de envio de lotes do SINAN, SIM (Sistema de Informações sobre Mortalidade) e SINASC (Sistema de Informações de Nascidos Vivos).

A técnica de entrevistas deu-se por meio da aplicação de roteiro semiestruturado, escolhido por ser um instrumento que produzirá respostas objetivas, mais adequado ao tipo de pesquisa, contendo perguntas abertas, permitindo ao entrevistado maior flexibilidade para expressar opiniões e ao pesquisador, possibilidade de aprofundamento das questões. Foi aplicado para levantamento de dados sobre as atividades do setor,

sobre conhecimentos e qualificação dos entrevistados, sobre alguns aspectos dos insumos e ainda sobre o contexto político-institucional (Apêndices B, C e D).

O roteiro primeiramente passou por ajustes e adequação após aplicação de teste junto a técnicos de VE, em município similar, pertencente à mesma região, para testagem do instrumento. As respostas foram gravadas após o consentimento dos entrevistados. Posteriormente, foram transcritas e agrupadas. As informações coletadas foram analisadas segundo categorias pré-definidas e agregadas, sem identificação nominal, de forma a não comprometer os participantes. Entretanto, considerando a especificidade de alguns cargos, houve risco de identificação, porém, os entrevistados foram informados.

Como o processo de coleta de dados foi realizado após o pleito eleitoral municipal, não houve possibilidade de aplicação da entrevista junto ao secretário municipal que completava a gestão, apesar das diversas tentativas de contato. Optou-se, então, pela realização de entrevista com o secretário de saúde que iniciava a gestão em 2013; com os devidos ajustes no roteiro. Foram entrevistados, além do gestor municipal, que à época era o superior imediato da VE municipal, a coordenadora e os seis técnicos no nível central. Os entrevistados foram identificados no corpo da dissertação pelos símbolos E. 1, E. 2 e assim por diante.

4.8. Matriz de análise e julgamento

Pretendeu-se definir a relevância, que destaca quais “insumos” e “atividades” são críticos para o setor, bem como ajustar a proposta de matriz de análise e julgamento com ajuda de especialistas, através da técnica de consenso. Uma matriz de relevância seria construída utilizando uma escala referida como: muito relevante (RRR), relevante (RR) e pouco relevante (R) aplicada a cada insumo e a cada atividade. Ela identificaria que componentes devem ser priorizados no momento da elaboração da matriz de análise e julgamento da implementação.

O projeto de pesquisa foi enviado via correio eletrônico para quatro especialistas em saúde pública, com experiência em gestão da vigilância epidemiológica municipal ou estadual. Contudo, apesar de exaustivas solicitações de resposta por parte da pesquisadora, o retorno não aconteceu. Optou-se, então, após consulta a orientadora, por atribuir o mesmo peso a todos os componentes, entendendo assim que todos são relevantes para a implementação.

Para a construção da matriz de análise e julgamento estabelecemos critérios, indicadores e pontes de corte com uma pontuação para cada um, segundo a normatização e a partir das subdimensões de disponibilidade, qualidade técnico-científica e oportunidade. A composição da matriz com as devidas pontuações estabelecidas apresenta-se em forma de apêndice (Apêndice G) e sua versão, com as pontuações definidas após a pesquisa está apresentada no capítulo de RESULTADOS (Quadros 14 e 16). Após a contabilização dos pontos observados, pôde-se estabelecer o grau de implementação, a partir do seguinte cálculo:

$$GI \text{ insumos} = \sum PO / \sum PM \times 100$$

$$GI \text{ atividades} = \sum PO / \sum PM \times 100$$

e

$$GI \text{ total} = GI \text{ insumos} + GI \text{ atividades} / 2$$

Onde: GI = grau de implementação; PO = Pontuação após a observação e

PM = pontuação máxima.

O parâmetro a ser adotado para estabelecer os intervalos dos escores dos indicadores (insumos e atividades) da matriz de análise e julgamento se baseará no estudo de Cosendey et al., 2003 recomendado pela OMS e OPAS. Tais parâmetros, aparentemente, mostram-se muito exigentes. Foram adotados pelo entendimento de que a normatização e os recursos para a implementação da VE municipal estão disponíveis há muitos anos, sendo amplamente divulgados entre os diversos níveis de gestão. Serão, então, utilizados os seguintes pontos de corte, como observado no Quadro 6:

Quadro 6 – Intervalos de escores para determinação do grau de implementação

Grau de implementação	Percentual
Implementação satisfatória	Maior ou igual a 80%
Implementação insatisfatória	De 40% a 79,9%
Implementação crítica	Menor ou igual a 39,9%

Fonte: Adaptado de Cosendey, 2003.

4.9. Considerações éticas e divulgação dos resultados

Segundo a Resolução nº. 196, de 10 de outubro de 1996, do Ministério da Saúde, considerando o respeito devido à dignidade humana, exige-se que toda pesquisa se processe após consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que, por si e/ou por seus representantes legais, manifestem a sua anuência à participação na pesquisa (BRASIL, 1996).

Todo o projeto e os roteiros dos questionários foram submetidos ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública e os entrevistados assinaram um Termo de Consentimento, concordando com a participação na pesquisa (Apêndice A). Entretanto, considerando a especificidade de alguns cargos, existe um risco de identificação, porém, os entrevistados foram informados desta possibilidade.

O trabalho foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública e aprovado com Parecer nº. 153.980, de 23/11/2012 (CAAE: 08283612.0.0000.5240).

Durante a coleta de dados, especialmente na realização de entrevistas, foi assegurado o sigilo das informações e o anonimato dos sujeitos envolvidos. Foi elaborado um Termo para Autorização da Pesquisa pela Secretaria Municipal de Saúde e pela Vigilância Epidemiológica do município de Itaboraí (Apêndices H).

Todo material coletado foi utilizado unicamente para elaboração da pesquisa, sendo guardados em segurança as gravações, documentos e arquivos coletados.

O compartilhamento dos resultados da avaliação com os atores envolvidos se traduz como uma etapa de fundamental do processo avaliativo, principalmente no caso de um estudo que focaliza a melhoria do programa. Um relatório final será apresentado aos interessados na avaliação.

4.10. Limitações do estudo

Por se tratar de um estudo de caso único, uma limitação importante dessa avaliação é relativa à sua validade externa, uma vez que os resultados encontrados são decorrentes de um processo de implantação condicionado por características contextuais específicas.

O estudo foi iniciado em 2012, ano de eleições municipais. Foi preciso esperar pelo pleito para que se pudesse dar início à coleta de dados, prejudicando ainda o contato com o secretário municipal de saúde que encerrava a gestão.

A falta das respostas com as opiniões dos especialistas consultados para a adequação da matriz de análise e julgamento prejudicou não só a consistência e a robustez da avaliação, bem como a análise da relevância.

5. RESULTADOS

5.1. Contexto externo

O contexto externo é tratado aqui nas dimensões “condições socioeconômicas e ambientais” e “expectativa do município diante da implantação do COMPERJ”, que corresponde à realidade vivenciada pela VE. No âmbito destas dimensões, consideramos como subdimensões a dinâmica sociodemográfica, a estrutura de saneamento básico, os indicadores de saúde e a organização do setor saúde e do território em preparação ao COMPERJ. Para tratar destas subdimensões serão abordados aspectos como: crescimento da população, urbanização, densidade populacional, renda e escolaridade, condições de saneamento básico (abastecimento de água, coleta de lixo e esgoto), indicadores de morbidade e mortalidade e investimentos municipais em infraestrutura urbana, saneamento básico, saúde e educação. Foram utilizados dados coletados através de fonte documental (IBGE, MS/DATASUS, sítios institucionais diversos, obras de autores) e entrevista com secretário municipal de saúde.

5.1.1. Caracterização do município e dinâmica sociodemográfica

O processo de ocupação do município estudado é datado de 1833, com a criação da Vila de São João de Itaboraí, através de um decreto imperial que promoveu a sua independência política e administrativa. Em 1890, Itaboraí tornou-se cidade com o nome atual. O município possui área de 430 km² e a sua população, em 2010, era de 218.008 habitantes, correspondentes a 1,84% do total da população da Região Metropolitana do Estado do Rio de Janeiro,² da qual pertence. Sua densidade demográ-

² Municípios da Região Metropolitana – Rio de Janeiro, Belford Roxo, Duque de Caxias, Guapimirim, Itaboraí, Itaguaí, Japeri, Magé, Maricá, Mesquita, Nilópolis, Niterói, Nova Iguaçu, Paracambi, Queimados, São Gonçalo, São João de Meriti, Seropédica, Tanguá.

fica é de 506, 56 hab./km² e o percentual de urbanização de 98,8% (IBGE, 2010). É constituído por 79 bairros, distribuídos em oito distritos, são eles: Itaboraí, Porto das Caixas, Itambi, Sambaetiba, Visconde de Itaboraí, Cabuçu, Manilha e Pachecos (IBGE, Censo 2010) (Mapa 2).

Mapa 2 – Divisão político-administrativa de Itaboraí



Fonte: PM ITABORAÍ, 2010 (Plano Municipal de Saúde – 2010 a 2013).

De acordo com dados dos censos realizados pelo IBGE, houve um aumento da população de Itaboraí de 16,8%, entre os anos 2000 e 2010, sendo que este acréscimo foi reflexo do incremento observado na população urbana de 21,6%, enquanto que houve uma redução importante da população rural de 74,7%. A população em 2000 era de 187.479 habitantes e em 2010 passou para 218.008 habitantes. O crescimento populacional urbano também pode ser verificado pelo aumento de 4,3% na taxa de urbanização entre os anos 2000 e 2010. Este incremento na população urbana também foi acompanhado de aumento expressivo no número de domicílios (54,7%) que passou de 53.346 para 82.593 (IBGE, Censos 2000 e 2010).

Este crescimento populacional demonstra uma tendência da Região Metropolitana do Rio de Janeiro na qual há uma maior procura pela população por municípios com facilidade de acesso e áreas disponíveis para novas moradias.

Observa-se que a população é predominantemente urbana e apresenta uma participação feminina equivalente à masculina em uma proporção de 95 homens para cada 100 mulheres. A maioria da população encontra-se na faixa etária entre 30 e 49 anos, seguida pela faixa de 50 ou mais.

Em 2010, 14,7% das crianças de 7 a 14 anos não estavam cursando o ensino fundamental e a taxa de conclusão, entre jovens de 15 a 17 anos, era de apenas 44,9%. Dados preocupantes. O percentual de alfabetização de jovens e adolescentes entre 15 e 24 anos, em 2010, era de 98,8%, mas apenas 5% da população concluíram ou está cursando o nível superior (IBGE, Censo 2010).

Ainda segundo dados do Censo 2010, havia 1.204 moradores urbanos vivendo em aglomerados subnormais (favelas e similares). Itaboraí apresentava o universo de 82.593 domicílios, sendo que em 26,6% deles residiam famílias com renda familiar mensal em torno de R\$1.400,00. A proporção de pessoas com baixa renda (rendimento inferior a meio salário mínimo) era de 33% e o rendimento mensal médio de cada habitante era de apenas R\$ 482 em 2010 (IBGE, Censo 2010).

O Índice de Desenvolvimento Humano, em Itaboraí, conforme relatório de 2013 com dados do Censo 2010, era de 0,69 (PNUD, 2013). Variando de zero a um, o IDH classifica os municípios segundo três níveis de desenvolvimento humano: municípios com baixo desenvolvimento humano (IDH até 0,5); municípios com médio desenvolvimento humano (IDH entre 0,5 e 0,8) e municípios com alto desenvolvimento humano (IDH acima de 0,8). Quanto mais próximo de um, mais alto é o desenvolvimento humano. O município está classificado com um índice de médio desenvolvimento humano, ocupando a 67ª posição no critério do IDH estadual.

Até 1860, Itaboraí foi uma das regiões fluminenses mais prósperas economicamente. A agricultura se manteve por muitos anos, como principal atividade econômica do município, primeiramente com a cultura da cana-de-açúcar, depois, o plantio e o comércio do café e, de grande importância no século XX, a cultura da laranja. Outra atividade antiga e muito significativa no município é a cerâmica, devido à grande concentração de argilas, assim como da disponibilidade de madeiras que alimentavam os fornos das indústrias de cerâmica. (PM ITABORAÍ, 2008).

Contudo, ao longo das últimas décadas, a economia de Itaboraí passou por profundas alterações. O setor primário perdeu sua participação na economia municipal com a crise da cultura da laranja na década de 70 e, atualmente, a agricultura possui uma produção insignificante para a economia municipal. A produção industrial também apresentou uma redução significativa de suas atividades, com o declínio das olarias. Atualmente, a economia do município está concentrada no setor de serviços, com a ampliação do setor e a atração de novas empresas, como lojas de eletrodomésticos, móveis e redes de lanchonetes (PM ITABORAÍ, 2006).

O município apresentou um grande nível de urbanização a partir de 1950, com o surgimento dos primeiros loteamentos. Antigas propriedades rurais, onde a agricultura estava em decadência, foram sendo substituídas pelos loteamentos para a ocupação urbana, principalmente nas áreas próximas às rodovias e ao eixo ferroviário de Itaboraí para Niterói (PM ITABORAÍ, 2008).

A expansão urbana em Itaboraí ocorreu em pulsos, acompanhando os altos e baixos da indústria cerâmica, sem controle e de forma desordenada, sofrendo um processo de conurbação com São Gonçalo. As rodovias BR-101 e BR 493, apesar de desejados vetores de desenvolvimento, contribuíram para piorar o ambiente urbano, fragmentando a malha urbana em diversas direções. Itaboraí acabou, então, por se transformar ao final da primeira década do milênio, num centro comercial e industrial importante, cercado de inúmeros loteamentos de média e baixa renda, com urbanização deficiente, formando uma paisagem caracterizada por um meio ambiente deteriorado, com acúmulo de lixo e pequenos riachos servindo de vala negra (PM ITABORAÍ, 2010).

Quanto aos serviços públicos de saneamento ambiental, atualmente não há dados confiáveis sobre o quantitativo de domicílios atendidos pelo serviço de coleta de resíduos. Em relatório de 2011, do *Fórum Agenda 21 – Itaboraí*, na avaliação dos participantes, houve queda da qualidade do serviço de coleta de resíduos urbanos nos últimos anos, impactando a qualidade da saúde do município. Uma melhoria deste serviço é esperada a partir do pleno funcionamento do Centro de Tratamento de Resíduos de Itaboraí, aprovado pela Secretaria de Estado do Ambiente, que terá capacidade para 800 t/dia.

O serviço público de água e esgoto é competência do Serviço Autônomo de Água e Esgoto (SAAE) de Itaboraí/RJ. A prestação do serviço, contudo, é feita tanto pelo SAAE quanto pela Companhia de Água e Esgoto do Rio de Janeiro – CEDAE. Parte do sistema de abastecimento de água de Itaboraí está vinculada ao sistema produtor Imunana-Laranjal. A capacidade de produção é baixa, tornando o abastecimento de água irregular, em sistema de rodízio na maioria das áreas atendidas. Nas regiões não atendidas a situação é pior. Todas acabam por utilizar poços rasos, obviamente contaminados pela inexistência de sistema de coleta de esgotos.

A forte demanda de água, a não-existência de setorização da distribuição, aliado ao elevado nível de perdas, especialmente na área da CEDAE, não permite que a produção atenda à necessidade da área, acarretando falta de água crônica e total

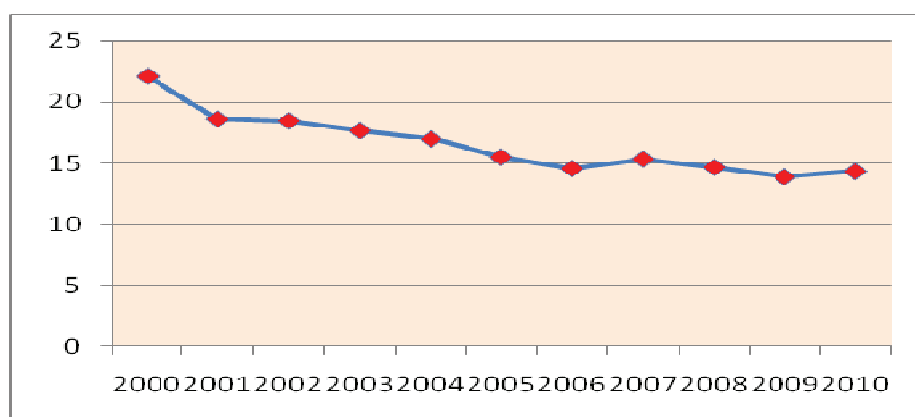
incapacidade de expansão da área coberta pelo sistema de distribuição de água. Desta forma, apesar de a área de atendimento do sistema da CEDAE ser maior que 50% da área urbana do município, o atendimento regular em Itaboraí está apenas em 25% dos domicílios. No resto da área, o atendimento é intermitente ou eventual (PM ITABORAÍ, 2010).

O sistema de coleta de esgotos praticamente inexistente, bem como o seu tratamento. Na maioria dos domicílios a solução é a ligação no sistema de águas pluviais (comum no Centro), fossas e/ou lançamento direto na rua ou nos rios da região. São necessários investimentos de 282 milhões de reais para as devidas melhorias no abastecimento de água e na rede de esgotamento sanitário. A previsão é que, seguindo um plano de metas, 100% dos domicílios contem com abastecimento de água até 2016 e 80% contem com coleta de esgoto até 2021 (PM ITABORAÍ, 2010).

5.1.2. Indicadores de Natalidade e Mortalidade

No que se refere à natalidade, no município de Itaboraí, foram registrados, em 2010, 3125 nascidos vivos de mães residentes no município (MS/DATASUS, 2013a). A taxa bruta de natalidade vem caindo, acompanhando a tendência nacional (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Evolução da taxa bruta de natalidade no município de Itaboraí entre 2000 e 2010.



Fonte: Autora a partir de dados do MS / DATASUS, 2013a.

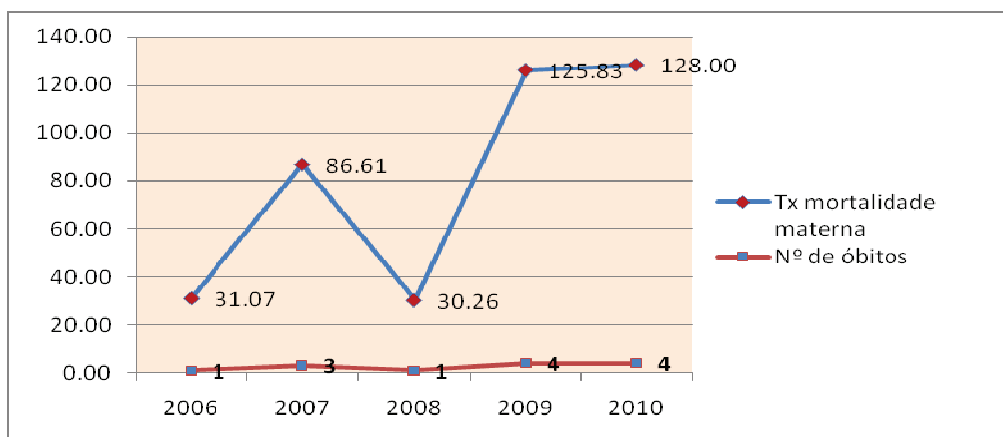
Contudo, em 2010, a taxa de 14,3/1000 habitantes revelou-se superior quando comparado ao valor observado no conjunto dos municípios do Leste Fluminense (12,2/1000 habitantes) (TOLEDO e SABROZA, 2011).

O coeficiente de mortalidade infantil (13,4/1000 nascidos vivos - 2010) foi muito semelhante ao observado para o conjunto dos municípios do Leste Fluminense e está abaixo do coeficiente nacional (15,6). (IBGE, Censo 2010). A mortalidade neonatal precoce destaca-se como o principal componente da mortalidade infantil, evoluindo entre 2006 e 2010, apontando que a maioria dos óbitos ocorridos nesta faixa de idade, neste município, está relacionada à assistência pré-natal e a problemas no parto e puerpério (TOLEDO e SABROZA, 2011).

A mortalidade materna é um marcador relevante da atenção à saúde da mulher, traduzida pelo acesso, qualidade dos serviços de saúde e assistência perinatal. A redução do número de óbitos maternos constitui-se no quinto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM), com meta de redução em três quartos entre 1990 e 2015. Para o caso do Brasil, essa meta representa reduzir a taxa de mortalidade materna (TMM) a valor igual ou inferior a 35 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos. Para atingir este objetivo, a redução anual média da TMM no Brasil deve ser de, no mínimo, 5,5%. Entre 1990 e 2010, a TMM no país reduziu de 141 para 68 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos, o que representa uma queda de 51% (BRASIL, 2013).

Entre os anos de 2006 a 2010, a TMM em Itaboraí apresentou variações. Nos anos de 2009 e 2010, essa taxa no município esteve acima de 120 óbitos maternos/100.000 nascidos vivos (Gráfico 2).

Gráfico 2 – Evolução do número de óbitos maternos e taxa de mortalidade materna no município de Itaboraí entre 2006 e 2010.

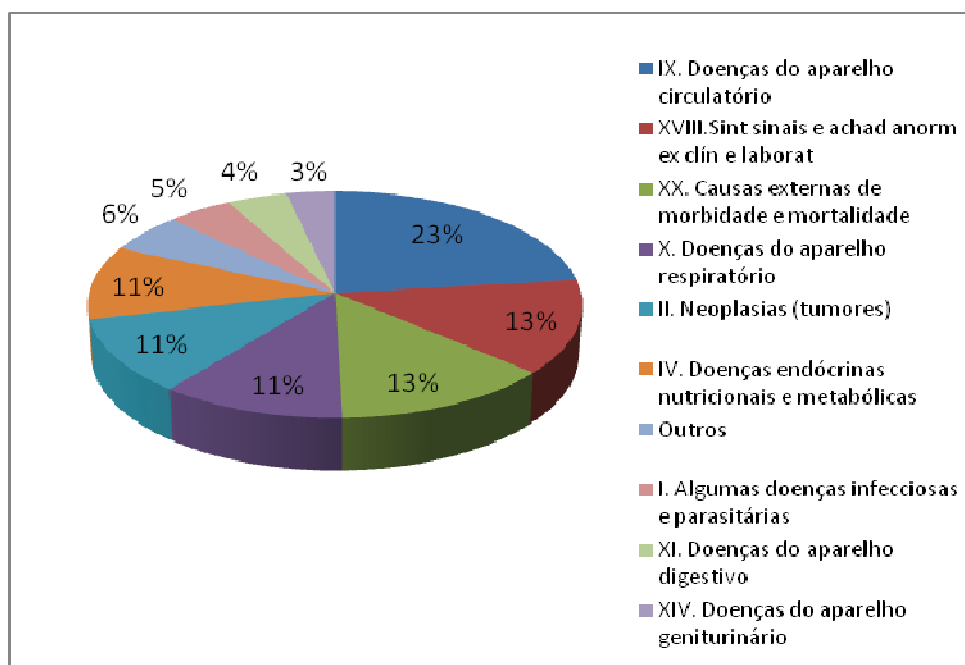


Fonte: Autora a partir de dados do MS / DATASUS, 2013d.

Esta grande variação, mesmo sendo baixo o numerador, também acontece pelo componente multiplicador da taxa ser por 100 mil nascidos vivos. De qualquer forma, cabe ressaltar a necessidade de priorização de políticas de saúde municipais voltadas para a saúde da mulher e assistência às gestantes e puérperas.

Como é característico das populações que fizeram a transição epidemiológica, o grupo de doenças do aparelho circulatório foi a principal causa de morte em Itaboraí no ano de 2010. Houve ainda um aumento de óbitos por doenças do aparelho respiratório no ano de 2010, em relação ao ano de 2009 e as causas mal definidas passaram a ser a segunda maior causa de óbitos no município (MS / DATASUS, 2013d) (Gráfico 3).

Gráfico 3 – Distribuição dos óbitos segundo as principais causas no município de Itaboraí no ano de 2010.



Fonte: Autora a partir de dados do MS / DATASUS, 2013d.

5.1.3. Situação epidemiológica das principais doenças de notificação compulsória do município

No Gráfico 4 podemos acompanhar a evolução de algumas doenças transmissíveis no município. Ali estão dados de incidência de casos confirmados pela vigilância epidemiológica local ou por outras VE municipais ou estaduais e registrados nos bancos de dados do DATASUS.

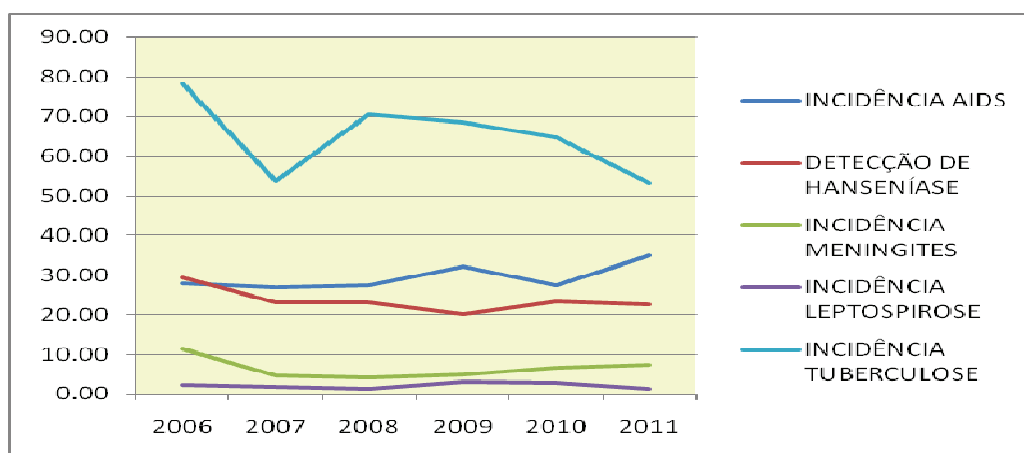
A taxa de incidência (TI) da tuberculose apresenta-se em declínio. Contudo, tanto no município de Itaboraí, quanto nos municípios do Leste Fluminense, é bastante elevada quando comparada à estimada para a região Sudeste (TOLEDO e SABROZA, 2011). Em justificativa descrita no Relatório de Gestão 2011, os técnicos da SMS de Itaboraí explicam:

... que a proporção de cura de tuberculose foi de 68,96% no ano 2010, último ano fechado que permite uma avaliação fiel. Esta avaliação é bastante inferior ao que o município vinha apresentado em anos anteriores, quando já estivemos próximo dos 85%. No entanto, estamos enfrentando dificuldades oriundas principalmente do crescimento populacional do município por conta do COMPERJ. Estamos observando um aumento da população moradora de rua, muitos pacientes residindo em alojamentos ou que vêm se deslocando com muita frequência entre os municípios da região e até entre Estados. (SMS / ITABORAÍ, 2011, p. 20)

No ano de 2010 foram confirmados 51 casos de hanseníase. Apesar da discreta tendência geral de declínio, a detecção de casos continua alta. Vale ressaltar que existe no município um hospital especializado no tratamento da hanseníase. Faz-se necessário investigar se este fato melhora a qualidade de detecção ou se realmente está havendo maior transmissão do agravo.

As taxas de incidência de leptospirose e meningite mantiveram desenho estável nos últimos anos. Diferente é a situação da TI da AIDS que evoluiu de 27,5 em 2010 para 35 em 2011; superior à taxa calculada para o Estado do RJ que foi, em 2011, de 31,5. (MS/DATASUS, 2013e).

Gráfico 4 – Itaboraí: Evolução das taxas de incidência de AIDS, Meningites, Leptospirose e Tuberculose e de detecção da Hanseníase, de 2006 a 2011.



Fonte: Autora a partir de dados do MS / DATASUS, 2013e.

Nota: Incidência da AIDS calculada com dados do SIM/SINAN/SISCEL (DATASUS, atualizados até 30/06/2012).

A dengue é outra doença de importância no município, que anualmente notifica grande número de casos no período do verão. O município registrou epidemia em 2008, 2010, 2011 e 2012, chegando a quase 5.000 notificações em 2011. A precariedade do saneamento básico em muitos bairros e o clima quente do município são alguns fatores que contribuem para que a dengue seja endêmica.

Nos últimos anos, a coqueluche vem se apresentando como doença emergente em muitos municípios do Estado, sendo seis casos confirmados em Itaboraí em 2011 e 17, em 2012. O Ministério da Saúde já prepara uma campanha de imunização para enfrentamento desta nova realidade.

Quanto à cobertura vacinal, os setores responsáveis pela imunização no município vêm conseguindo manter níveis satisfatórios de proteção da população nos últimos anos, como se pode observar no Quadro 7 a seguir:

Quadro 7: Itaboraí – Cobertura vacinal total – 2006 a 2012

ANOS	COBERTURAS VACINAIS %
2006	82,14
2007	78,05
2008	76,29
2009	93,42
2010	79,50
2011	98,08
2012	102,59

Fonte: Autora a partir de dados do MS / DATASUS / SI-PNI – 2013.

5.1.4. Investimentos municipais em saneamento básico e saúde em preparação à implantação do COMPERJ



Foto: Sítio COMPERJ – Petrobras.
Foto de Frederico Bailoni (março de 2012)
Fonte: Sítio COMPERJ / Petrobrás (www.comperj.com.br)

Um dos eventos mais importantes para mudanças socioambientais e econômicas em Itaboraí, que, sem dúvida, contribui para a implementação da VE municipal, é a construção do Complexo Petroquímico do Rio de Janeiro (COMPERJ).

O COMPERJ é o maior projeto individual da história da Petrobrás. O empreendimento encontra-se em sua fase de construção. É também a segunda maior obra em execução no Brasil (equivale a mais de 6 mil campos de futebol). O investimento previsto para o complexo é estimado em mais de 8 bilhões de dólares. Sua previsão de operação é em 2014 e objetiva a partir desta data processar em torno de 165 mil barris de óleo pesado por dia na primeira unidade de refino (www.comperj.com.br).

Acredita-se que haverá geração de 200 mil empregos diretos e indiretos. No complexo serão produzidos produtos petroquímicos de 1ª geração, impulsionando também a chegada de outras indústrias a Itaboraí e seu entorno, em sua maioria indústrias que utilizam produtos petroquímicos como matéria-prima, como as indústrias de 2ª e 3ª geração.

Antes de seu funcionamento, o município já vem sofrendo transformações demográficas, sociais, econômicas e ambientais. Elas incluem a degradação da qualidade da água e do ar em decorrência dos efluentes gerados, impactos sobre a

precária infraestrutura do município de Itaboraí, especialmente em relação ao abastecimento de água, saneamento e infraestrutura de transportes; possíveis impactos negativos à Baía de Guanabara (já amplamente saturada pela presença de esgotos e indústrias, inclusive o pólo petroquímico e a refinaria localizadas em Duque de Caxias), à Área de Proteção Ambiental de Guapimirim e à Estação Ecológica da Guanabara; crescimento desordenado em decorrência da ocupação irregular de terrenos baldios por pessoas atraídas pela promessa de geração de empregos; possibilidade de sobrecarga sobre a precária estrutura de saúde do município e das cidades limítrofes, entre outros. (www.conflitoambiental.iciet.fiocruz.br)

Além das emissões atmosféricas geradas pelo funcionamento do complexo e pela descarga dos veículos pesados utilizados nas obras e transporte (tanto dos materiais necessários à construção, quanto dos produtos gerados), há o descarte de efluentes líquidos e a possibilidade de vazamentos, explosões, incêndios e derramamentos (www.conflitoambiental.iciet.fiocruz.br). Há ainda a preocupação de haver um processo de marginalização da população local, como ocorrido em outros casos notadamente conhecidos (região de Macaé e parte de Campos – região norte do Estado do Rio de Janeiro), devido ao intenso crescimento da população de profissionais de fora da região, exigido pela necessidade de formação e conhecimento específicos. Outra consequência é o aumento do custo de vida local, que cresceu sensivelmente, criando também um processo natural de “favelização” da população local ou favorecendo o aparecimento de regiões de periferia, já que o custo de moradia pode aumentar muitas vezes (PANDEFF et al, 2008).

Todos os problemas e riscos acima relatados geram impactos diretos ou indiretos sobre a saúde da população. Estes impactos pressionam a infraestrutura de saúde dos municípios envolvidos, que já se caracteriza pela precariedade. Há risco de saturação nas unidades de saúde já existentes, caso a administração pública não realize investimentos à altura do crescimento populacional previsto para a região circunvizinha ao empreendimento. Entre os investimentos necessários estariam a ampliação da rede hospitalar, construção e aparelhamento de unidades de saúde, necessidade de mais profissionais qualificados, prevenção e combate a endemias, dentre outros (www.conflitoambiental.iciet.fiocruz.br).

Em exaustiva pesquisa sobre os investimentos realizados pela prefeitura na última gestão (2009-2012) não foram encontrados dados significativos sobre investimentos em saneamento ou saúde. Não se tem notícia sobre construção de novas unidades de saúde

da família. Houve a construção de uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA). O Plano Municipal de Saúde 2010-2013 prevê aumento de cobertura da população atendida pelo PSF que já naquele ano era de 70%, contudo sem pactuação para construção ou aquisição de novas unidades. As metas apontavam para a melhoria da qualidade da equipe, com capacitação, implantação de protocolos, avaliações e melhoria no acesso da população à atenção básica.

Pôde-se constatar que houve realização de concurso público em 2011 e 2012, para preenchimento de vagas de agentes de saúde e de endemias, técnicos de enfermagem, de hemotransfusão, de laboratório, de órtese e prótese, assistente social, biólogo, enfermeiro, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, odontólogo, psicólogo e terapeuta ocupacional. Contudo, até maio de 2013, não houve convocação dos aprovados (www.domcintra.org.br).

Questionado nesta pesquisa sobre os problemas já enfrentados em sua administração, relacionados ao COMPERJ, o secretário municipal de saúde, que iniciou sua gestão em 2013, relata que “o empreendimento traz uma série de encargos para o município” e que os trabalhadores e a nova demanda populacional acabam por sobrecarregar a rede de saúde, mesmo possuindo, em sua maioria, planos privados de saúde, porque a cidade não possui clínicas e hospitais privados. Também explica que existe muita dificuldade em se trabalhar o controle da dengue, bem como de outras doenças na região do complexo, pelo distanciamento institucional que a Petrobrás impõe.

Sobre os investimentos realizados pelo setor saúde, em preparação para o atendimento às novas demandas, o atual secretário explica que nos últimos anos foram perdidas muitas oportunidades de melhoria da rede pelas gestões municipais e estadual e acredita que o município será “atropelado por esta realidade”... “pois perdeu a oportunidade de construir o cenário que acompanhasse o progresso que está chegando com o COMPERJ”.

O secretário relata, ainda, que o Consórcio dos Municípios do Leste Fluminense (CONLESTE) e o Conselho das Secretarias Municipais de Saúde do Estado (COSEMS/RJ) foram organizações que, a partir de “pressões” junto aos prefeitos, secretários e governador, conseguiram viabilizar diversas medidas regionais de construção de equipamentos de saúde, como as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) em diversas cidades da área de influência do COMPERJ.

Segundo o novo secretário de saúde, muitos projetos estavam arquivados, mesmo com recursos disponíveis para execução. No quadro 8, descrevemos as principais realizações da nova gestão.

Quadro 8 – Descrição de principais iniciativas no setor saúde entre janeiro e maio de 2013.

Mês da atividade	Atividades no setor saúde
Janeiro	Decreto de situação de emergência e contratação de 700 profissionais de saúde
	Novo prefeito despacha dentro do HM Leal Júnior
Fevereiro	Retomada da administração direta do Hospital Municipal Leal Júnior antes administrado por uma organização social de saúde (OSS)*
	Negociação junto a SES/RJ para construção de Clínica da Família no bairro Cabuçu. Previsão de três clínicas até o final da gestão.
	Implantação de CAPS-AD para atendimento de pacientes com problemas com álcool e drogas
Março	Mutirão contra dengue em parceria com a SES/RJ
	Implantação da sala de situação da dengue e salas de hidratação no HMLJ
Abril	Contratação de neurocirurgiões para o HMLJ
	O Pronto-Socorro Infantil ganhou novas instalações em uma das policlínicas de especialidades (antes o atendimento acontecia em tenda externa ao HMLJ)
	Retomada de reforma das unidades de saúde de Monte Verde e Helianópolis
Maio	Reinauguração da AME - Atendimento Médico Emergencial passando à administração direta

Fonte: A autora, a partir de entrevista com Secretário Municipal de Saúde e dados do sítio da prefeitura de Itaboraí, 2013. (www.prefeituraitaborai.com).

* As Organizações Sociais de Saúde (OSS) são instituições do setor privado, sem fins lucrativos, que atuam em parceria formal com o Estado e colaboram de forma complementar, para a consolidação do Sistema Único de Saúde, conforme previsto em sua lei orgânica - Lei nº. 8080/90. No modelo de gestão em parceria com OSS, o governo planeja o serviço a ser executado, define as metas de produção e de qualidade, garante os recursos orçamentários para o custeio dos serviços e cobra os resultados previamente definidos em contrato (www.portaldatransparencia.saude.sp.gov.br).

Quanto aos investimentos em saneamento na gestão 2009–2012, de acordo com a entrevista, em 20 de agosto de 2012, com o último prefeito Sérgio Soares, divulgada na mídia, houve a implantação de 100 km de rede de esgoto (www.vivaitaborai.blogspot.com). Também aconteceu a construção de Centro de Tratamento de Resíduos, em 2011. Obra planejada pelo Instituto Estadual do Ambiente (INEA) e gerido pela empresa ESTRE ocupa 2,7 milhões m² na localidade de Badureco e recebe lixo de seis cidades, além de Itaboraí, em um total de 1,4 mil toneladas por dia e sua capacidade é de 44 milhões de m³ (www.alerj.rj.gov.br).

Nos primeiros meses de 2013 foram firmados convênios com o governo do Estado. Foram iniciadas obras para implementação do sistema de esgotamento sanitário em cinco bairros, com a construção ainda de uma estação de tratamento de esgoto. Serão, aproximadamente, 45 km de área beneficiada. Os recursos para o projeto, orçado em R\$ 89 milhões, são resultado de uma multa aplicada pelo Governo do Estado à Petrobras, que deveria saldar a dívida por meio de prestação de serviços à Secretaria Estadual de Meio Ambiente (www.prefeituraitaborai.com.br). Segundo o secretário estadual de meio ambiente, em audiência realizada na assembléia legislativa do Estado em 30 de maio de 2011, a Petrobras ficará responsável pelos investimentos em saneamento básico dos municípios de Itaboraí e de Maricá. A empresa também se responsabilizará pelo plantio de quatro milhões de árvores, que irão proteger as margens de dois rios importantes da região. Este mesmo secretário garantiu, à época, que a Petrobras financiaria 100% do saneamento de Itaboraí e 50% do município de Maricá. O restante viria através do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) do governo federal (www.alerj.rj.gov.br).

Não há dúvida de que os investimentos necessários em saúde e saneamento, entre outros, juntamente com a proteção ambiental, não acompanharam o processo de crescimento e desenvolvimento da região. A população, usando as palavras do secretário municipal de saúde está sendo “atropelada” pela realidade que hoje se impõe. Como descreviam Freitas e Porto (2006), a população é vítima de um modelo de desenvolvimento marcado pela injustiça ambiental. Isto acontece quando grandes negócios se apropriam dos recursos naturais existentes no território, concentrando renda e poder ao mesmo tempo em que atingem a saúde e o bem-estar dos habitantes. Os lucros são concentrados, enquanto os danos são distribuídos.

Destaca-se neste contexto um elemento que não faz parte dos investimentos municipais de melhoria do setor saúde. Em 2008, a Petrobras solicitou a participação da Escola Nacional de Saúde Pública / FIOCRUZ na avaliação da situação das questões ligadas à saúde e ambiente na área do complexo. A atuação da instituição, que certamente influencia o município, está voltada para o acompanhamento dos agravos entendidos como sensíveis à população, como as transformações socioambientais, o aumento da violência, os acidentes de transporte, a ocupação dos espaços urbanos, o consumo de drogas e demais aspectos relacionados à saúde, além das consequências que um grande projeto de desenvolvimento como esse podem trazer para a região (ENSP, 2013).

Foi criado, então, um laboratório com escritórios no campus da FIOCRUZ e no município de Cachoeiras de Macacu que contou com um Plano de Monitoramento Epidemiológico da Área de Influência do Complexo Petroquímico do Rio de Janeiro (COMPERJ), cujo objetivo era o acompanhamento analítico da evolução das principais causas de adoecimento e morte na área de abrangência do COMPERJ, notadamente nos municípios de Itaboraí, Guapimirim, Cachoeiras de Macacu e São Gonçalo (Distrito de Monjolos), visando contribuir para a minimização de impactos negativos sobre a saúde, no decorrer do processo de implantação do Complexo Petroquímico do Rio de Janeiro (TOLEDO E SABROZA, 2011).

Em continuidade a este projeto, foi implantado o Mestrado Profissional em Vigilância em Saúde, voltado para a formação de profissionais de saúde, preferencialmente advindos dos municípios afetados pelo COMPERJ. Foram produzidos também outros frutos: a criação do Observatório de Situações de Saúde, que dá apoio às atividades de vigilância epidemiológica do COMPERJ; o lançamento dos Cadernos de Monitoramento Epidemiológico e Ambiental, uma série de publicações periódicas destinadas aos temas importantes da atenção básica em saúde; e as parcerias desenvolvidas com o curso de graduação em Saúde Coletiva da UFRJ e o Instituto de Segurança Pública (ISP), a fim de discutir o fornecimento dos dados para o projeto e melhores formas de trabalhar e divulgar as informações de saúde e segurança na região. As primeiras evidências apresentadas pelos coordenadores em recente conferência são a de que a maioria dos problemas de saúde não está relacionada às obras nesse primeiro momento, mas sim à organização ou desorganização do sistema de saúde. (ENSP, 2013).

5.2. Contexto político–organizacional

O contexto político organizacional, neste estudo, corresponde às dimensões de governabilidade, qualificação de recursos humanos e gestão da Vigilância Epidemiológica (VE) e atenção básica. Os resultados que serão apresentados foram extraídos de documentos oficiais e de entrevistas realizadas com informantes-chave.

5.2.1. Governabilidade

Nesta dimensão há um interesse sobre o repasse de recursos financeiros para VE, considerando os investimentos da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) para esta área, sem perder de vista a utilização de recursos do Ministério da Saúde para a melhoria da estrutura e para as atividades da VE municipal. Assim como se buscou informações referentes à sustentabilidade política em termos de tempo de atuação do gestor municipal e VE com atribuições registradas em lei municipal.

A SMS em Itaboraí foi criada por Lei Ordinária nº. 982, em 27 de junho de 1990. O Conselho Municipal de Saúde e o Fundo Municipal de Saúde foram instituídos pelas Leis Municipais nºs. 1148 e 1149, respectivamente, de 05 de março de 1993. (PM ITABORAÍ, 1990, 1993 e 1993a). As reuniões do CMS iniciaram-se em julho de 1996 e, a partir daí, foram organizadas as estruturas para atender aos requisitos de habilitação do município ao SUS, inicialmente para gestão plena da atenção básica, e depois para gestão plena do sistema municipal (MUDJALIEB, 2011). O município aderiu ao Pacto pela Saúde em setembro de 2010. Este, na atualidade, pertence ao Colegiado de Gestão Regional da Metropolitana II da qual também fazem parte os municípios de Niterói, São Gonçalo, Maricá, Rio Bonito, Tanguá e Silva Jardim.

Com relação à gestão da saúde observou-se uma grande rotatividade de secretários na pasta, na qual 14 ocuparam o cargo no período de 2009 a 2012. Alguns não permaneceram por mais de um mês. Isso gerou grande instabilidade e, entre outros problemas, dificuldades para que o município assinasse e cumprisse diversos pactos junto aos órgãos colegiados. Essa instabilidade foi assim relatada por alguns informantes:

O município sofreu muito com muitas trocas de secretários de saúde, mas já tivemos um subsecretário das vigilâncias que depois saiu. Enquanto ele estava, a gente sabia mais (sobre as outras vigilâncias), porque ele era o responsável por fazer a integração das vigilâncias. A gente fazia reuniões. Depois que ele saiu cada um foi para um canto, a gente não sabe mais nada o que o outro está fazendo... deixou para lá. (E. 6).

À medida que se troca o gestor, se compromete tudo! Houve um descompromisso político do último governo, de falta de priorização da área da saúde como uma política necessária ao município. Alguns secretários não saíram por desistência, mas sim por questões políticas. Na atenção básica, foi muito prejudicial. (E.5).

Nestas falas identificamos, na primeira (E.6), uma preocupação com a dificuldade de gestão das diversas “vigilâncias”, pela desorganização gerada pela rotatividade de secretários municipais; na segunda, há uma visão da ingerência política sofrida pela pasta durante o último governo. Em ambas há a constatação do grande prejuízo sofrido pelos setores da atenção básica.

A rede de saúde é composta por um hospital de gestão municipal (Hospital Municipal Desembargador Leal Júnior); um hospital de gestão estadual (Hospital Estadual Prefeito João Baptista Cáffaro) e um de gestão municipal e estadual (Hospital Estadual Tavares de Macedo), este último, referência para o tratamento de hanseníase; uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) de gestão estadual; três policlínicas de especialidades; três centros de atenção psicossocial (um recém-inaugurado); quatro postos de saúde; trinta e oito unidades básicas de saúde da família que abrigam quarenta e cinco equipes médicas e seis equipes de saúde bucal; três unidades móveis de atendimento odontológico; o Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU); um laboratório municipal; além de todos os programas de saúde coletiva, conforme o Quadro 9, a seguir:

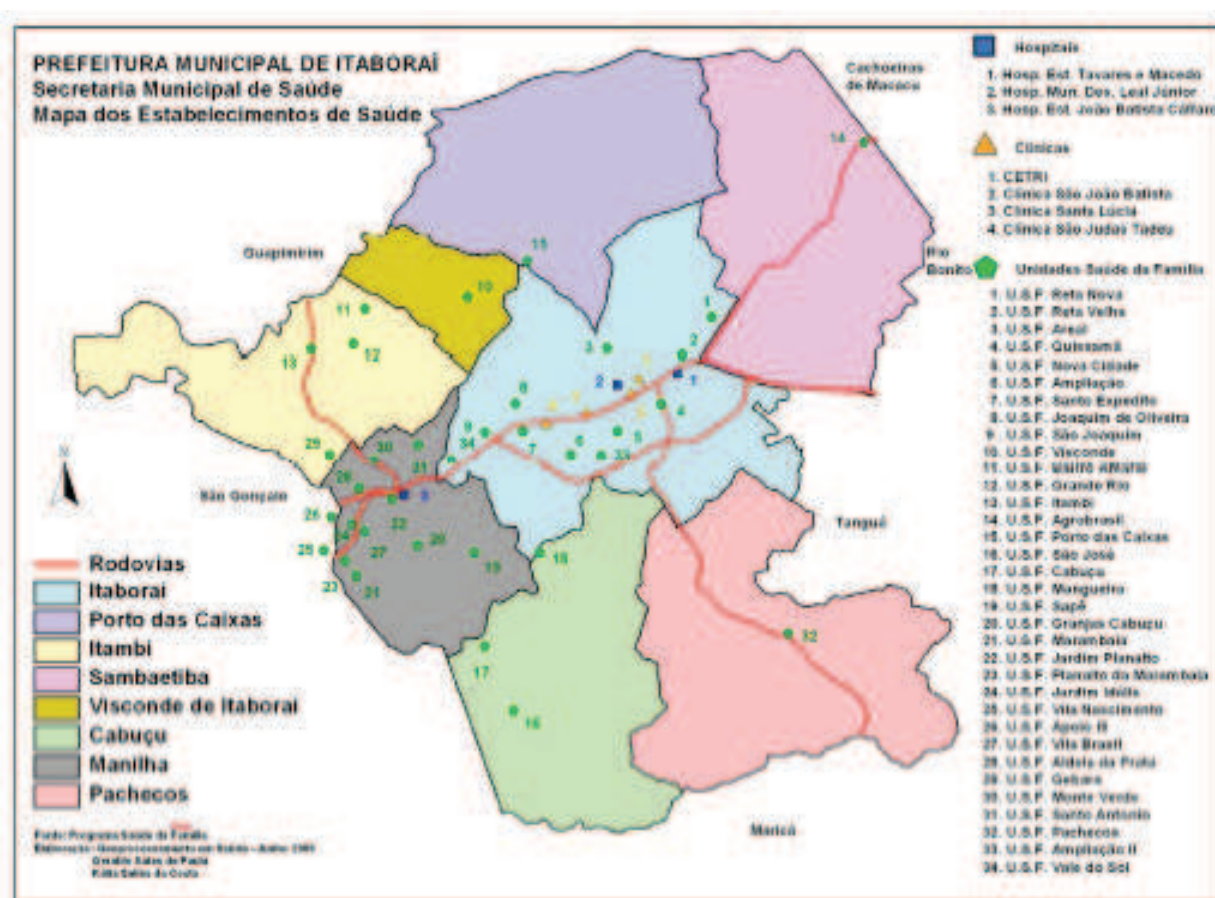
Quadro 9 – Rede de saúde municipal por tipo de gestão

Tipo de Estabelecimento	Total	Municipal	Estadual	Dupla
Central de regulação de serviços de saúde	1	1	0	0
Centro de atenção psicossocial	2	2	0	0
Centro de saúde/Unidade básica	38	38	0	0
Clínica/Centro de especialidade	4	4	0	0
Consultório isolado	1	1	0	0
Farmácia	1	1	0	0
Hospital especializado	1	0	0	1
Hospital geral	2	1	1	0
Policlínica	3	3	0	0
Posto de saúde	4	4	0	0
Pronto atendimento	1	0	1	0
Unidade de apoio a diagnose e terapia (SADT)	12	12	0	0
Unidade de vigilância em saúde	1	1	0	0
Unidade móvel de nível pré-hospitalar na área de urgência	1	1	0	0
Unidade móvel terrestre	3	3	0	0
TOTAL	75	72	2	1

Fonte: SMS/ ITABORAÍ, 2013 (Relatório Anual de Gestão 2012)

Na figura em sequência, observa-se que os três hospitais públicos estão localizados ao longo da RJ 104 e da Avenida 22 de Maio, a rodovia central do município, e nos distritos com as maiores concentrações populacionais (Itaboraí e Manilha). Por outro lado, as unidades de saúde da família apresentam-se descentralizadas em todos os oito distritos municipais, ainda que em maior concentração nos distritos de Itaboraí e Manilha, poucas são as unidades em área rural. No entanto, uma vez que o número de USF relaciona-se diretamente com o número de pessoas ou famílias cadastradas em uma área adscrita, justifica-se a maior concentração destas nos distritos mais populosos.

Mapa 3 – Mapa dos estabelecimentos de saúde (2010)



Em pesquisa realizada por Mudjalieb, em 2010 e 2011, sobre o Programa de Saúde da Família de Itaboraí, reflete-se sobre a hipótese de que a composição do Conselho Municipal de Saúde, em 1996, ano de implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), tenha induzido a organização da rede, considerando

que os critérios para alocação dos agentes dependiam da participação e das articulações políticas locais. Podemos destacar esta influência, e mesmo determinação dos agentes políticos – no caso, os conselheiros – na organização da rede de saúde, ao ter a possibilidade de indicar os agentes comunitários para trabalharem no Programa. (MUDJALIEB, 2011).

Em seu Plano Municipal de Saúde 2010-2013, os técnicos propuseram a modificação da estrutura organizacional da SMS, a fim de contemplar, entre outras mudanças, a inclusão de uma Subsecretaria de Vigilância em Saúde (PM ITABORAÍ, 2010a). No mesmo ano da confecção do plano, a proposta integral do novo organograma não foi implantada, mas foram decretadas modificações e criações de alguns programas e setores, como mostram as Figuras 1 e 2. Entre eles, o setor de “vigilância em saúde”, contudo sem o termo “subsecretaria”, sendo composta pela VE, VISA, Vigilância Ambiental em Saúde (VAMB) e Saúde do Trabalhador (ST), através de decreto municipal (PM ITABORAÍ, 2010b).

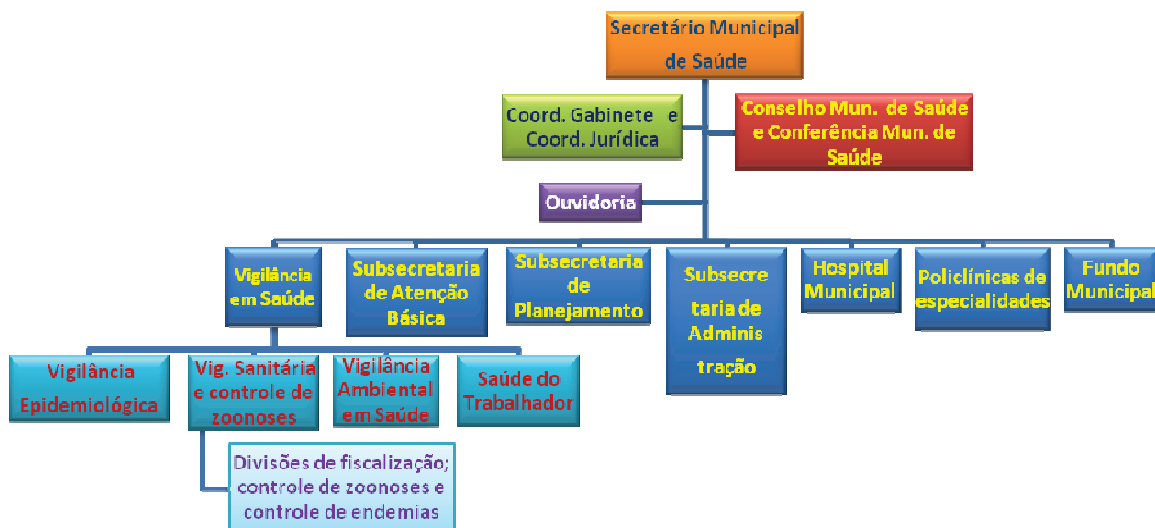
Figura 1 – Organograma da Secretaria Municipal de Saúde – 2005



Fonte: A autora a partir de PM ITABORAÍ, 2005.

Obs: Na figura, houve descrição mais detalhada do “Departamento de Vigilância Sanitária, Ambiental e Epidemiológica”.

Figura 2 – Organograma da Secretaria Municipal de Saúde – 2010



Fonte: A autora a partir de PM ITABORAÍ, 2010 b.

De acordo com o organograma de 2005, em seu artigo 23:

Compete ao Departamento de Vigilância Sanitária, Ambiental e Epidemiológica coordenar e supervisionar um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde, intervindo nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da população e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo, e o controle da prestação de serviços que se relacionem direta ou indiretamente com a saúde. (PM ITABORAÍ, 2005, p. 23).

Nesta descrição, não estão claras as atribuições da VE. Contudo, no decreto posterior, em 2010, já aparece uma melhor definição das “ações” deste setor, dentro do novo contexto de Vigilância em Saúde municipal.

Art 4º., §3º As ações de Vigilância Epidemiológica abrangem o conjunto de atividades que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva, com a finalidade de adotar ou recomendar medidas de prevenção e controle das doenças e agravos à saúde, ao meio ambiente a ao trabalhador.

E, no § 4º:

Através de ações coordenadas de diagnóstico, planejamento, implantação e avaliação, a Vigilância em Saúde visa à plena promoção da saúde da população, em consonância com o Plano Municipal de Saúde, com a pactuação intergestores do Sistema Único de Saúde (SUS) e com a legislação vigente.

...

Art. 14 - As ações de Vigilância Epidemiológica serão desenvolvidas através de métodos científicos, mediante pesquisas, monitoramento através da análise da situação, mapeamento de pontos críticos, estabelecimento denexo causal e controle de riscos. (PM ITABORAI, 2010 b, pgs. 3 e 6).

No decorrer desta pesquisa, pôde-se constatar que até o final da gestão 2009-2012, o que prevalecia na rotina dos setores era o organograma de 2005 (Figura 1), ou seja, todas as vigilâncias estavam, de fato, subordinadas diretamente ao secretário de saúde, não existindo uma instância intermediária – a figura constituída legalmente de um coordenador de vigilância em saúde. Este tipo de organização foi criticado pelos técnicos da VE:

O organograma antigo prejudica, porque estamos ligados diretamente ao secretário que não dá conta de nos responder em tempo hábil. Então neste ano (2012), passei a não prestar informações ou solicitar decisões junto ao secretário de saúde. Tento decidir com outros contatos. Precisamos muito de um subsecretário para fazer essa ponte. (E. 4).

Em 2011, conforme relatos de entrevistas, houve a presença de um “subsecretário das vigilâncias” que promovia a integração entre estes setores, mas não permaneceu.

O secretário de saúde, que iniciou sua gestão em 2013, tomou conhecimento da organização e, em sua entrevista, explicou que gostaria de promover uma nova discussão para reformulação do organograma. Existe uma equipe formada por técnicos em planejamento que trabalhará junto às diversas coordenações e profissionais técnicos, através de reuniões tipo “oficinas” a fim de reformular a atual estrutura e organização da SMS. Relata que ainda existem muitos cargos e setores sem atribuições definidas por lei e que gostaria que se formasse a Subsecretaria de Vigilância em Saúde, conforme a proposta definida no último Plano Municipal de Saúde 2010-2013.

No cumprimento da recomendação do Relatório Anual de Gestão 2011, houve a adoção, em 2012, de um novo modelo de gestão para o Hospital Municipal Desembargador Leal Júnior. Procedeu-se à contratação de uma OSS (Organização Social de Saúde), acreditando-se que esta nova forma de gestão possibilitasse ao

município fazer frente à responsabilidade fiscal e ao desafio de atendimento digno à população. O atual secretário de saúde, contudo, em fevereiro de 2013, concluiu a retomada da gestão do hospital, que passou a ser administrado novamente pela SMS, por entender que a organização social não ajudou na melhoria do atendimento hospitalar. Um grande problema também identificado foi a coexistência de, pelo menos, seis modalidades de contratação de recursos humanos, o que gerava inúmeros transtornos administrativos (www.prefeituraitaborai.com.br).

Segundo técnicos da VE, o laboratório de referência que fica dentro do hospital municipal vinha atendendo às demandas do setor quanto aos exames em tempo oportuno das doenças de interesse epidemiológico. Contudo, após a entrada da OSS na administração do hospital, houve dificuldades, tanto em relação aos insumos quanto à comunicação e o relacionamento entre os profissionais da VE e os novos profissionais do laboratório. Houve também um decréscimo de quantidade e qualidade quanto às notificações compulsórias advindas do hospital, apesar de ter havido aumento no número de profissionais contratados pela OSS para alocação no setor de vigilância hospitalar, responsável pelas notificações.

Em sua entrevista, o atual secretário de saúde explicou não concordar com o fato de o laboratório de referência em saúde pública estar vinculado ao hospital municipal. Pretende desvinculá-lo, mesmo após a retomada da gestão hospitalar pelo poder público, para que exista clareza quanto ao perfil de cada laboratório.

...O outro agravante é que o laboratório de saúde pública está totalmente vinculado ao laboratório do hospital (Leal Júnior). Esse laboratório tem que sair de lá. (Gestor da Saúde).

Quanto à Vigilância Hospitalar, o secretário acredita que o que prejudicou o trabalho, além da OSS foi a falta de uma coordenação que integrasse a equipe às outras vigilâncias.

Não dá para imaginar um hospital que não tenha um núcleo de VE. Aqui tem um núcleo de VE, inclusive tem um sanitarista como coordenador, mas a gente tem que avançar mais nisso. Está fragmentado... O que prejudica esta relação não é a OS, é a falta de uma liderança que torne esta relação harmoniosa. Nos últimos quatro anos se perdeu essa organização do sistema, as pessoas pararam de se falar, cada um acabou trabalhando no seu “quadrado”. (Gestor da Saúde).

O financiamento das ações de Vigilância em Saúde pelas três esferas de governo está regulamentado, ultimamente, pela Portaria nº. 3252, de 22 de dezembro de 2009, e

pela Lei Complementar nº. 141, de 13 de janeiro de 2012. O artigo 34 desta portaria explica que os recursos federais transferidos para Estados, Distrito Federal e Municípios para financiamento das ações de Vigilância em Saúde serão organizados no **Bloco Financeiro de Vigilância em Saúde** e serão constituídos pelos componentes: “Vigilância e Promoção da Saúde” e “Vigilância Sanitária”. Diz, ainda, que os recursos de um componente podem ser utilizados em ações do outro componente do Bloco de Vigilância em Saúde (BRASIL, 2009; BRASIL, 2012).

O artigo 35 desta portaria explicita que os recursos do Componente de Vigilância e Promoção da Saúde serão constituídos pelo Piso Fixo de Vigilância e Promoção da Saúde – PFVPS e pelo Piso Variável de Vigilância e Promoção da Saúde – PVPVS e que estes devem ser destinados às ações de vigilância, promoção, prevenção e controle de doenças.

Cabe ao MS publicar anualmente os montantes a serem transferidos a Estados e municípios, após pactuação na comissão intergestores tripartite (CIT) e aprovação pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS). A comprovação da aplicação dos recursos deverá sempre ser analisada pelo respectivo Conselho de Saúde de cada esfera de governo através do Relatório Anual de Gestão (RAG). (BRASIL, 2012)

Segundo relatório de gestão de 2011, existia no Fundo Municipal de Saúde uma dotação orçamentária inicial para a VE de 1.604.000 reais, e foram executadas despesas no valor de 1.688.882 reais, mas não há descrição das atividades/ações com os respectivos valores (SMS/ITABORAÍ, 2011).

De acordo com levantamento realizado no sítio da sala de apoio a gestão estratégica, em abril de 2013, os recursos transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS) diretamente ao Fundo Municipal de Saúde (FMS) da SMS de Itaboraí, destinados ao bloco de Vigilância em Saúde, no ano de 2012, foram no total de 1.878.732,41 reais, conforme o Quadro 10:

Quadro 10 – Transferências fundo a fundo, bloco Vigilância em Saúde, município de Itaboraí, ano 2012.

Sub-blocos	Valor líquido
Piso fixo de vigilância sanitária - PFVISA (Ações estruturantes de VISA)	83.125,56
Piso variável de vigilância e promoção da saúde - PVVPS	371.657,43
Incentivo de qualificação das ações da dengue	187.374,62
Incentivo no âmbito do programa nacional de HIV/AIDS e outras DST	55.282,81
Incentivo de qualificação de ações de vigilância e promoção da saúde p/ hepatites virais	67.500,00
Repasso para estruturação tecnológica da vigilância em saúde da UF	61.500,00
Vigilância epidemiológica e ambiental em saúde (Incentivo no âmbito do programa nacional de HIV /AIDS e outras DST)	27.641,41
Vigilância e promoção da saúde (Piso fixo de vigilância e promoção da Saúde - PFVPS)	1.024.650,58
TOTAL	1.878.732.41

Fonte: Sítio da Sala de apoio à gestão estratégica (www.saude.gov.br).

Com o objetivo de pesquisar *se e como* estes recursos foram investidos na VE municipal, solicitou-se o relatório de gastos a partir dos recursos do bloco de VS ao Fundo Municipal de Saúde. Este documento aponta despesas com diversos setores, contudo, nenhuma despesa destinada claramente à VE. A maior parte dos recursos foi destinada ao PMCD, para contratação temporária de agentes de endemias (R\$ 697.358,74) e para material de consumo (R\$ 18.500,00 e R\$ 51.905,00). Outros valores foram destinados aos programas de controle da hanseníase, de controle da tuberculose, de imunização, de vigilância ambiental e de vigilância sanitária (locação de imóvel). Alguns recursos destinados a pagamento de “material de limpeza”, “material de escritório”, “serviços de telecomunicações” e “fornecimento de energia elétrica” podem estar relacionados ao setor de VE, mas não está **suficientemente** claro. Tais recursos somam (R\$ 59.620,44), ou seja, 5,5% do montante gasto pela secretaria municipal de saúde e 3,17% do montante destinado ao bloco de Vigilância em Saúde pelo FNS, como mostra o Quadro 11:

Quadro 11 – Relação de gastos do exercício de 2012, a partir de recursos* do bloco Vigilância em Saúde (valores liquidados).

Elemento de Despesa	Especificação	Valor Anual
3.1.90.04.00	CONTRATAÇÃO POR TEMPO DETERMINADO	697.358.74
.20	Pessoal Civil - Contrato por tempo determinado (Agente de endemias)	697.358.74
3.3.90.30.00	MATERIAL DE CONSUMO	171.970.38
.99	Material para trabalho de campo e raticidas	18.500.00
.22	Material de limpeza	8.500.50
.39	Material de consumo para Hanseníase	6.386.70
.01	Material consumo para Vigilância Ambiental	7.900.00
.99	Insumos e alimentação para campanhas de vacinação	49.597.00
.16	Material de escritório	29.181.18
.99	Material de Insumo para PMCD	51.905.00
3.3.90.32.00	MATERIAL DE DISTRIBUIÇÃO GRATUITA	28.296.00
.99	Cestas básicas tuberculose	28.296.00
3.3.90.36.00	OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA FÍSICA	54.284.77
.99	Locação de imóvel	54.284.77
3.3.90.39.00	OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA	21.938.76
.58	Serviços de Telecomunicações (Telefone)	18.848.81
.99	Fornecimento de energia elétrica	3.089.95
4.4.90.52.00	EQUIPAMENTOS E MATERIAL PERMANENTE	108.260.14
.99	Equipamentos e Material Permanente Hanseníase	6.140.14
.99	Material de informática - Vigilância Ambiental	66.320.00
	Material de mobiliários - Vigilância Ambiental	35.800.00
TOTAL GERAL		1.082.108.79

Fonte: SMS / ITABORAÍ / FMS, 2013^a.

*OBS.: Os valores informados são referentes às transferências da União.

No Quadro 12, seguinte, retirado do Relatório de Gestão 2012, da SMS, há a descrição de despesas liquidadas para a vigilância epidemiológica no valor de 160.052,05 reais e com a vigilância sanitária no valor de 2.501.340,12 reais, totalizando 2.661.392,17 reais para as ações de vigilância em saúde. Composto estes valores, se os dados coletados pela pesquisa no FMS estiverem corretos, ainda se encontram despesas com os programas de hanseníase, tuberculose, imunização, controle da dengue e com a vigilância ambiental (vide quadro 11). Em outro ponto do relatório, está registrado que foram destinados (receitas) 1.114.981,33 reais de recursos próprios do município (contrapartida) para a Vigilância em Saúde em 2012.

Quadro 12 – Despesas com saúde (por subfunção) – ano 2012.

Despesas com saúde (por subfunção)	Dotação atualizada	Despesas Liquidadas (jan a dez)
Atenção básica	22.000.419.00	29.710.949.02
Assistência hospitalar e ambulatorial	49.174.720.00	62.218.382.56
Suporte profilático e terapêutico	400.000.00	650.366.64
Vigilância sanitária	2.946.546.00	2.501.340.12
Vigilância epidemiológica	161.000.00	160.052.06
Alimentação e nutrição	40.000.00	7.494.70
Outras subfunções	27.591.310.00	34.208.428.30
TOTAL	102.313.995.00	129.457.013.39

Fonte: SMS / ITABORAI, 2013 (Relatório anual de gestão 2012).

5.2.2. Gestão da VE e Atenção básica

Os instrumentos de gestão da SMS de Itaboraí ligados ao planejamento e monitoramento identificados foram: o Plano Municipal de Saúde 2010-2013; o Sistema do Pacto pela Saúde (registro da pactuação de prioridades objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do pacto pela saúde – SISPACTO); a Programação Anual de Saúde; e o Relatório Anual de Gestão (RAG). Esses instrumentos objetivam contribuir com a gestão, proporcionando desde o levantamento de problemas de saúde, o estabelecimento de prioridades, a sistematização de ações, estratégias e programações para o seu enfrentamento, além de prever a alocação de recursos financeiros para tal, monitoramento e avaliação e prestação de contas. Em última análise, esses instrumentos são ferramentas para o planejamento e que devem propiciar o aperfeiçoamento do sistema de saúde, buscando a melhoria dos serviços e da qualidade de vida da população.

Neste tópico, pretendeu-se tratar da forma como a VE participa do planejamento das ações da atenção básica. Como não houve oportunidade de entrevista com o secretário municipal de saúde antecessor, o secretário municipal de saúde que assumia foi questionado sobre como o planejamento seria encaminhado em sua gestão:

... Sempre com a preocupação de tornar esse trabalho (da VE) um instrumento no planejamento das ações de uma forma geral. Na minha visão a VE tem papel fundamental e tem obrigatoriamente uma interface com a atenção básica e atenção especializada... Estamos na fase de diagnóstico e vivendo a fase de planejar com carro andando. Já existem algumas coisas sendo construídas. Já iniciamos a redefinição de perfil do hospital. Temos a preocupação de planejar. Temos uma

equipe mínima de planejamento que está cumprindo os protocolos, fazendo o relatório anual de gestão, a programação anual de saúde. Eu trabalho de forma colegiada, quero ouvir todos... A coordenadora da VE está participando de uma discussão sobre a atenção básica juntamente com outros coordenadores. Entendemos que a VE deveria participar desse processo. (Gestor da Saúde).

Podemos concluir, desta fala e de outros pontos da entrevista, que o novo ocupante da pasta da saúde preza pela reflexão sobre organização e planejamento de forma colegiada. Pretende reunir lideranças e técnicos em espaços tipo “oficina” para discussão das necessidades e prioridades dos setores. Entendendo, ainda, que a fragmentação dos setores distribuídos em diversos prédios prejudica a integração, pretende reunir toda a Secretaria de Saúde em um único imóvel.

5.2.3. Qualificação dos Recursos Humanos

Ao analisar o tipo de vínculo e o processo de capacitação das profissionais de saúde da VE, observou-se que, em sua maioria, os vínculos são efetivos; as técnicas pertencem ao setor há muitos anos, até mesmo aquelas com vínculo precário. Aparentemente, há o entendimento institucional de que o processo de trabalho de vigilância exige competências técnicas e vocacionais:

Hoje a gente tem a necessidade de capacitar quem está aí contratado, mas muitas vezes capacitamos com a certeza de que a gente vai perder o profissional. Porque ele não tem vínculo com a gente. Qualquer projeto de desenvolvimento e capacitação de recursos humanos tem que estar sempre voltado para os concursados. Em determinados setores da secretaria, aqueles que têm atividades contínuas têm de ser formados por concursados. Este é um desafio meu. Eu acredito que a gente só tem a melhoria da qualidade dos profissionais à medida que a gente faça a contratação destes através de concurso público. (Gestor da Saúde).

Sendo servidoras temos outro comprometimento. Na VE é importante que sejamos servidores de carreira, porque não ficamos a mercê das trocas de gestão... Primeiro é importante garantir que a pessoa fique bastante tempo. A qualificação é importante porque é um trabalho bastante específico, tem que gostar, tem que ter perfil. Não precisa entrar sabendo, mas tem que ter uma afinidade por aquele serviço. (E. 4).

É sabido que as diversas trocas do gestor de saúde nos últimos anos desmontaram processos de capacitação de profissionais e a articulação entre as unidades e a VE em relação às notificações e investigações. Houve quebra de convênios, de pactuações, de continuidade de pagamentos a contratados e, principalmente, tais sucessões promoveram insegurança e falta de motivação dos profissionais. Também não houve avanço para a implantação do Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS) da área da saúde (SMS/ITABORAÍ, 2013). Mas, o fato de a maioria dos técnicos e a coordenadora serem servidores efetivos ajudou a manter a maior parte das atividades de rotina da VE; o que já não pode ser dito sobre as atividades mais complexas e inovadoras de estudos, pesquisas e capacitações que poderiam estar sendo desenvolvidas nos últimos anos, diante da enorme demanda já descrita anteriormente.

Um dado revelado pelo levantamento bibliográfico que acreditamos ser importante trazer aqui é o fato de, desde 2008, os agentes comunitários de saúde terem sido efetivados como estatutários, após lutarem desde 2003 para o reconhecimento da profissão, tanto pela administração municipal, quanto pela comunidade onde estão inseridos. Hoje, eles contam com uma associação – a Associação dos Agentes Comunitários de Saúde de Itaboraí (AACS) – que vem atuando em organizações sindicais e em diversos colegiados municipais objetivando melhores condições de trabalho, qualificação e implantação do PCCS (LIMA, 2011). A estabilidade destes funcionários, provavelmente, contribuiu para a manutenção do vínculo necessário entre a estratégia de Saúde da Família e a comunidade.

5.3. Caracterização da VE municipal

A descentralização das ações de Vigilância Epidemiológica em Itaboraí se deu a partir de 1996, no processo de organização das estruturas para atender aos requisitos de habilitação do município ao SUS para a “gestão plena da atenção básica”. Antes as ações eram realizadas pelo setor de Saúde Coletiva da SMS.

No trabalho de levantamento documental, encontramos uma descrição da **missão** da VE presente no escopo do Plano Municipal de Saúde vigente (2010-2013) em seu item 6.2.2:

... conhecer o perfil dos agravos ocorridos no município, monitorando a ocorrência de agravos de notificação compulsória e buscando conhecer os fatores relacionados à sua ocorrência. É a análise e divulgação das informações referentes aos eventos vitais e o perfil de

morbidade em Itaboraí que subsidiam o planejamento e avaliação das ações em saúde com informações oportunas. (...) coordena as ações necessárias à prevenção e controle de doenças transmissíveis, identificando mudanças de comportamento das doenças e atuando de forma oportuna e coordenada na ocorrência de surtos ou surgimento de doenças inusitadas. (PM ITABORAÍ, 2010a).

Tal descrição está afinada com as definições atuais do que seja a VE, presentes na Lei n°. 8080/90 e na Portaria n°. 3252/09. Contudo, esta descrição municipal relaciona as ações especificamente sobre as doenças transmissíveis, diferente do que diz as leis que, ou não delimitam (caso da Lei 8080/90), ou entendem que a vigilância deve ser sobre as doenças transmissíveis, não-transmissíveis e agravos (caso da Portaria n°. 3252/09).

Os principais subcomponentes da VE são: a coleta de dados referentes aos agravos de notificação compulsória, eventos inusitados e óbitos passíveis de monitoramento, a investigação epidemiológica, a notificação junto aos sistemas de informação, a gerência do registro de óbitos e nascimentos e a divulgação de análises e informações à população e aos gestores responsáveis pela tomada de decisão. Para o custeio, os recursos financeiros são oriundos do ministério da saúde, através do bloco financeiro “vigilância em saúde”. Estes recursos são do tipo “fundo a fundo” (do Fundo Nacional de Saúde ao Fundo Municipal de Saúde) e são repassados trimestralmente.

Em relação à estrutura física, a vigilância epidemiológica em Itaboraí ocupa uma sala de 6m x 4m composta ainda por um pequeno banheiro (1m x 0,5m) e uma minicopa (1m x 1 m). Observam-se armários, murais, mesas tipo áreas de trabalho, cadeiras, equipamentos de informática e telefone com fax. Há ainda, na minicopa, uma pequena mesa, bebedouro, geladeira e um pequeno lavatório. Tal espaço está localizado em prédio próprio da antiga sede de toda a Secretaria Municipal de Saúde, onde também já fora o hospital municipal. Neste, também funcionam vários programas ligados à saúde coletiva e à Subsecretaria de Atenção básica. Próximo à sala da VE está a sala que abriga a Vigilância Ambiental em Saúde e a Vigilância em Saúde do Trabalhador. O prédio horizontal encontra-se em péssimas condições estruturais e de manutenção, necessitando de ampla reforma.

A VE é constituída de um núcleo central e de outro núcleo presente no Hospital Municipal Desembargador Leal Júnior, com a função de busca ativa dos casos de doenças e agravos de notificação compulsória atendidos nesta unidade. Tal núcleo hospitalar, contudo, com base nas entrevistas realizadas junto aos técnicos, não constitui

parte da equipe municipal, com participação no seu planejamento ou rotinas, mas sim um setor independente com técnicos contratados pela Organização Social de Saúde (OSS) que, à época da pesquisa, administrava o Hospital Municipal. Não existem outros núcleos descentralizados no município.

A equipe atual é composta por sete técnicas, sendo três digitadoras, uma para cada sistema de informação (SIM, SINAN e SINASC), uma bióloga, duas enfermeiras e uma médica veterinária. Todas as técnicas de nível superior são sanitaristas e possuem duas especializações; três são servidoras efetivas e uma está sob o vínculo de contrato. O tempo de trabalho no setor varia de 4 meses a 20 anos (cf. Quadro 13). A coordenadora tem 35 anos, é uma das enfermeiras, possui especialização em Enfermagem do Trabalho e Residência em Saúde Pública; é servidora do município desde 2005 e está na coordenação desde 2007.

Quadro 13 – Caracterização dos técnicos da VE, do município de Itaboraí, segundo formação, especialidades e ano de lotação no setor.

Formação	Especialidades	Vínculo	Ano de lotação no setor	Carga Horária semanal
Ensino Médio	–	Estatutária	1996	40 h
Ensino Médio	–	Estatutária	1996	20 h
Ensino Médio	–	Contrato	2011	40 h
Biologia	Saúde Pública e Gestão em Saúde	Contrato	2008	24 h
Enfermagem	Saúde Pública e Enfermagem do Trabalho	Estatutária	2007	24 h
Enfermagem	Saúde do Trabalhador e Vigilância em saúde	Estatutária	2012	20 h
Medicina Veterinária	Ciências Veterinárias e EPI-SUS (MS)	Estatutária	2006	20 h

Fonte: A autora a partir de entrevistas.

A rotina de trabalho consiste basicamente no recebimento e análise de notificações de doenças e agravos; investigação direta junto aos pacientes ou com ajuda dos profissionais da atenção básica ou de outros profissionais, no caso da investigação de óbitos infantis e maternos; recebimento de declarações de óbito e de nascidos vivos; registro nos sistemas de informação e participação na organização de capacitações da atenção básica e em reuniões pertinentes ao setor.

5.4. Caracterização do grau de implementação da VE no município de Itaboraí

Como este estudo compreende uma avaliação de implementação, optou-se por sistematizar os resultados a partir dos componentes “insumos” e “atividades” do modelo lógico. Foram avaliados os indicadores relacionados aos insumos (subdimensão *disponibilidade*) e às atividades (subdimensões *oportunidade* e *qualidade técnico-científica*), vindos de diferentes fontes de informações.

5.4.1. Componente INSUMOS

Os indicadores relativos aos insumos referiam-se pela disponibilidade de recursos humanos, além de recursos físicos e materiais necessários para as atividades como: veículos, linha telefônica e fax de uso exclusivo; espaço físico adequado; computadores, material de informática e de expediente suficientes; normas e protocolos disponíveis para consulta exclusivos; laboratório para análises de amostras de importância epidemiológica.

Cabe uma maior explanação sobre os indicadores dos insumos *Recursos Humanos* e *Computadores*, que foram definidos a partir da experiência da pesquisadora e de aproximação prévia junto à coordenadora da VE de Itaboraí, sendo de consenso as demandas por um quantitativo suficiente de recursos humanos para o trabalho no território, com pessoal de apoio administrativo, digitadores exclusivos dos SIS e que, pelo menos o coordenador deste núcleo central fosse especialista em saúde pública ou epidemiologia. Quanto aos computadores, estes devem estar com o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) e Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) instalados. De preferência cada sistema instalado em um computador exclusivo, para não haver sobrecarga de memória. Ou seja, seriam necessários, pelo menos, dois computadores para os três sistemas.

A partir das entrevistas e da análise observacional, constatou-se que a coordenadora de VE possuía o requisito de ser especialista em saúde pública; é profissional experiente e bastante presente junto às instâncias de planejamento onde a VE é requisitada. Existem funcionárias responsáveis por cada sistema de informação sob a responsabilidade da VE, o SINAN, o SIM e o SINASC. Contudo, não existe

funcionário com funções administrativas e segundo considerações dos profissionais, a equipe de seis funcionários e uma coordenadora é insuficiente para atender às diversas demandas do setor.

Precisa de mais gente para fazer uma 'triagem', para ver as fichas e ver se está completa para a digitação. Talvez, um trabalho mais administrativo. (E.1).

Acho que precisaríamos de um médico para nos auxiliar (sanitarista ou infectologista). Às vezes, precisamos para tirar algumas dúvidas. Seria um grande auxílio. (E.2).

O médico não precisaria ser do setor, mas, às vezes, faz falta não ter um médico para dar suporte para algumas questões. (E.3).

Deveríamos ter mais técnicos de nível superior, porque a demanda aumentou por causa do pólo (COMPERJ). (E. 8).

... Mas para fazer mais, principalmente com a questão da vinda do COMPERJ, que aí deu uma explosão, principalmente na questão das doenças transmissíveis, precisava sim (falando do quantitativo de técnicos) até para trabalhar a vigilância de [doenças] não-transmissíveis que a gente pouco faz, até porque, culturalmente, a vigilância sabe muito mais trabalhar com as doenças transmissíveis, mas como aqui em Itaboraí a gente tem um trabalho muito estreito com a atenção básica, somos cobrados a todo o momento a trabalhar com a vigilância das doenças não-transmissíveis. (E. 4).

Verificou-se que existe um laboratório de referência, sediado no Hospital Municipal Desembargador Leal Júnior, funcionando 24h por dia. Ocupa área total de 134 m² e realiza exames de emergência e de rotina (PM ITABORAÍ, 2010a), inclusive os exames necessários de acompanhamento dos casos de importância epidemiológica, no âmbito ambulatorial e hospitalar; além de participar de programas de acompanhamento da carga viral Cd4+/Cd8. Quando há necessidade de exames mais complexos, as amostras são enviadas pelo próprio laboratório para o Laboratório Central Noel Nutels (LACEN-NN).

De grande importância para as atividades de vigilância de forma oportuna, a disponibilidade de veículo para o setor é inexistente. Apesar de a equipe saber que houve aquisição de um carro tipo popular com recursos do VIGISUS, destinado a VE, nenhum dos técnicos soube precisar o destino deste bem. Segundo levantamento documental feito pela pesquisadora, toda a frota de veículos da prefeitura, excetuando-se as ambulâncias, passou a ser controlada pela Secretaria Municipal de Obras a partir de março de 2011 (PM ITABORAÍ, 2011). Ou seja, nem mesmo a Secretaria de Saúde

tem ingerência sobre os veículos adquiridos com recursos do Fundo Municipal de Saúde. Os técnicos da VE descreveram que quando necessitam realizar investigação de campo, recorrem a coordenadores de outros setores que possuem veículo à disposição para que o cedam para aquele momento específico.

O espaço físico, já descrito anteriormente, possui seis mesas tipo área de trabalho, com cinco computadores, todos com acesso à internet, uma impressora simples e uma linha telefônica com fax. As mesas são pequenas e possuem uma gaveta cada uma. Existem mais três armários altos, três armários baixos e um arquivo para pastas suspensas. Estes, não sendo suficientes para guarda de notificações, declarações de óbito, declarações de nascidos vivos e documentos diversos.

Os sistemas de informação SIM, SINAN e SINASC estão instalados cada um em um computador como é recomendado pelos técnicos da SES responsáveis pelo processo de instalação dos sistemas e ainda existem dois computadores de uso geral.

Os materiais de expediente e de informática são solicitados no começo de cada ano junto ao almoxarifado da SMS e, mesmo não sendo abundante, são suficientes para as atividades. A linha telefônica com fax, mesmo sendo considerada de uso exclusivo, pois pertence à VE, é utilizada vez ou outra por setores próximos. Os técnicos foram unânimes quanto ao descontentamento com o espaço físico e mobiliários inadequados.

O maior problema é o espaço físico. Às vezes estamos conversando com algum paciente (via telefone) ou tentando anotar alguma notificação e o barulho atrapalha. E quando temos que receber algum paciente, não temos lugar para atender. Temos que atender ali mesmo. Não temos uma salinha reservada. (E.3).

Os setores usam o nosso fax e o nosso telefone. São da vigilância, mas áreas que não têm telefone usam o nosso. A impressora é compartilhada. Seria importante que cada um tivesse sua área de trabalho, um computador, material de escritório para cada um. Isso é ruim, porque eu tenho as minhas coisas que eu preciso guardar em algum lugar e eu não tenho uma gaveta, por exemplo, para guardar as minhas coisas e isso desorganiza o serviço. A sala é pequena. (E.6).

No espaço, se vierem todos juntos, no mesmo dia, no mesmo horário, não é suficiente. (E.8).

As normas e protocolos de importância para o setor são o Guia de Vigilância Epidemiológica, em sua versão mais atualizada, e as diversas leis e notas técnicas, proferidas pelo Ministério da Saúde ou Secretaria Estadual de Saúde. Segundo dados

das entrevistas e observação direta, há no setor a versão recente do GVE e as normas, leis e notas técnicas estão afixadas em murais dentro do setor ou encontram-se disponíveis em pasta digital de nos computadores de uso geral.

Desta maneira, concluímos que, na subdimensão *disponibilidade*, do componente INSUMOS, a VE encontra-se com índice de implementação insatisfatório (68%). A matriz de análise e julgamento com as devidas pontuações é apresentada a seguir no Quadro 14:

Quadro 14 – Matriz de análise e julgamento – INSUMOS

INSUMOS	INDICADOR / CRITÉRIO	Pont	PM	PO
Recursos humanos	Coordenador com especialização em saúde pública ou epidemiologia	2,5	10	2,5
	Digitadores exclusivos para os SIS	2,5		2,5
	Pessoal de apoio administrativo	2,5		0
	Equipe mínima para as ações de VE	2,5		0
	TOTAL deste recurso			
Laboratório	Ausência de laboratório municipal ou de referência	0	10	10
	Existência de laboratório municipal ou de referência	10		
Veículo	Veículo não disponível para a VE	0	10	0
	Veículo não exclusivo	5		
	1 veículo exclusivo	10		
Espaço físico com mobiliário	Mobiliário insuficiente para toda a equipe	0	10	0
	Mobiliário suficiente para toda equipe	10		
Linha telefônica	Linha telefônica não exclusiva	5	10	5
	Linha telefônica exclusiva	10		
Fax	Aparelho de fax não exclusivo	5	10	5
	Aparelho de fax exclusivo	10		
Acesso à internet	Um ponto de acesso à internet	0	10	10
	Acesso à internet em todos os computadores com sistema de informação	5		
	Acesso à internet em todos os computadores com sistema de informação e a outros existentes	10		
Computadores para os SIS e outros usos	1 computador	0	10	10
	2 a 3 computadores (com SIS instalados)	5		
	3 ou mais computadores (com SIS instalados e para uso geral)	10		
Material de informática e de expediente	Ausência de impressora	0	10	10
	1 ou mais impressoras	10		
	Material de expediente insuficiente (papel, tinta, envelopes, pastas etc.)	0	10	10
	Material de expediente suficiente (papel, tinta, envelopes, pastas etc.)	10		
Normas e protocolos	Guia de Vigilância Epidemiológica e outros documentos normativos não disponíveis para toda a equipe	0	10	10
	Guia de Vigilância Epidemiológica e outros documentos normativos disponíveis para toda a equipe	10		
Total de pontos esperados			110	
Total de pontos observados				75
Índice de implementação subdimensão Disponibilidade componente INSUMOS = 68%				

Nota: PM – Pontuação Máxima; PO – Pontuação Observada.

5.4.2. Componente ATIVIDADES

Com relação à subdimensão *qualidade técnica* foram eleitas dez atividades: Planejamento anual, Reuniões de monitoramento das ações, Realização de reuniões e/ou ações com outros programas; Processamento dos dados nos sistemas de informação; Conhecimento de normas e protocolos que regem a VE; Participação de técnicos em cursos de capacitação; Análise da incidência e prevalência, a partir de gráficos de tendências, mapas etc.; Produção e divulgação de informações intra e inter-setorialmente através de boletins epidemiológicos; Retroalimentação de informações às unidades notificantes; Realização de atividades educativas junto à comunidade.

Para a subdimensão *oportunidade* foram eleitas três atividades: Notificação e encerramento oportuno de casos suspeitos de Doenças e Agravos de Notificação Compulsória, Coleta de amostras de forma oportuna para encerramento de casos e Investigação oportuna de óbitos, surtos e epidemias. Os indicadores que definem sua implementação foram baseados no último Relatório dos indicadores do pacto pela saúde (SES/RJ, 2011), onde estão registradas as metas pactuadas de todos os municípios com a Secretaria Estadual de Saúde/RJ e o Ministério da Saúde, para o biênio 2010-2011.

Os resultados analisados das atividades sob a subdimensão *qualidade técnico-científica* foram coletados, principalmente, através das entrevistas. Não houve acesso ao relatório de gestão do ano de 2012 da VE, o que prejudicou uma análise mais detalhada de algumas atividades.

O conteúdo das entrevistas indicou que não houve reunião de planejamento do setor para o ano de 2012 e não existiram reuniões de equipe com objetivo de monitoramento das ações ou para tratar de qualquer outro assunto da rotina de atividades. Segundo as entrevistadas, tais reuniões não são realizadas há muito tempo.

Quanto às reuniões ou ações em conjunto com outros programas da atenção básica ou com as demais vigilâncias foram descritas diversas atividades no ano de 2012. Aconteceram reuniões, a partir da sala de situação da dengue, com o Programa Municipal de Controle da Dengue (PMCD), representantes da assistência e da atenção básica. Também aconteceram cursos de capacitação para profissionais de saúde a partir dos programas de controle de Tuberculose, Hanseníase e DST/AIDS cuja organização contou com a participação da VE, e também há cooperação junto ao programa de Imunização nas campanhas nacionais de vacinação. Acontecem ações pontuais em parceria com outra vigilância diante da necessidade de alguma investigação de caso ou

evento; contudo, não existe um trabalho integrado. Faz-se necessário ressaltar que todas as entrevistadas entendem a importância de uma maior aproximação e de ações em conjunto com as demais vigilâncias.

Aconteceu com a atenção básica, PSF, Programa de saúde da mulher, (Programa de controle da) Tuberculose, (Programa de controle da) Hanseníase, (Programa de controle de) DST. Não vejo acontecer com as vigilâncias. (E. 7).

Existem ações em conjunto. Em relação à dengue temos a sala de situação da dengue, que funcionou bastante neste ano de 2012. E aí reunimos (Vigilância) ambiental, PMCD (Programa Municipal de Controle da Dengue), assistência, atenção básica, reúne alguns representantes... Já tivemos casos que precisaram de uma maior investigação ambiental: leptospirose, leishmaniose e que vamos (investigar) com a ambiental ou com a sanitária. (E.6).

A Vigilância Sanitária é distante. Entendo que todas as vigilâncias deveriam estar juntas. Nunca conseguimos falar com a VISA. Só conseguimos ir lá de carro, quando se chama para conversar eles não aparecem. Com os programas há mais integração. (E. 1).

Historicamente, a integração entre as vigilâncias sempre foi complicada. Em relação à Vigilância Ambiental, ela foi criada há pouco tempo. Nestes últimos anos, houve a implantação de uma equipe, que está junto com a “saúde do trabalhador”... Mas, por não temos um subsecretário de vigilância em saúde, não conseguimos construir um trabalho juntos, as três vigilâncias. Temos todas as vigilâncias, foi um grande avanço. Precisamos agora evoluir para a construção de um trabalho integrado... A integração com o PMCD funciona bem em época de epidemia. Parou a epidemia, temos dificuldade em nos falar. Temos muita integração com os programas, mais do que com o PSF (Programa de Saúde da Família). É um trabalho de união para realizar capacitações. Aqui a VE é mais integrada com os programas e atenção básica do que com os seus pares das vigilâncias. Participamos das reuniões da atenção básica. (E.4).

Na maior parte dos municípios a VE está responsável pela alimentação de, pelo menos, três sistemas nacionais de informação em saúde: o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). O SINAN é alimentado, principalmente, pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória, mas é facultado a Estados e municípios incluir outros problemas de saúde importantes em sua região. O

uso desse sistema fornece subsídios para explicações causais dos agravos de notificação compulsória, além de vir a indicar riscos aos quais as pessoas estão sujeitas.

O SIM foi criado pelo DATASUS para a obtenção regular de dados sobre mortalidade no País. A partir da criação do SIM foi possível a captação de dados sobre mortalidade, de forma abrangente, para subsidiar as diversas esferas de gestão na saúde pública. Já o SINASC tem o objetivo de reunir informações epidemiológicas referentes aos nascimentos informados em todo território nacional. Por intermédio desses registros é possível subsidiar as intervenções relacionadas à saúde da mulher e da criança para todos os níveis do Sistema Único de Saúde (SUS), como ações de atenção à gestante e ao recém-nascido (DATASUS, 2013h).

Com base nas informações dos sistemas é possível realizar análises de situação, planejamento e avaliação das ações e programas de diversas áreas. Para tanto, o Ministério da Saúde, em sua Portaria nº. 3252/09, condiciona a manutenção do repasse dos recursos de todo o bloco de Vigilância e Promoção da Saúde aos municípios à alimentação regular destes três sistemas (BRASIL, 2009). Esta alimentação deve ser semanal, totalizando 52 envios de informações anuais, em forma de lotes do sistema, via e-mail. Não são admitidos envios por outros mecanismos. Isso contribui para a manutenção no município de recursos humanos, computadores e pontos de internet específicos para o processamento de dados dos sistemas de informação da VE.

No levantamento de dados documentais, constatou-se que a regularidade de envio de lotes de todos os sistemas atingiu a pontuação máxima, determinada para o envio de 80% ou mais do total de 52 lotes. A VE de Itaboraí enviou todos os lotes, de todos os sistemas, dentro do prazo determinado pela SES/RJ, no ano de 2012.

Através das entrevistas foi constatado que todas as técnicas têm conhecimento e utilizam no dia-a-dia os protocolos presentes no guia de vigilância epidemiológica, principal guia para as atividades de vigilância epidemiológica. Contudo, não descreveram conhecimento sobre, por exemplo, as atribuições municipais do setor que constam em Diário Oficial de 2005 e 2010 e no último plano municipal de saúde divulgado em 2010. Portanto, foi considerado que havia conhecimento e utilização apenas do GVE, o que determinou o alcance de apenas metade da pontuação máxima.

Os técnicos foram arguidos em entrevista sobre a existência de um setor municipal responsável por capacitações e de que forma acontecia o processo de educação permanente. Algumas das respostas seguem abaixo.

Não existe programa municipal. Participamos de cursos disponibilizados pela Secretaria Estadual de Saúde. (E.2).

Temos um setor de educação permanente (da Secretaria Municipal de Saúde). Mas, a gente não vê uma movimentação. Existe há muito tempo, mas houve trocas de coordenação e aí perdeu-se o gás. O que fazemos é participar das capacitações da Secretaria Estadual de Saúde. (E.7).

Vários cursos foram promovidos pela SES/RJ nos anos de 2011 e 2012. As técnicas de Itaboraí participaram praticamente de todos. Duas técnicas de nível superior também realizaram cursos de pós-graduação com anuência da SMS (v. Quadro 15):

Quadro 15 – Relação de participação em cursos das técnicas da VE nos anos de 2011 e 2012

Cursos	Instituição	Duração	Participantes
Atualização em SIM	SES	5 dias	Téc. nível médio B e C
Atualização em SINAN	SES	8 h	Téc. nível médio A
Atualização em Tabwin	SES	8 h	Téc. nível médio A
Avaliação em Saúde	ENSP/FIOCRUZ	5 dias	Téc. nível superior E
Dengue	SES	8 h	Téc. nível superior E
EPISUS	MS	2 anos	Téc. nível superior F
Esporotricose	SES/FIOCRUZ	8 h	Téc. nível superior F
Hanseníase	SES	8 h	Téc. nível médio A
Influenza EAD	MS	3 meses	Téc. nível superior E
Meningites	SES	16 h	Téc. nível superior E
Mestrado Profissional em Vigilância em Saúde	ENSP/FIOCRUZ	2 anos	Téc. nível superior G
Transmissão Vertical de Sífilis	SES	8 h	Téc. nível superior E
Tuberculose	PCT municipal	8 h	Téc. nível médio A
Vig. Acid. Animais Peçonhentos	SES	8 h	Téc. nível médio A
Vig. Epid. Hospitalar	MS	24 h	Téc. nível superior D

Fonte: A autora a partir de entrevistas e análise documental.

O critério de implementação, com a pontuação máxima de 10, foi o de participação de 60% a 80% dos técnicos em algum curso de capacitação nos últimos 2 anos. Tal pontuação foi alcançada já que todas as técnicas participaram de um ou mais cursos de capacitação, atualização, especialização ou mestrado profissional ao longo dos últimos dois anos.

A atividade *de análise de incidências e prevalências* faz parte do subcomponente “estudos e pesquisas” do componente de gestão da VE. Tais atividades complementam a notificação de casos, contribuindo para a análise da situação de saúde da população, a partir das informações geradas pelo setor.

As análises de incidência e prevalência podem fazer parte do levantamento do perfil epidemiológico, mas podem estar presentes no dia-a-dia do trabalho de vigilância para acompanhamento de algum agravo ou dos indicadores de mortalidade e nascimento.

Durante a pesquisa, não foram apresentados documentos ou relatórios por parte da coordenadora que revelassem estudos deste nível. Portanto, estas atividades não obtiveram a pontuação esperada.

O *boletim epidemiológico* é um instrumento presente desde o início da VE no Brasil. A divulgação das informações junto à população e aos gestores, além de fazer parte da missão de todas as vigilâncias (BRASIL, 2009), serve como instrumento de suporte ao controle social e para a formulação de políticas e a implementação de programas de saúde.

Não foram encontradas evidências de confecção por parte da VE de Itaboraí de qualquer tipo de boletim informativo junto à população ou às instâncias superiores da SMS. Portanto, esta atividade ficou com pontuação zerada.

Além do boletim epidemiológico, um dos pilares do funcionamento do sistema de vigilância, em qualquer de seus níveis, é o compromisso de responder aos informantes, de forma adequada e oportuna. Fundamentalmente, essa resposta – ou retroalimentação – consiste no retorno regular de informações às fontes produtoras, demonstrando a sua contribuição no processo. A credibilidade do sistema depende de que os profissionais de saúde e as lideranças comunitárias se sintam participantes e contribuintes, bem como identifiquem a utilidade das informações geradas para a tomada de decisão (BRASIL, 2009a).

Em entrevista, as técnicas foram questionadas sobre a existência de *rotina de retroalimentação às unidades notificadoras*. Não houve comprovação desta prática como rotina. O que se pôde concluir, na verdade, foi que poucas são as unidades notificadoras. Apesar do grande número de unidades de saúde da família, a maior parte das notificações compulsórias é feita pelo hospital municipal e, mais ultimamente, pela nova UPA de Manilha.

São poucas as notificações. Nós é que entramos em contato com os postos ou com os programas. As notificações são mais pelo hospital, UPA. Os postos têm kit de notificação enviado por nós, embora alguns às vezes relatem que não receberam. Na maioria das vezes, nós é que procuramos o posto para pedir informações sobre o caso. Na verdade, a cobertura (de 70%) propagada de PSF é ilusão. (E.3).

Não sei se é uma rotina estabelecida. O que vejo é que chegam poucas coisas das unidades básicas, então é difícil dar esse retorno. Geralmente acontece o contrário. Chegam as notificações aqui e aí nós ligamos para a unidade para informar ou pedir ajuda na investigação. (E.7).

Quanto ao trabalho de *educação em saúde*, preconizado pelo GVE e pela Resolução estadual nº. 1335/10 como uma das atividades da VE municipal, não houve um consenso, a partir da fala das técnicas, sobre como o setor deveria promover tal atividade. Deveria ser um trabalho em cooperação com o núcleo de educação permanente da SMS ou se deveria haver uma rotina de aproximação junto à comunidade organizada e planejada pelo setor. Como conclusão, as atividades de educação em saúde costumam acontecer a partir da epidemia de dengue, nos bairros onde haja maior incidência ou quando existem casos de meningite entre escolares, em que há necessidade de orientação a pais e professores sobre a doença, como ilustra a fala a seguir.

Sim, sobre dengue, leptospirose, meningite, junto às escolas, quando temos casos de meningite. Sobre dengue, sempre tem algum evento todo ano, envolvendo alguma escola. Trabalhamos com o pessoal da Educação em Saúde. (E.6).

Houve o entendimento de que, no ano de 2012 aconteceu uma atividade educativa no bairro São José por conta do grande número de casos de dengue. Portanto, esta atividade alcançou a pontuação 5 de nossa matriz de análise e julgamento.

A atividade de notificação e encerramento de casos faz parte da rotina diária da VE. Historicamente, a notificação compulsória é sua principal fonte de informações. Notificação é a comunicação da ocorrência de determinada doença ou agravo à saúde, feita à autoridade sanitária por profissionais de saúde ou qualquer cidadão, para fins de adoção de medidas de intervenção pertinentes (BRASIL, 2009a). A listagem das doenças de notificação nacional é estabelecida pelo Ministério da Saúde entre as consideradas de maior relevância sanitária para o País. Os dados coletados sobre as doenças de notificação compulsória são incluídos no Sistema Nacional de Agravos de

Notificação (SINAN). Estados e municípios podem adicionar à lista outras patologias de interesse regional ou local, justificada a sua necessidade e definidos os mecanismos operacionais correspondentes (BRASIL, 2009a). Para que haja adoção de medidas de controle em tempo hábil, tais notificações com as devidas investigações e encerramento devem ser feitos de forma **oportuna**, assim como também está definido como missão da VE no município: “... identificando mudanças de comportamento das doenças e atuando de forma oportuna e coordenada...” (PM ITABORAÍ, 2010a).

O protocolo do SINAN determina prazos de encerramento para algumas doenças, não só para a aplicação e medidas de controle em tempo hábil pelas diversas instâncias, como também para a divulgação de dados que retratem a real magnitude destas doenças. Nesta pesquisa, como critério de implementação da atividade de *encerramento oportuno* definiu-se que a porcentagem não deveria ser menor que 75% para o ano de 2012. Tal critério foi baseado a partir da última pactuação entre o município e a SES/RJ (2010/2011), onde consta este indicador, cuja meta para 2011 também foi de 75% (SES/RJ, 2011). Através de análise do banco de dados do SINAN municipal em abril de 2013, constatou-se que, no ano de 2012, a VE municipal notificou 6.283 casos suspeitos ou confirmados de doenças ou agravos. Destes, 119 casos foram encerrados oportunamente daqueles 139 que se enquadravam na exigência de encerramento oportuno, pois não são considerados agravos crônicos, dengue clássico e agravos de interesse municipal ou estadual (Anexo 5). Então, o percentual de encerramento oportuno no ano de 2012 foi de 85, 6%, acima do ponto de corte de 75% definido na matriz de análise e julgamento. Consideramos assim que esta atividade atingiu a pontuação esperada.

Para avaliar a atividade *coleta de amostras de forma oportuna para encerramento de casos* utilizamos o indicador de “encerramento pelo critério laboratorial” por acreditar que este pode demonstrar a eficiência do sistema de vigilância, considerando a capacidade de executar uma série de atividades que vai resultar na elucidação diagnóstica, a saber: identificar e notificar os casos suspeitos; coletar espécimes clínicos; preparar a amostra e enviá-la ao laboratório municipal ou de referência para o processamento dos exames laboratoriais.

Dentre as várias doenças de notificação compulsória com necessidade de exames laboratoriais para sua confirmação, optamos por escolher as meningites, as hepatites virais e as doenças exantemáticas.

As meningites de origem infecciosa, principalmente as causadas por bactérias e vírus, são as mais importantes do ponto de vista da saúde pública, pela magnitude de sua ocorrência e potencial de produzir surtos. O diagnóstico laboratorial das meningites é realizado através do estudo do líquido cefalorraquidiano, sangue e raspado de lesões petequiais, quando se suspeitar de meningococemia e doença meningocócica. O diagnóstico das meningites virais também pode ser realizado através da urina e fezes. A precocidade do tratamento e do diagnóstico é fator importante para o prognóstico satisfatório das meningites. A adoção imediata do tratamento adequado não impede a coleta de material para o diagnóstico etiológico, mas recomenda-se que a coleta das amostras seja feita, preferencialmente, antes de se iniciar o tratamento ou o mais próximo possível desse momento (BRASIL, 2009a). A coleta de espécimes clínicos do paciente é imprescindível para a confirmação do diagnóstico etiológico e para um melhor trabalho de controle de um possível surto na comunidade. Um diagnóstico laboratorial rápido e preciso vai determinar se a equipe de VE aplica ou não, por exemplo, o controle através de quimioprofilaxia com antibióticos em contatos familiares e/ou escolares nas primeiras 48 h, em caso de confirmação laboratorial de doença meningocócica ou meningite por *H. influenzae*.

Para ampliar a proporção de casos de hepatite B confirmados por sorologia é fundamental notificar os casos suspeitos de hepatites virais no SINAN e garantir a realização do exame sorológico mediante o estabelecimento de fluxos desde a coleta até o recebimento oportuno do resultado, tendo em vista o prazo de encerramento oportuno da ficha de investigação epidemiológica de 180 dias. Além disso, deve-se monitorar os casos notificados para identificação imediata daqueles nos quais não foram coletadas amostras sorológicas adequadas e oportunas para realização de busca ativa. (BRASIL, 2011). Todos os casos notificados que estejam relacionados com os vírus de hepatites tipo A e B deverão ser investigados para adoção das medidas de controle cabíveis e o diagnóstico de hepatite deve repousar em testes sorológicos específicos, com o achado de antígeno de superfície da hepatite B (HBsAg) no soro na doença aguda. O HBsAg aparece no soro durante o período de incubação, antes do aparecimento dos sintomas, persiste durante a doença e desaparece na convalescença. A hepatite C pode ser diagnosticada pela presença de anticorpos anti HCV no soro, não se distinguindo, porém, infecção aguda e crônica (BRASIL, 2009a).

As doenças exantemáticas de notificação compulsória no Brasil são a rubéola e o sarampo. A partir de 1999, com a vigilância integrada de sarampo e rubéola como

estratégia para atingir a meta de erradicação do sarampo, é que se passa a documentar mais sensível e representativamente a circulação do vírus da rubéola no Brasil. Em 2003, foi estabelecida a meta de eliminação da rubéola e da síndrome da rubéola congênita nas Américas até 2010. Para isso, foi fundamental fortalecer as estratégias de combate a SRC, em especial com ações de imunização e vigilância ativa em unidades de referência para o atendimento de crianças com infecções congênitas e com outras malformações compatíveis com SRC.

Devido à eliminação da circulação do vírus da rubéola no País, a partir de 2009, um caso confirmado de rubéola é considerado um surto, independente da localidade ou período da ocorrência do mesmo. Todos os casos suspeitos de rubéola ou sarampo devem ser notificados e deve-se proceder a coleta de amostras de forma oportuna em todos os casos (BRASIL, 2010).

O último caso autóctone de sarampo no Brasil foi confirmado em 2000, no Estado do Mato Grosso do Sul. Também nesse ano foi concluída a implantação das vacinas tríplice e dupla viral, que vinham sendo introduzidas na rede de serviços do SUS de forma gradativa. A vacina tríplice viral protege as crianças a partir de 1 ano de idade da rubéola, sarampo e caxumba. Diante desta realidade, quando há suspeita clínica de rubéola ou sarampo, mas a investigação epidemiológica e laboratorial não foram realizadas ou concluídas, isto representa uma falha do sistema de vigilância epidemiológica (BRASIL, 2009a).

Analisando os dados do SINAN, em abril de 2013, identificamos que foram notificados e encerrados 42 casos suspeitos de algum tipo de meningite em residentes de Itaboraí, no ano de 2012. Destes, somente 16 casos foram encerrados com base em critério laboratorial (38%). No caso das hepatites virais, foram notificados e encerrados 36 casos. Destes, 34 foram encerrados por critério laboratorial (94,4%) e, quanto as doenças exantemáticas, foram notificados 2 casos suspeitos de rubéola. Ambos foram encerrados por critério laboratorial (100%), como já era esperado e exaustivamente cobrado por técnicos da SES/RJ. A falha no encerramento dos casos de meningite não permitiu o alcance do critério da nossa matriz de análise e julgamento que considera que deveriam ser encerrados 80% ou mais de casos por critério laboratorial.

A atividade *investigação oportuna de óbitos, surtos e epidemias* foi analisada a partir de indicadores de investigação de óbitos por dengue, óbitos infantis (de 0 a 1 ano de vida) e óbitos de mulher em idade fértil e maternos. Por ser uma atividade complexa, inclusive no sentido de determinação de indicadores e critérios, não foi possível realizar

análise da atividade de investigação de surtos e epidemias. Optou-se pela escolha de eventos cuja investigação é realizada no sentido de melhorar a qualidade das informações para além das que constam nas declarações de óbito, tendo como objetivo final verificar a oportunidade e adequação das condutas realizadas pelos serviços de saúde para evitar o óbito. Porém para se conhecer e intervir na qualidade destes serviços é necessário que o processo de investigação ocorra logo em seguida do óbito, para não haver perda de informações.

Uma vez estabelecida à transmissão da dengue, o objetivo dos serviços de saúde é evitar que o indivíduo evolua para o óbito. Por isso, é importante investigar e tentar identificar possíveis fatores determinantes dos óbitos, e dessa forma, evitar a ocorrência de outros óbitos. Para tanto, foi lançado em 2009 um protocolo de investigação de óbitos de dengue com o objetivo de instrumentalizar a vigilância epidemiológica no processo de investigação destes casos. Neste documento há a determinação do ministério da saúde para que seja realizada a investigação de cada caso suspeito de dengue que evoluiu para óbito. A investigação deve ser conduzida imediatamente após a notificação do caso utilizando questionário padronizado (BRASIL, 2009b). O critério da matriz de análise e julgamento, portanto, refere-se à investigação em 100% dos casos. Contudo, em 2012 não houve casos de óbitos por dengue entre residentes do município de Itaboraí.

Em relação à investigação oportuna de óbitos de mulheres em idade fértil, maternos e infantis, a normatização está presente nas Portarias Ministeriais n.ºs. 1119, de 05 de junho de 2008, e 1172, de 15 de junho de 2004 (BRASIL, 2004; 2008). A primeira responsabiliza a vigilância epidemiológica da gestão municipal pela apresentação da causa da morte até 120 dias após sua ocorrência. Ainda, define o fluxo que a informação sobre o óbito e suas causas deverá seguir até o Ministério da Saúde.

Óbitos maternos e óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos de idade), independentemente da causa declarada, são considerados eventos de investigação obrigatória. Ou seja, a investigação visa detectar casos de óbitos maternos não declarados, ou descartar a possibilidade dos óbitos destas mulheres terem sido maternos, independente da causa declarada no registro original. Além disso, visa levantar fatores determinantes e subsidiar a adoção de medidas que possam evitar a ocorrência de eventos semelhantes (BRASIL, 2011).

A Portaria n.º. 1172 preconiza que é atribuição do componente municipal do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde a “vigilância epidemiológica e o

monitoramento da mortalidade infantil e materna”, e dos Estados, “de forma complementar a atuação dos municípios”. Portanto, as secretarias de saúde devem identificar profissionais responsáveis pela vigilância de óbitos de referência do município e do Estado. É de grande importância a participação integrada dos setores de vigilância epidemiológica e dos setores responsáveis pela assistência à saúde (atenção básica, secundária e terciária), uma vez que os objetivos principais do trabalho não se restringem à melhoria das estatísticas vitais, mas também à qualidade e organização do cuidado à saúde (BRASIL, 2009c). Tais atribuições de coleta e análise dos dados acabam sendo assumidas, exclusivamente, pela vigilância municipal, na maioria dos municípios, pois esta tem a responsabilidade de registrar as informações em tempo oportuno em subsistema *online* específico dentro do SIM.

No levantamento dos dados, através de painel que fora atualizado no DATASUS em fevereiro de 2013, agrupamos os óbitos e as investigações oportunas que se deram até setembro de 2012, para que houvesse justiça quanto ao cumprimento do prazo de 120 dias para o registro das conclusões de investigação.

Em relação aos óbitos infantis, ocorreram 49 até setembro de 2012. Destes, 17 (34,6%) foram investigados em tempo oportuno. De 62 óbitos de mulheres em idade fértil, nenhum era do tipo materno declarado e 42 haviam sido investigados de forma oportuna até setembro de 2012 (67,7%). O critério da matriz de análise e julgamento é de que tenham sido investigados de forma oportuna 60% dos casos notificados, tanto para óbitos infantis, como para os de MIF e maternos. Por conta do baixo registro de investigação dos óbitos infantis, esta atividade não atingiu a pontuação máxima.

Podemos concluir que o índice de implementação da subdimensão *oportunidade* das atividades foi considerada crítica, pois obteve a pontuação de 10, onde a pontuação máxima seria 30, chegando então a 33,3% do total.

Quadro 16 – Matriz de Análise e Julgamento – ATIVIDADES.

	ATIVIDADES	INDICADOR / CRITÉRIO	Pont	PM	PO
<i>Subdimensão Qualidade técnico-científica</i>	Planejamento anual	Ausência de reunião de planejamento anual	0	10	0
		Uma reunião anual de planejamento	10		
	Reuniões de monitoramento das ações	Ausência de reunião de monitoramento	0	10	0
		Uma reunião anual de monitoramento	5		
		Duas ou mais reuniões anuais de monitoramento	10		
	Realização de reuniões e/ou ações com outros programas	Nenhuma reunião ou ação com outro programa no ano de 2012	0	10	5
		Reunião ou ação com um programa no ano de 2012	1		
		Reunião ou ação com mais de um programa no ano de 2012	2		
	Processamento dos dados nos sistemas de informação	Regularidade de envio de lotes do SIM < 80%	0	10	10
		Regularidade de envio de lotes do SIM = ou >80%	3,3		
		Regularidade de envio de lotes do SINASC < 80%	0		
		Regularidade de envio de lotes do SINASC = ou >80%	3,3		
		Regularidade de envio de lotes do SINAN < 80%	0		
		Regularidade de envio de lotes do SINAN = ou >80%	3,3		
	Conhecimento das normas e protocolos que regem a VE.	Ausência de conhecimento sobre normas e protocolos da VE	0	10	5
		Conhecimento do GVE	5		
		Conhecimento do GVE e de outras normas e protocolos da VE	2		
	Participação de técnicos em cursos de capacitação	Participação de 10% dos técnicos em algum curso de capacitação nos últimos 2 anos	0	10	10
		Participação de 20% a 50% dos técnicos em algum curso de capacitação nos últimos 2 anos	5		
		Participação de 60% a 80% dos técnicos em algum curso de capacitação nos últimos 2 anos	10		
	Análise da incidência e prevalência, a partir de gráficos de tendências, mapas etc.	Ausência de qualquer análise a partir de gráficos, tabelas ou mapas.	0	10	0
		Comprovação de alguma análise a partir de gráficos, tabelas ou mapas.	10		
	Boletins epidemiológicos para divulgação de informações	Ausência de produção de boletim epidemiológico no ano de 2012	0	10	0
		Produção de pelo menos um boletim epidemiológico no ano de 2012	10		
	Retroalimentação de informações às unidades notificantes.	Ausência de retroalimentação	0	10	0
		Comprovação de retroalimentação	10		
	Realização de atividades educativas junto à comunidade	Ausência de atividades educativas no ano de 2012	0	10	5
Realização de uma atividade educativa no ano de 2012		5			
Realização de duas ou mais atividades educativas no ano de 2012		10			
Total de pontos esperados				100	
Total de pontos observados					35
Índice de implementação subdimensão Qualidade técnico-científica do componente ATIVIDADES =35%					

Nota: PM – Pontuação Máxima; PO – Pontuação Observada.

(continua)

Matriz de Análise e Julgamento – ATIVIDADES. (Continuação)

	ATIVIDADES	INDICADOR/CRITÉRIO	Pont	PM	PO	
Subdimensão Oportunidade	Notificação e encerramento oportuno de casos suspeitos de Doenças e Agravos de Notificação Compulsória	Encerramento oportuno de menos de 75% das DNC (daquelas c/ esta exigência) – ano 2012	0	10	10	
		Encerramento oportuno de 75% e mais das DNC (daquelas c/ esta exigência) – ano 2012	10			
	Coletar amostras de forma oportuna para encerramento de casos	Menos de 80% de casos notificados de doenças exantemáticas, meningites e hepatites encerrados por critério laboratorial - ano 2012	0	10	0	
		80% e mais dos casos notificados de doenças exantemáticas, meningites e hepatites encerrados por critério laboratorial - ano 2012	10			
	Investigação oportuna de óbitos, surtos e epidemias	Investigação precária de óbitos por dengue, infantis e de mulher em idade fértil (< de 100% p/ dengue, < de 60% para ób. infantis e de mulher em idade fértil e maternos) - ano 2012	0	10	0	
		Investigação de 100% de óbitos por dengue e 60% e mais de óbitos infantis e de mulher em idade fértil e maternos – ano 2012	10			
	Total de pontos esperados				30	
	Total de pontos observados					10
	Índice de implementação subdimensão Oportunidade do componente ATIVIDADES = 33,3%					

Nota: PM – Pontuação Máxima; PO – Pontuação Observada.

5.5. Estimativa do grau de implementação da VE do município

Para definir o grau de implementação, a dimensão conformidade foi categorizada em três conjuntos de índices: *disponibilidade*, *qualidade técnico-científica* e *oportunidade* que receberam pontuação específica a partir dos componentes Insumos e Atividades (Quadro 17).

Quadro 17 – Estimativa do grau de implementação da VE no município de Itaboraí.

Componente	Subdimensão	Pontos esperados	Pontos observados	Índice de implementação por subdimensão	Grau de implementação por componente
Insumos	Disponibilidade	110	75	68%	68% Insatisfatório
Atividades	Qualidade técnico-científica	100	35	35%	34,6% crítico
	Oportunidade	30	10	33.3%	
Total geral		240	120	Implementação Insatisfatória	
Grau de implementação total = 51%					

Adaptado de Abreu, 2009 e Girardi, 2010.

6. DISCUSSÃO

Os critérios utilizados para esta avaliação possibilitaram classificar a Vigilância Epidemiológica municipal de Itaboraí como “implementada de forma insatisfatória”. Quando se analisa a conformidade nas diferentes subdimensões e componentes, o grau de implementação apresenta-se insatisfatório ou crítico.

Em seu componente INSUMOS, a subdimensão *disponibilidade*, única subdimensão analisada, apresentou-se como precária (68%), classificando o componente como implementado de forma insatisfatória.

Os itens analisados que mais chamaram a atenção pela precariedade, principalmente por se tratarem de instrumentos básicos para o trabalho de qualquer setor de vigilância em sua tarefa de investigação, foram a disponibilidade de veículo e a disponibilidade de fax e linha telefônica exclusivos.

Não existe a exclusividade de uso da única linha telefônica com fax para o setor. Apesar de este recurso estar alocado dentro da sala da VE, é usado, frequentemente, por técnicos de outros setores que não possuem suas próprias linhas telefônicas, permitindo, por vezes, congestionamento de pessoas no ambiente de trabalho. O fato de ser uma única linha prejudica ainda o recebimento de informações e o trabalho das técnicas que precisam fazer revezamento nas tarefas de investigação de casos, principalmente em caso de surtos e epidemias.

A falta de acesso a qualquer transporte, como foi constatado, é inadmissível. É sabido, através das entrevistas, que vários foram os carros adquiridos com recursos destinados a VE ou a VS. Contudo, estes não se encontram à disposição das técnicas, nem mesmo em regime de agendamento ou rodízio de utilização. Quando há uma grande necessidade, estas percorrem diversos setores à procura de um veículo por empréstimo. Geralmente, os veículos destinados a VE encontram-se desviados para outras atividades ou à espera de manutenção. O que é de costume acontecer nesta região, em diversos municípios, é a utilização destes veículos para transporte de pacientes para atendimentos em unidades de média e alta complexidade fora do município. Inicialmente, há a aquisição de ambulâncias e vans para este fim, porém, com a falta de manutenção, estes veículos são trocados pelos que, inicialmente, estavam destinados às ações de vigilância, fiscalização, imunização etc. A coordenadora de VE acredita ser mais eficiente que os veículos com motoristas sejam adquiridos pelo regime de locação, onde o serviço de transporte estaria sempre disponível quando solicitado.

Por toda a dificuldade com manutenção, disponibilidade de motoristas e desvio para outros setores e funções, a coordenadora considera que a compra de novos carros não atenderia à demanda dos programas de saúde coletiva e à da Secretaria de Saúde como um todo.

O que chamou a atenção nesta pesquisa foi constatar que, tanto as técnicas, como a coordenadora, mantinham uma atitude de conformismo com esta situação. Aparentemente, estariam desmotivadas para lutar por este recurso tão disputado dentro da SMS.

O espaço de trabalho é um recurso bastante criticado pelas técnicas e reconhecidamente insalubre pelo secretário municipal de saúde. Além de não ser amplo, não possui ventilação, iluminação e refrigeração adequadas. Há falta de manutenção no sanitário e no ar refrigerado, e não há, em todo o prédio, serviço regular de empresa de limpeza. No imóvel ainda existem, além de diversas pragas, pontos de infiltração e problemas nas instalações elétricas que trazem temor aos funcionários.

Como dito anteriormente, o atual secretário de saúde, juntamente com o prefeito, pretendem reunir todos os setores da SMS em um único prédio, pois acreditam ser menos dispendioso do que reformar a atual edificação onde se encontram os setores de saúde coletiva.

O mobiliário, segundo as técnicas, não é adequado para o conforto de todas e não comporta a documentação produzida. Não há mesas de trabalho ou computadores suficientes, caso toda a equipe compareça em um mesmo dia. Não existe mesa específica ou espaço para reuniões da equipe. Seria importante haver um espaço reservado, tanto para o uso do telefone como para o atendimento a eventuais usuários.

Segundo as entrevistas, a última compra de mobiliário, computadores e do veículo aconteceu com recursos do VIGISUS, por volta de 2007. Apesar de, em 2012, a SMS contar com 2.493.913,55 reais (somando recursos da União, contrapartida municipal e operações de crédito) para investimentos e despesas com a vigilância em saúde, o que se pode constatar é que não estão sendo priorizados projetos de ampliação e melhoria da estrutura de trabalho da VE municipal (vide quadro 12 no capítulo sobre o contexto político institucional).

O que se observa ainda é o distanciamento da coordenação da tarefa de cobrança por tais investimentos. Os dados das transferências “fundo a fundo” são disponibilizados em páginas de acesso público no portal do Ministério da Saúde na internet e os registros com despesas podem ser solicitados ao Fundo Municipal de

Saúde. Não houve oportunidade de maior aprofundamento para que fossem encontradas as causas deste problema, mas o assunto merece ser debatido na oportunidade de apresentação desta avaliação junto aos atores interessados.

A disponibilidade de recursos humanos é deficitária. A equipe foi unânime em concluir que o número atual de profissionais é insuficiente, tanto de nível médio como de nível superior. Relataram a necessidade de mais digitadores para o SINAN, principalmente em época de epidemias; de pessoal administrativo para assessorar a coordenação e para a organização de documentos; de um profissional médico para algumas investigações específicas e de técnicos para que haja uma melhor distribuição de funções por agravos a serem investigados.

Apesar de praticamente inexisterem estudos que possam fundamentar a quantidade mínima necessária de profissionais de diferentes níveis de escolaridade e diferentes áreas do conhecimento que devam compor a equipe de vigilância epidemiológica municipal, acreditamos que, pelas características demográficas e epidemiológicas do município e pelas grandes transformações econômicas e sociais que vêm acontecendo nos últimos anos, a equipe deva ser ampliada. A SMS precisa investir na contratação e capacitação de profissionais que possam compor, não só a equipe central, mas ainda equipes descentralizadas nos distritos e nos principais hospitais e unidades de urgência.

Os técnicos têm a expectativa de haver em 2013 a convocação de profissionais do último concurso. Não houve abertura de vagas para sanitaristas, mas acreditam que, com a chegada de novos enfermeiros, possam solicitar ao gestor que alguns dos profissionais que já atuam a mais tempo na atenção básica e que possuam perfil para o trabalho de vigilância sejam alocados no setor. Contudo, não foi citada por nenhuma técnica ou pela coordenadora a intenção de aproveitamento de profissionais para equipes de VE descentralizadas.

Foi perguntado ao atual secretário municipal de saúde se havia perspectiva de provimento de recursos humanos para a VE para os próximos anos e como isto se daria. A resposta foi positiva. Este pretende realizar concurso para que se crie o vínculo do profissional com o serviço. No seu entender, os procedimentos de vigilância epidemiológica são contínuos e os profissionais têm de ser capacitados e permanecer vinculados, para que haja esta continuidade e também a fidelidade dos dados.

Em seu componente ATIVIDADES, as subdimensões analisadas *qualidade técnico-científica* e *oportunidade*, apresentaram-se insuficientes (35% e 33,3%,

respectivamente), classificando o componente como implementado de forma crítica na sua totalidade (34,6%).

Verificou-se que não havia na rotina do grupo de técnicos o planejamento das atividades anuais e as reuniões de equipe para monitoramento das ações. Existe descrição de metas a serem atingidas pelo setor na programação para o ano de 2012 da SMS (SMS/ITABORAÍ, 2012), contudo, estas não seriam fruto de discussão e pactuação a partir de reuniões da equipe. Tampouco há documento contendo estratégias para o alcance destas metas com indicação de responsabilidades entre seus membros. Em princípio, o que se pôde apreender das entrevistas foi que a coordenação “não vê necessidade” de promover reuniões. Esta repassa decisões ou partilha dificuldades em conversas informais ou em anotações no livro de ordens e ocorrências do setor. Por outro lado, os membros da equipe não reivindicam as reuniões, apesar de acreditarem que seriam importantes para a melhoria das relações e do serviço. Em nossa opinião, a ausência de reuniões mais formais e técnicas fazem com que os profissionais trabalhem mecanicamente, sem oportunidade para expor opiniões, definir prioridades, avaliar rotinas, construir fluxos ou conhecer melhor o trabalho do outro.

Tão importante quanto o planejamento de atividades do setor é o planejamento integrado com outros segmentos de atenção à saúde. O artigo 5º, do anexo à Portaria n.º 3252/09, define como condição obrigatória, para construção da integralidade na atenção e para o alcance de resultados, a integração entre a Vigilância em Saúde e a Atenção Primária à Saúde, onde se deve desenvolver um processo de trabalho condizente com a realidade local, preservando as especificidades dos setores e compartilhando suas tecnologias.

Apesar da atividade de integração com outros programas e com as demais vigilâncias apresentar pontuação positiva, faz-se importante ressaltar as dificuldades encontradas para a implementação na prática daquilo que, na teoria, está presente na legislação federal, estadual e até na legislação do município em questão (BRASIL, 2009; SESDEC/RJ, 2010; PM ITABORAÍ, 2010b): a integração das vigilâncias epidemiológica, sanitária, ambiental em saúde e em saúde do trabalhador com o objetivo de promover a análise permanente da situação de saúde da população.

As ações, quando aconteceram, foram eventuais, a partir da demanda pela investigação de algum agravo de interesse comum. Não foram descritas reuniões de planejamento ou de avaliação reunindo duas ou mais vigilâncias. Conforme relataram os técnicos, existe uma maior aproximação junto aos programas de controle da

tuberculose, hanseníase, DST/AIDS, principalmente na organização de cursos de capacitação.

Fica claro que a maior parte da equipe, bem como o gestor municipal de saúde, acredita que seria importante haver uma liderança, um gestor com a função de promover as reflexões sobre o trabalho de vigilância em saúde e a necessária integração das vigilâncias. Existe esta prerrogativa no decreto que institucionaliza a VS municipal (PM ITABORAÍ, 2010b) e acredita-se que negociações estejam acontecendo para que, nesta gestão que se inicia, alguém ocupe esta função. Também, é necessário explicitar que seria muito importante para o trabalho conjunto que os setores estivessem alocados em um mesmo prédio, facilitando a comunicação.

A utilização de normas e protocolos pelos técnicos no dia-a-dia do serviço apresentou-se prejudicado, não só pelo desconhecimento de normas municipais importantes para guiar a gestão, como pela não elaboração dos próprios protocolos e fluxos. O GVE, de uso nacional, apresenta-se como um importante manual de orientações para as investigações epidemiológicas. Contudo, para o estabelecimento de rotinas, evitando dúvidas quanto às competências de cada membro da equipe e cada estabelecimento ou órgão da rede de saúde regionalizada e hierarquizada, faz-se necessário a confecção de protocolos e fluxogramas a partir do núcleo central de VE, contendo os passos necessários de investigação, desde a coleta de dados até o encerramento dos casos.

Ficou claro, a partir dos informantes, que o fluxo utilizado, na maioria das investigações se dá a partir de relações interpessoais informais entre os setores. Quando há necessidade de acesso a informações que devem ser fornecidas por outros setores não são usados instrumentos administrativos como memorandos, ofícios ou mensagens eletrônicas institucionais, mas sim solicitações pessoais, a partir de prerrogativas de amizade ou de antiguidade na função. Tal costume prejudica a continuidade das ações à medida que condiciona o fluxo de informações e decisões a pessoas com nome e sobrenome e não a setores e serviços. Então, quando aquela pessoa não estiver mais naquele setor não existirá mais acesso? Já que não existem fluxos e rotinas institucionais, mas pessoais? Infelizmente, este tipo de costume existe em muitos municípios de nossa região e muitos profissionais acreditam ser este um elemento facilitador. Este tipo de cultura organizacional merece maiores reflexões na área de pesquisas em administração pública.

No artigo sobre implementação da VE municipal, em Recife, Bezerra e colaboradores (2009), apontaram como ponto frágil a insuficiente definição de atribuições dos diversos níveis do sistema de VE municipal (níveis central e distrital, equipes de saúde da família) e recomendam que tal normatização deva preceder a descentralização intramunicipal, a fim de evitar a sobreposição ou omissão de algumas atividades.

É de se registrar a constatação de que os integrantes da equipe procuraram participar dos cursos e atualizações promovidos pela Secretaria Estadual de Saúde e por outras instituições nos últimos anos. Como já relatava Goldbaum há 16 anos, a análise de dados assentados nos métodos observacionais da Epidemiologia exige, para sua efetivação, graus de complexidade e sofisticação de natureza tal que os tornem perfeitamente operacionais para os profissionais de saúde. Para tanto, devem ser atendidas as necessidades de adequação, capacitação e atualização contínua de seus recursos humanos (GOLDBAUM, 1996).

O município ainda não desenvolveu instrumentos locais para o processo de educação permanente em saúde. Mas, como descrito no capítulo de resultados, houve procura por parte dos técnicos por maior capacitação profissional. Infelizmente, apesar de muitos cursos serem promovidas pela VE estadual, não existe, dentro da Secretaria Estadual de Saúde, processo instituído de educação permanente que promova, de forma contínua, as capacitações necessárias para novos técnicos e as atualizações e reflexões junto aos técnicos mais antigos, o que deveria ser prioridade, dentro da organização da própria Secretaria.

Em seu artigo 22, a Portaria nº. 3252 descreve que uma das competências estaduais no SNVS é “o fomento e execução da educação permanente em Vigilância em Saúde” (BRASIL, 2009). Contudo, o que temos assistido, nos últimos anos, por parte da gestão estadual, são investimentos em unidades hospitalares de emergência em detrimento de vários outros aspectos, entre eles o provimento de recursos humanos nos setores de vigilância em saúde estadual e as políticas de informação, educação e capacitação. Os cursos são promovidos de forma esporádica, a partir de necessidades urgentes e pontuais, geralmente sobre agravos transmissíveis. Implementados por técnicos comprometidos, mas fora de um contexto institucional mais amplo de formação permanente de recursos humanos em vigilância em saúde.

Diante desta realidade de desleixo com a formação técnica dos quadros municipais e estadual foi muito bem vinda a implementação do mestrado profissional

em vigilância em saúde pela Escola Nacional de Saúde Pública da FIOCRUZ. Este tipo de pós-graduação *stricto sensu* já formou diversos trabalhadores de diversas regiões do País e, ultimamente, um de seus braços foi dirigido para a região leste do Estado do Rio de Janeiro, com o objetivo de proporcionar a conformação de um quadro técnico qualificado para a produção de novos conhecimentos e inovações na área da vigilância em saúde. Pretende-se que os egressos utilizem os conhecimentos e técnicas incorporados ao longo do curso para o enfrentamento dos grandes problemas de saúde existentes no Leste Fluminense. Em sua primeira turma na região, formada a partir do Plano de monitoramento Epidemiológico da Área de Influência do COMPERJ, com aulas administradas em Cachoeiras de Macacu, muitos alunos advinham de vigilâncias epidemiológicas municipais ou da VE estadual.

O mestrado profissional em vigilância em saúde (MPVS) surgiu da necessidade de formar profissionais capazes de não só manejar banco de dados, formular protocolos de pesquisa e dominar métodos quantitativos, mas também de incorporar conhecimentos de áreas do planejamento, de avaliação de políticas e programas em vigilância e para desenvolver ou aplicar novas tecnologias com enfoque epidemiológico, social e ambiental (SABROZA et al., 2005).

Compondo a atividade do componente “estudos e pesquisas” estão as análises de incidência e prevalência a partir de gráficos e mapas. Neste sentido, tais análises têm o objetivo de fornecer informações referentes à natalidade, mortalidade, doenças e agravos de notificação compulsória e outros eventos de interesse à saúde, visando auxiliar no planejamento, na tomada de decisão e na adoção de medidas pelos gestores municipais para a melhoria das condições de saúde e da qualidade de vida da população. Servindo, inclusive, para nortear as ações de todas as vigilâncias.

Acredita-se que tais relatórios devam ser fornecidos pelo VE periodicamente com o objetivo de servir de base para o planejamento anual do setor saúde. Para esta pesquisa não foi disponibilizada documentação condizente realizada pelo setor. Por conseguinte, em análise dos relatórios de gestão de 2011 e 2012 da Secretaria Municipal de Saúde, não foi possível identificar descrição de análises realizadas pelo setor, mas sim dados retirados do banco de dados do Ministério da Saúde (DATASUS) do ano de 2010.

Tal realidade vai ao encontro do estudo avaliativo realizado por Santos e colaboradores (2012) junto a municípios baianos em 2011 sobre a gestão da VE, onde se mostrou evidente a reduzida capacidade dos municípios para avaliar os dados gerados

nos sistemas de informações e produzir informes epidemiológicos e boletins sobre o estado de saúde da população.

As lacunas encontradas nas atividades de análise (perfil epidemiológico; gráficos, tabelas e mapas de incidência e prevalência), consideradas mais complexas, foram devidas, principalmente, a equipe reduzida deste núcleo central e ao dismantelamento da gestão municipal com a alta rotatividade de secretários municipais levando à insegurança e falta de motivação. Esta constatação vem corroborar a afirmação de Goldbaum (1996) de que os procedimentos utilizados pela maioria dos sistemas de Vigilância Epidemiológica atingem apenas a organização dos dados coletados sobre as doenças de notificação compulsória; e raramente são analisados e/ou transformados em informação.

As investigações sobre a divulgação de informações pelo núcleo central de VE, tanto em forma de boletins epidemiológicos como em forma de retorno às unidades notificadoras, revelou muitas fragilidades. O conceito de *divulgação de informações pertinentes* aparece em todas as definições de VE já publicadas. Gaze & Perez (2002) afirmam que, após a análise dos dados, a devolução de informações aos níveis de menor complexidade deve ser tarefa essencial. Esta deve se materializar através de informes ou boletins epidemiológicos. Esta avaliação considerou que a retroalimentação às unidades notificadoras poderia ser feita, também, através de contatos telefônicos, sendo uma rotina de informações às unidades de saúde sobre a investigação e o encerramento, pelo nível central, do caso notificado.

O boletim epidemiológico, no caso desta pesquisa, é um informe impresso ou em formato digital, de divulgação periódica, que contém informações a partir da análise dos dados dos sistemas de informação: incidência e prevalência de agravos notificados, distribuição geográfica, grupo etário mais susceptível e fatores determinantes e condicionantes dos casos. Tais análises devem ser divulgadas para as instâncias superiores, para os profissionais de saúde e para os principais meios de comunicação, com o objetivo de suscitar ações voltadas para o controle e prevenção de agravos e assegurando um maior controle social.

Segundo Passos (2003), o retorno das análises dos dados aos profissionais que forneceram as informações é imprescindível para o funcionamento do sistema de vigilância, pois a VE não pode ser desenvolvida sem informação, tendo-se claro que a informação é uma atividade “meio” e não “fim”, devendo ser usada como sustentadora das ações. Waldman (1991) acrescenta que, sempre que pudermos assegurar o retorno

das informações, devidamente analisadas e acrescidas de recomendações técnicas referentes a procedimentos profiláticos, diagnósticos e terapêuticos, estaremos induzindo esse profissional a colaborar.

Os relatos nas entrevistas levam a entender que as notificações enviadas pelas unidades básicas de saúde praticamente inexistem. Este fato chama à atenção já que são 45 unidades na rede, entre postos de saúde e unidades de saúde da família. A maior parte das notificações compulsórias vem dos hospitais e da UPA. Poucas também são as notificações por parte dos laboratórios privados. Então, há que se refletir sobre o que vem causando a subnotificação de casos.

As subnotificações e o preenchimento incompleto das informações constituem-se grandes dificuldades para a VE, e têm causas variadas, que vão desde a pouca conscientização dos profissionais médicos e dos responsáveis pelos serviços de saúde até a falta de priorização da VE pelos ocupantes de cargos de mando, deixando de lado a necessidade do desenvolvimento de ações políticas que propiciem o conhecimento do perfil epidemiológico das doenças mais frequentes na rede de serviços, enquanto atividade básica e fundamental da saúde (TEIXEIRA, M. da G. et al., 1998).

O presente estudo reitera os achados de Passos (2003), onde ela diz que parece existir uma concepção de que as ações de vigilância epidemiológica não fazem parte das atribuições do PSF, e sim de um sistema de vigilância que funciona paralelo à rotina da atenção básica. E o que vemos, na realidade do município, é a falta de um primeiro movimento de vigilância, o de notificação simples, o que nos deixa ainda mais distantes de um segundo movimento de incorporação de práticas de investigação e acompanhamento de casos pela atenção básica, e ainda de um terceiro, o da intervenção no território estar baseada na vigilância em saúde.

Vale ressaltar que, por conta de todo processo de troca de gestores municipais, também foi grande a rotatividade de profissionais nas unidades de saúde. Tal contexto pode explicar o desmantelamento do fluxo de informações entre os diversos níveis, criando um círculo vicioso: como são poucas as unidades notificadoras, poucas são as informações de retroalimentação, desmotivando todo o processo de divulgação de informações pertinentes, inclusive por desacreditação da gestão, por conseguinte. Faz-se necessário, então, retomar conversações e capacitações por parte no núcleo central de VE em torno da importância das notificações e da retroalimentação. Também é preciso entender e analisar tal conduta, os seus entraves, de forma mais aprofundada, para então

conseguir implementar as ações de vigilância, com seu real propósito, no processo de trabalho das equipes de saúde da família.

A aproximação da VE com as atividades da educação em saúde é um tema pouco trabalhado na literatura. Esta entendida aqui como o trabalho de aproximação entre técnicos e comunidade, visando à troca de saberes para a melhoria da qualidade de vida e até mesmo da qualidade dos serviços.

O GVE, em suas diversas edições, descreve o trabalho de educação em saúde vinculado às práticas de controle e prevenção agravado por agravado, como se devêssemos compartimentalizar o trabalho de comunicação e educação em saúde. Ainda encontramos na última resolução sobre vigilância em saúde da SES/RJ, em seu artigo 3º, alínea “k”, determinado como uma das atribuições da VE municipal: “Coordenar e executar as atividades de informação, educação e comunicação de abrangência municipal” (SESDEC/RJ, 2010); apesar de não haver reflexão sobre o assunto em nossa Secretaria Estadual de Saúde, onde a discussão sobre educação e mobilização só estão presentes no contexto da dengue.

Como complicador para este debate ainda se encontra a dificuldade, no interior de muitas secretarias municipais, de se determinar qual ou quais setores teriam a competência para o trabalho junto à comunidade. No município de Itaboraí, bem como em outros municípios da região, existe um setor específico para o trabalho de informação, educação e comunicação em saúde. Esta equipe tanto pode estar responsável apenas pelo trabalho junto à população, como, no caso de Itaboraí, também se dedica à educação permanente dos profissionais de saúde. Então, a partir desta realidade municipal e estadual e ainda por todo contexto a ser discutido mais à frente, houve dificuldade, durante as entrevistas, de entendimento sobre o que seria esta atividade. O que foi unânime na maioria das falas é de que tais atividades com a comunidade só acontecem a partir de um surto, uma epidemia ou um evento de comoção, como é o caso de óbito por meningite. Não faz parte do planejamento ou da rotina realizar tais aproximações junto à comunidade. Contudo, as técnicas são convidadas a participar de eventos de educação em saúde realizados por outros programas como o de controle da tuberculose ou da hanseníase.

Na perspectiva da educação popular em saúde, pressupõe-se que as práticas fundamentadas neste modelo sejam construídas *para* e *com* a população, isto é, valorizem o usuário como sujeito de sua vida, capaz, portanto, de decidir sobre o seu processo saúde-doença e o cuidado necessário. Sendo que a finalidade da educação

popular em saúde não é a mudança de comportamento dos sujeitos educados através do repasse de informações, mas sim visa ao compartilhamento dos saberes científico e popular, com crescimento e fortalecimento mútuo dos usuários e dos profissionais. Sobre isso Valla ressalta que:

Os saberes da população são elaborados sobre a experiência concreta, a partir de suas vivências de uma forma distinta daquela vivida pelo profissional. Nós oferecemos nosso saber por que pensamos que o da população é insuficiente, e por esta razão, inferior, quando na realidade é apenas diferente. (VALLA, 1996, p.13).

A VE, em suas diversas esferas, ainda se encontra muito distante da perspectiva da educação popular em saúde. Espera-se que a ampliação da discussão sobre os fundamentos da vigilância em saúde consiga dar conta de uma maior aproximação entre os trabalhadores da saúde e as coletividades, vistas aqui não como um agregado de pessoas, mas como um todo, com características particulares, organização própria e território; e que produza instrumentos que incorporem a dimensão do “lugar” como expressão do relacionamento entre grupos sociais e seu território, como opinaram Monken e Barcellos, em artigo sobre a vigilância em saúde e o território utilizado (MONKEN & BARCELLOS, 2005).

A atividade de *coleta de amostras de forma oportuna para encerramento de casos* recebeu pontuação nula em seu julgamento, influenciada pela baixa porcentagem de encerramento dos casos de meningites por critério laboratorial. Dos 42 casos suspeitos de algum tipo de meningite em residentes de Itaboraí, somente 16 casos foram encerrados com base em critério laboratorial (38%); no restante, o critério de encerramento apresenta-se em branco. Para a conclusão do caso é necessário que haja, primordialmente, a punção do líquido cefalorraquidiano do paciente. Em sua programação anual para 2012, a SMS preconizava: “Manter disponível um profissional de nível superior 24 horas por dia, para realizar no próprio laboratório municipal exames de líquido (meningite), líquidos serosos e atender à legislação vigente” (SMS/ITABORAÍ, 2012) e, segundo o Relatório de Gestão 2012, foram realizadas punção em todos os casos suspeitos de meningite (SMS/ITABORAÍ, 2013).

Diante destas informações, é preciso refletir sobre as causas da dificuldade de encerramento por critério laboratorial. As punções foram realmente realizadas? Estas foram inconclusivas ou faltou habilidade técnica no momento do encerramento dos casos? Será que existe alguma técnica responsável pela investigação deste agravo ou

fica a cargo de quem estiver disponível no momento? A investigação de casos tem sido discutida em reuniões de equipe, a fim de dirimir dúvidas operacionais e técnicas? A pessoa responsável pelo SINAN deveria realizar análise periódica do banco de dados a fim de sinalizar para casos não encerrados ou encerrados de forma incompleta? Acreditamos ser importante, em um próximo momento, promover a reflexão das dificuldades e das propostas em relação a este tema junto às técnicas do setor.

A investigação oportuna em relação aos óbitos maternos e infantis tem sido alvo de exaustivo trabalho de técnicos do Ministério da Saúde. Em busca de melhores informações, além das declarações de óbito, que vise conhecer as condutas dos serviços de saúde na assistência a gestante e a criança, foi implantado um novo fluxo de registro de dados. Resultantes de um movimento político para aumentar a visibilidade das mortes maternas e infantis, várias iniciativas promoveram melhorias no sistema de registro, incluindo a investigação compulsória de mortes de mulheres em idade fértil. Hoje, no sítio do banco de dados do Ministério da Saúde, podemos obter informações atualizadas sobre óbitos de MIF, maternos e infantis em um painel com gráficos e tabelas alimentados com registros dos municípios em aplicativo específico do SIM (DATASUS, 2013b e c). Técnicos das vigilâncias epidemiológicas municipais foram treinados em todo o Brasil para o trabalho de registro dos dados de investigação destes óbitos que, preferencialmente, deve ser feito em 120 dias após o evento, para ser considerado como “investigação oportuna”.

Em Itaboraí, até setembro de 2012, haviam sido investigados de forma oportuna 34,6% dos óbitos infantis e 67% dos óbitos de MIF. Segundo os informantes, até agosto de 2012, as investigações de óbitos de MIF eram feitas pela coordenadora de VE. A partir de agosto, com a chegada de uma enfermeira para compor a equipe, esta passou a realizar estas investigações e ainda as de óbito infantil. A vigilância do óbito infantil e fetal compreende as seguintes etapas: identificação do óbito; entrevista domiciliar; levantamento de dados dos serviços de saúde; resumo, discussão e conclusão sobre o caso; análise de evitabilidade; identificação dos problemas relacionados aos óbitos; identificação das medidas de prevenção/intervenção necessárias; registro em aplicativo específico do SIM (BRASIL, 2009c).

Para o cumprimento de tantos quesitos é preciso contar com uma boa estrutura, recursos humanos capacitados e fluxo de informações implantado. Contudo, muitas são as dificuldades, principalmente pela indisponibilidade de técnicos e de veículos, essencial para as entrevistas domiciliares que são muito importantes na composição de

uma investigação mais consistente. Com isso, muitas entrevistas são feitas pelos agentes comunitários de saúde, quando os familiares são da área de abrangência da unidade de saúde da família. Posteriormente, as fichas com os resultados das entrevistas são repassadas a VE, nem sempre com a rapidez necessária.

No município não existe instituído o comitê de prevenção e investigação de óbito materno e infantil, instrumento de grande valia no processo de análise de prontuários, por, geralmente, contar com a participação de ginecologistas, obstetras e pediatras. As investigações têm sido realizadas a partir de reuniões eventuais das técnicas de VE com médicos convidados. Existe, ainda, a figura de uma profissional médica, lotada no hospital municipal, que preenche a ficha de investigação de óbito infantil referente aos dados do serviço hospitalar. Várias foram as tentativas de formação de um comitê, com solicitações de assessoria técnica junto ao comitê estadual; contudo, os contatos não surtiram efeito.

Os comitês de investigação de óbito materno e infantil são organismos interinstitucionais, de caráter eminentemente educativo, com atuação sigilosa, não coercitiva ou punitiva. Congregam instituições governamentais e da sociedade civil organizada, contando com participação multiprofissional, que visam analisar os óbitos maternos e infantis e apontar medidas de intervenção para a sua redução na região de abrangência. Constituem-se como importantes instrumentos de gestão que permitem avaliar a qualidade da assistência à saúde prestada a mulheres e crianças, subsidiando as políticas públicas e as ações de intervenção. (BRASIL, 2009c; 2009d).

Quando o comitê não se encontra ativo, cabe à VE, além da coleta e análise dos dados, proceder às recomendações para redução destas mortes ao gestor de saúde. Devem ser apontadas as medidas de prevenção de novas ocorrências de óbitos potencialmente evitáveis e medidas de intervenção para a reorganização da assistência. (BRASIL, 2009d).

Concluimos, então que, apesar das deficiências estruturais e de não contar com o apoio de um comitê municipal, há um grande esforço por parte da equipe em proceder ao processo de investigação. Este trabalho, contudo, precisa receber maiores investimentos, com o objetivo de melhorar a qualidade e o grau de agilidade das informações. E que, no futuro, o uso destas informações possa construir um olhar crítico e avaliativo da organização dos serviços.

Quanto à influência do contexto externo e político organizacional sobre a implementação da VE em Itaboraí, os resultados observados e os achados na literatura,

apontam os critérios e indicadores que influenciaram positivamente e, portanto, foram considerados fatores facilitadores e os fatores que influenciaram negativamente, considerados limitadores à implantação da VE.

As conclusões no decorrer deste estudo, relacionadas ao contexto externo, apontam para a reflexão de que as condições socioeconômicas representam forças motrizes que exercem pressão sobre as condições ambientais e de saúde. Longe de ser um estudo aprofundado e completo sobre a dinâmica sociodemográfica e sobre o perfil epidemiológico da população, a descrição de questões políticas e sociais pontuais quis sinalizar para os desafios a que está submetida a equipe central de VE.

Como aspectos limitadores identificamos:

a) O rápido aumento de contingente populacional promovido pela fixação de novas empresas e toda a sorte de mazelas que emergem quando este incremento acontece em um território marcado pelos parques investimentos em setores básicos (saúde, saneamento básico, habitação e transporte). Ou seja, a região sofria com as deficiências estruturais e se encontra agora enfrentando demandas cada vez mais crescentes. As técnicas da VE, questionadas sobre esta realidade, descrevem dificuldades em investigações e acompanhamento de alguns casos por conta de endereçamentos incompletos e pela situação de muitos usuários serem trabalhadores temporários ou população de rua;

b) O impacto deste tipo de empreendimento não só no meio ambiente como o conhecemos (água, solo e ar), mas também no ambiente social e econômico aumentando as desigualdades que já existiam no território. Essas desigualdades podem culminar em tensões, uma vez que criam ambientes onde a escassez total de recursos convive com os excessos, criando zonas de vulnerabilidade a diversos agravos e eventos como acidentes, violências em geral, prostituição, abuso de drogas, entre outros;

c) A solicitação frequente das empresas, que se vêm instalando no município, por ações pontuais de imunização e fornecimento de material educativo. Em contrapartida, é grande a dificuldade promovida pela PETROBRAS para o acesso de qualquer agente de saúde municipal no trabalho de inspeção e/ou investigação de agravos e eventos ocorridos em suas instalações. Ou seja, apesar de haver demandas dois dos lados, não houve, ainda, a constituição de espaços de reflexão e pactuação entre a SMS e as empresas do complexo;

d) O atraso de implementação de obras extremamente necessárias em saneamento ambiental. Aliado ao aumento populacional, a falta de oferta de água, de esgotamento

sanitário, de coleta de lixo e de drenagem elevam os riscos dos grupos mais vulneráveis às diversas doenças infecciosas como dengue, leptospirose, doenças de veiculação hídrica, verminoses, entre outras. Esta realidade desafia a VE que precisa atuar em um território que, apesar de já ter feito a sua transição epidemiológica, convive ainda com doenças transmissíveis;

e) O atraso na constituição de uma rede regionalizada de atenção à saúde, com a construção de estabelecimentos que possam atender às demandas por atenção secundária e terciária (centros de imagem, ambulatórios de especialidades, laboratórios e hospitais de referência), bem como a falta de uma rede privada para acolher os trabalhadores cobertos por planos de saúde;

f) Os investimentos em equipamentos de saúde ocorrem de forma lenta, apesar de serem estes os que mais trazem visibilidade política. O que se pode dizer então dos investimentos em vigilância em saúde? Existe preocupação entre os gestores sobre como aumentar a rede de vigilâncias epidemiológica, sanitária, ambiental e em saúde do trabalhador? Haveria a preocupação de descentralização do LACEN-NN para esta região? Aparentemente, a vigilância em saúde ainda não está na pauta de discussões do CONLESTE.

Como aspecto facilitador, identificamos nos últimos anos apenas a oportunidade de interlocução com instituições que têm realizado estudos diversos na região, como a ENSP/FIOCRUZ, a Universidade Federal Fluminense e a Fundação Getúlio Vargas. Inúmeras foram as possibilidades de aproveitamento de espaços de discussão e formação e estudos analíticos que têm sido construídos a partir das mudanças socioambientais previstas no território.

Quanto aos resultados encontrados para o contexto político organizacional, destacamos enquanto aspectos limitadores:

a) A grande rotatividade de secretários municipais de saúde, nos últimos quatro anos, configurando um total descompromisso dos agentes políticos municipais com o setor saúde. Tal situação gerou desorganização, instabilidade, quebra de pactos e convênios, atrasos salariais, demissões e remanejamento de recursos humanos, desmantelando fluxos e promovendo desmotivação e desacreditação de servidores e descontinuidade de assistência à população;

b) Também nos últimos anos e, especificamente no ano de 2012, o baixo investimento financeiro nas atividades e na estruturação da VE pela SMS. Não foram encontrados indícios de investimentos específicos no setor e, por conseguinte, não

houve cobrança efetiva por estes investimentos por parte da coordenação de VE municipal, demonstrando, ainda, que não há autonomia financeira desta coordenação. Esta situação certamente prejudicou a aquisição de equipamentos, veículos, insumos em geral, realização de eventos, como também a participação das técnicas em cursos e congressos;

c) A falta de uma política de recursos humanos possibilitou a não convocação de profissionais através dos últimos concursos homologados; a precarização dos vínculos empregatícios; e a não implantação do Plano de Cargos, Carreiras e Salários para os servidores da Secretaria Municipal de Saúde. Esta lacuna prejudica a ampliação da equipe e a descentralização de atividades entre outros estabelecimentos de saúde de forma mais estável e o trabalho de educação permanente de toda a Secretaria;

d) A transferência, em 2012, da administração do único hospital municipal para as mãos de uma organização social de saúde prejudicou as relações do núcleo central de VE com a equipe de vigilância hospitalar. Apesar da contratação de mais profissionais, não houve incremento da quantidade e qualidade de notificações do hospital, revelando a fragilidade de fluxos e rotinas entre os setores;

e) A estrutura organizacional praticada na Secretaria Municipal de Saúde. Apesar de previsto em lei municipal desde 2010, o setor de Vigilância em Saúde não foi devidamente instituído com a provisão de um gerente que coordenasse e promovesse a integração das diversas vigilâncias, seus objetivos e ações.

Como aspectos facilitadores, destacamos:

a) A presença, mesmo que precária de técnicos responsáveis pelo trabalho de VE no hospital municipal e na Unidade de Pronto Atendimento de Manilha. A maior parte das notificações que chegam ao núcleo central é enviada por estas equipes;

b) O laboratório municipal que realiza a maior parte de exames de importância epidemiológica, facilitando as investigações e encerramento de casos em tempo oportuno;

c) As atribuições da VE municipal que estão normatizadas em leis municipais contribuem para que as atividades sejam fundamentadas e passíveis de monitoramento e avaliação;

d) O novo gestor de saúde municipal. Este aspecto não influenciou na implementação da VE municipal até aqui. Para os próximos anos, contudo, acredita-se que, por ser este gestor um técnico, sanitarista, especialista em gestão, vice-presidente regional do COSEMS/RJ e com vasta experiência de trabalho em diversos municípios

da região, haverá uma gestão compartilhada, com maior participação de coordenadores no planejamento e maior controle social.

De forma geral, os contextos externo e político-institucional influenciam a implantação da VE, mais no sentido de limitar o seu desenvolvimento. Avalia-se que o setor não vem sendo valorizado nos últimos anos pelos gestores municipais, deixando a sensação de que a VE só precisa ser acionada nas epidemias de dengue para informar os casos notificados. Contudo, novos desafios estão postos; um novo pulso de desenvolvimento se inicia. Soluções devem ser encontradas no sentido de elevar a VE ao patamar de organismo privilegiado de informações que subsidiem a “tomada de decisão” pelos gestores, de forma a organizar melhor toda a rede municipal.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Antes de apresentar as considerações finais propriamente ditas, algumas recomendações foram consideradas pertinentes, para contribuir com o processo de implementação da Vigilância Epidemiológica. Estas estão dirigidas aos interessados nesta avaliação, dentro do consenso sobre o que seja possível de ser realizado:

- ✓ Firmar parcerias com organizações que têm desenvolvido projetos de ensino e pesquisa em Itaboraí e em seu entorno, a fim aumentar o conhecimento institucional sobre o território e incorporar novas tecnologias de análise situacional entre outras;
- ✓ Iniciar discussões para a definitiva implantação do setor de Vigilância em Saúde com gestor nomeado, reuniões periódicas e planejamento integrado;
- ✓ Solicitar relatório de aplicação de recursos federais e municipais junto ao Fundo Municipal de Saúde e cobrar do secretário municipal de saúde os investimentos no setor de Vigilância Epidemiológica;
- ✓ Confeccionar projeto de ampliação da estrutura e das atividades da VE:
 - Solicitando recursos humanos para ampliação da equipe central com digitadores, auxiliares administrativos e técnicos de nível superior;
 - Prevendo descentralização do trabalho de VE, com lotação de técnicos (nível médio e/ou superior) em unidades de saúde de cada distrito, podendo ser, inicialmente, em uma unidade por distrito e ainda na

UPA de Manilha e na AME de Itambi, levando em consideração a realidade de cada distrito para a escolha da unidade;

- Solicitando recursos materiais, mobiliário, equipamentos, veículos, softwares e disponibilidade financeira para realização de eventos, cursos e participação em seminários e congressos tanto para o nível central como para as equipes descentralizadas.
- ✓ Organizar, com participação ampliada dos diversos atores, protocolos de rotina e fluxograma de informações entre as diversas vigilâncias e entre a VE e os níveis superiores, a equipe de VE hospitalar do hospital municipal, o laboratório municipal, setores da atenção básica e equipes de VE que já estiverem descentralizadas pelo município. Esta documentação deve ser sempre revista, sofrendo ajustes conforme mudanças no contexto político-organizacional, evitando-se também as práticas de improvisação e clientelismo no serviço público;
- ✓ Participar de movimento de transferência das diversas equipes que hoje se encontram lotadas em prédio inadequado para outro com melhores condições;
- ✓ Valorizar reuniões rotineiras em equipe para: estudos sobre artigos, legislação e protocolos; planejamento de ações; monitoramento de metas e indicadores; avaliação de atividades; confecção de documentos; entre outros;
- ✓ Realizar capacitações com profissionais da estratégia de saúde da família para sensibilização e incorporação de ações de VE entre as práticas da equipe;
- ✓ Participar de atividades de educação em saúde a partir de demandas da população e das organizações sociais e não só por demandas emergenciais;
- ✓ Definir técnicos responsáveis pelas análises dos dados dos sistemas de informação e pela elaboração de boletins e documentos com perfil epidemiológico do município;
- ✓ Estimular a constituição de comitê intersetorial de prevenção e investigação de óbito materno e infantil no qual a VE participe ativamente. E, enquanto isto não for possível, solicitar junto ao secretário municipal de saúde, a disponibilização de profissionais médicos para análise de documentação pertinente quando necessário.
- ✓ Maior participação de toda a equipe nos momentos de planejamento da SMS, nas Conferências Municipais de Saúde e em reuniões do Conselho Municipal de Saúde garantindo uma maior integração institucional.

Como conclusão, explicamos que as ações da Vigilância Epidemiológica em Itaboraí ainda não são realizadas em sua totalidade, conforme as normas preconizadas, definindo sua implementação como insatisfatória. Isto acontece pela falta de priorização política e financeira que vem sendo conferida ao setor nos últimos anos, revelando que o contexto político-organizacional realiza influência negativa para a sua devida estruturação.

Revela-se assim a necessidade de investimentos emergenciais em relação aos insumos, principalmente na readequação do espaço físico e na alocação de recursos humanos. A organização e a motivação da equipe apresentaram-se fragilizadas pela falta de valorização profissional e de mecanismos que promovessem a construção de fluxos de informação e a partilha de conhecimentos e experiências entre os membros da equipe e entre a equipe e outros setores da SMS.

Enfim, acredita-se ser fundamental e oportuna a continuidade de estudos com abordagens formativas, a fim de avançarmos no processo de implementação de uma vigilância epidemiológica fundamentada na proposta de Vigilância em Saúde de base territorial. A descentralização desta VE em direção aos distritos e bairros já seria uma grande possibilidade de conhecimento deste território. Tal estratégia favoreceria a integração das ações de VE com as ações das equipes de atenção básica e a construção de práticas que levem em conta os modos de vida dos diversos grupos populacionais e as diversas expressões do processo saúde-doença, levando à definição de ações mais adequadas sobre grupos priorizados e, conseqüentemente, um maior impacto positivo sobre os níveis de saúde e as condições de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, D. M. F. de. **Avaliação de implantação do Núcleo Descentralizado de Vigilância da Saúde na Região Metropolitana II, Estado do Rio de Janeiro**. 2009. 125 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Rio de Janeiro, 2009.

AGENDA 21 COMPERJ. **Relatório sobre saneamento ambiental em Itaboraí**, 2011. Disponível em: agenda21itaborai.com.br/agenda-21-local/saneamento/. Acesso em abril de 2013.

ALVES, C. K. A. **Proposta de avaliação do grau de implantação das ações de vigilância epidemiológica em âmbito municipal**. 2003. 129 f. Monografia (Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) – Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz. Recife, 2003.

ARREAZA, A. L. V. e MORAES, J. C. Vigilância da Saúde: fundamentos, interfaces e tendências. **Ciência & saúde Coletiva**, 15 (4): 2215-2228, 2010.

ASSEMBLÉIA LEGISTIVA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Notícias online (de 10/05/2013). **“Comissão flagra despejo clandestino em aterro desativado em Itaboraí”**. Disponível em: [www.alerj.rj.gov.br/http://www.alerj.rj.gov.br/common/noticia_corpo.asp?num=44551](http://www.alerj.rj.gov.br/common/noticia_corpo.asp?num=44551). Acesso em maio de 2013.

ASSEMBLÉIA LEGISTIVA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Notícias online (de 30/05/2011). **“Petrobrás financiará obras de saneamento em Itaboraí e Maricá.”** Disponível em: http://www.alerj.rj.gov.br/common/noticia_corpo.asp?num=39127. Acesso em maio de 2013.

BARATA, R. B. **Reorientação das práticas de vigilância epidemiológica**. In: Seminário Nacional de Vigilância Epidemiológica, 1993. Anais. Brasília: FNS/CENEPI.

BEZERRA, L. C. A et al. A vigilância epidemiológica no âmbito municipal: avaliação do grau de implantação das ações. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25(4): 827-839, abr, 2009.

BRASIL. **Lei nº 6259, de 30 de outubro de 1975.** Brasília, 1975. *Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências.*

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº. 196, de 10 de outubro de 1996.** Brasília, 1996. *Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.*

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei n ° 8080, de 19 de setembro de 1990.** Brasília, 1990. *Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.*

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n ° 1399, de 15 de dezembro de 1999.** Brasília, 1999. *Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, Estados, municípios e Distrito Federal, na área de epidemiologia e controle de doenças, define a sistemática de financiamento e dá outras providências.*

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 950, de 23 de dezembro de 1999.** Brasília, 1999 (a). *Regulamenta a NOB SUS 01/96 relativamente à área de Epidemiologia e Controle de Doenças e define sua sistemática de financiamento.*

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Avaliação da Implantação do Programa de Saúde da Família- PSF.** Brasília, 1999(b).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **O Trabalho do Agente Comunitário de Saúde.** Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1172, de 15 de junho de 2004.** Brasília, 2004. *Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal, na área de Vigilância em Saúde, define a sistemática de financiamento e dá outras providências.*

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 1119, de 05 de junho de 2008.** Brasília, 2008. *Regulamenta a Vigilância de Óbitos Maternos.*

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 3252, de 22 de dezembro de 2009.** Brasília, 2009. *Aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de*

Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de vigilância epidemiológica**, 7. ed., Brasília, 2009(a).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Protocolo de investigação de óbitos de dengue**. Brasília, 2009(b).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. 2ª edição. Brasília, 2009(c).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 2009(d)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório da verificação dos critérios de eliminação da transmissão dos vírus endêmicos do sarampo e rubéola e da síndrome da rubéola congênita (src) no Brasil**. Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada. **Orientações acerca dos indicadores de monitoramento e avaliação do pacto pela saúde, nos componentes pela vida e de gestão para o biênio 2010-2011**. Conforme Portaria GM/MS nº. 2669, de 03 de novembro de 2009 e Portaria GM/S nº. 3.840, de 07 de dezembro de 2010. Brasília. Versão atualizada em 08/02/2011.

BRASIL. **Lei complementar 141, de 13 de Janeiro de 2012**. Brasília, 2012.

Dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde. Mortalidade materna no Brasil: principais causas de morte e tendências temporais no período de 1990 a 2010.** Brasília, 2013.

CARVALHO M. S.; MARZOCCHI K. B. F. Avaliação da prática de vigilância epidemiológica nos serviços públicos de saúde no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.26, n.2, abr. 1992.

CASTELLANOS, P. L. **Epidemiología y organización de los servicios.** In: OPS/OMS, organizador. **La formación en epidemiología para el desarrollo de los servicios de salud.** Washington, D.C.: OPS/OMS; 1987. p. 30-40. [Serie Desarrollo de Recursos Humanos n° 88].

CENTERS FOR DISEASE CONTROL. **Comprehensive plan for epidemiologic surveillance.**, August 1986. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, CDC; 1986.

CERQUEIRA, E. M. de et al. Vigilância Epidemiológica no processo de municipalização do Sistema de Saúde de Feira de Santana – BA. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 12, n. 4, p. 213-223, 2003.

CHAMPAGNE, F. et al. **A Análise de Implantação.** In: BROUSSELLE, A. (Org.) **Avaliação: conceitos e métodos.** 22ª ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. Cap. 10, p. 217-238.

COMPERJ / PETROBRAS. **Foto da obra datada de março de 2012.** Disponível em: <http://www.comperj.com.br/Apresentacao.aspx>. Acesso em abril de 2013.

CONCREMAT ENGENHARIA / PETROBRAS. **Relatório de Impacto Ambiental (RIMA) do Complexo Petroquímico do Rio de Janeiro**, 2007. Disponível em: <http://www2.petrobras.com.br/Petrobras/portugues/pdf/rima.pdf>. Acesso em junho de 2012.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. **A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos.** In: HARTZ, Z. M. A. (Org.). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. **Avaliando a institucionalização da avaliação.** *Ciência&SaúdeColetiva*, 11(3):705-711, 2006.

COSENDEY, M. A. et al. Validation of a tool for assessing the quality of pharmaceutical services. **Reports in Public Health**,19(2):395-40, 2003.

CRUZ, M. M. **Avaliação de Programas de Prevenção de DST/AIDS para jovens: Estudo de Caso numa organização governamental e numa organização não-governamental do município do Rio de Janeiro.** 2006. 234 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.

DENIS, J. L.; CHAMPAGNE, F. **Análise de implantação de programas.** In: HARTZ, Z. M. A. (Org.). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas.** Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz/Hartz, ZA, 1997.

DESLANDES, S. F. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 13(1):103-107, jan-mar, 1997.

DONABEDIAN, A. The quality of care: how can it be assessed? **JAMA**, [S. l.], v. 260, n. 12, p. 1743-1748, 1988.

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA. **“Investimento na educação pode auxiliar COMPERJ”.** Matéria publicada em 25/04/2013. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/32491>. Acesso em: junho de 2013.

FIGUEIRÓ, A. C.; FRIAS, P. G. (Orgs). **Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais.** Rio de Janeiro: MedBook, 2010.

FÓRUM COMPERJ. **Municípios que formam o CONLESTE.** Disponível em: <http://www.forumcomperj.com.br/conteudo.asp?idPublicacao=42>. Acesso em abril de 2013.

FREESE DE CARVALHO, E. et al. Avaliação da Vigilância Epidemiológica em âmbito municipal. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, 5 (Supl 1): S53-S62, dez., 2005.

FREITAS, C. M. de; PORTO, M. F. **Saúde, ambiente e sustentabilidade**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.

FUNDAÇÃO DOM CINTRA. **Concurso do município de Itaboraí**. Disponível em: <http://www.domcintra.org.br/concursos.htm/municípiodeitaborairj>. Acesso em abril de 2013.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (FUNASA). **Guia de vigilância epidemiológica**. Brasília, 1998.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. **Projeto VIGISUS: diretrizes e procedimentos para o apoio de estudos e pesquisas no âmbito do VIGISUS - Componente II**. Brasília, Ministério da Saúde, 1999.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. **Situação da Prevenção e Controle das Doenças Transmissíveis no Brasil**. Brasília: 2002(a).

GAZE, R.; PEREZ, M. **Vigilância epidemiológica**. In: MEDRONHO, R. P. **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2002.

GIRARDI, M. L. **Avaliação da vigilância entomo-epidemiológica no Programa de Controle da Dengue no Município de Cuiabá – MT**. 2010. 158 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2010.

GOLDBAUM, M. Epidemiologia e Serviços de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, n. 12, Sup. 2, p. 95-98, 1996.

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO. Portal da transparência estadual. **Entenda o que são Organizações Sociais de Saúde**. Disponível em: <http://www.portaldatransparencia.saude.sp.gov.br/>. Acesso em abril de 2013.

HAMMANN, E. M.; LAGUARDIA J. Reflexões sobre a Vigilância Epidemiológica: mais além da notificação compulsória. **Informe Epidemiológico do SUS**; v. 9, n.3, p. 211-219, jul/set, 2000.

HARTZ, Z. M. A. et al. **Avaliação do programa materno-infantil: análise de implantação em sistemas locais de saúde no nordeste do Brasil**. In: HARTZ, Z. M.

A. (Org.). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

HARTZ, Z. M. A. e CAMACHO, L. A. B. Formação de recursos humanos em epidemiologia e avaliação dos programas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 12(Supl. 2):13-20, 1996.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censos Demográficos 2000 e 2010** – Município de Itaboraí. Disponível em <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em abril de 2013.

LIMA, C. M. (Org.). **Por uma Itaboraí saudável**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011.
Mapa de conflitos envolvendo injustiça ambiental e saúde injustiça ambiental e saúde no Brasil. Disponível em: <http://www.conflitoambiental.icict.fiocruz.br>. Acesso em Abril de 2013.

MATIDA A. H.; CAMACHO L. A. B. Pesquisa Avaliativa e epidemiologia: movimentos e síntese no processo de avaliação de programas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, jan-fev, 2004, 20(1):37-47.

MEDINA, M. G. et al. **Usos de Modelos Teóricos na Avaliação em Saúde: Aspectos conceituais e operacionais**. In: HARTZ, Z. M. A.; VIEIRA DA SILVA, L. M. **Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de Programas e Sistemas de Saúde**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

MENDES, E. V. **A construção social do planejamento e programação local da vigilância a saúde no Distrito Sanitário**. In: Organização Panamericana de Saúde; Escritório Regional da Organização Mundial de Saúde. **Planejamento e Programação Local da Vigilância da Saúde no Distrito Sanitário** (E. V. Mendes, org.), Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde 13, pp. 43-59, Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 1993.

MENDES, M. F. M. **Avaliação da Implantação dos Núcleos de Epidemiologia em hospitais de alta complexidade da rede pública de Saúde, no Recife/PE**. 2001. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Informações de saúde. Estatísticas vitais. **Nascidos vivos**. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nv>. Acesso em abril de 2013 (a).

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). **Painel de monitoramento da mortalidade materna**. Disponível em: <http://svs.aids.gov.br/dashboard/mortalidade/materna.show.mtw>. Acesso em abril de 2013 (b).

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). **Painel de monitoramento da mortalidade infantil e fetal**. Disponível em <http://svs.aids.gov.br/dashboard/mortalidade/infantil.show.mtw>. Acesso em abril de 2013 (c).

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Informações de saúde. Estatísticas vitais. **Mortalidade geral**. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obt09>. Acesso em abril de 2013 (d).

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Informações de saúde. **Epidemiológicas e morbidade**. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/index.php>. Acesso em abril de 2013 (e).

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). **Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações**. Disponível em: http://pni.datasus.gov.br/inf_estatistica_cobertura.asp. Acesso em maio de 2013(f).

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Informática do SUS. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Disponível em <http://cnes.datasus.gov.br>. Acesso em maio de 2013 (g).

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). **Sistemas e aplicativos. Eventos vitais**. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0407>. Acesso em maio de 2013 (h).

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sala de apoio à gestão estratégica. **Transferência fundo a fundo (competências) em 2012.** Disponível em http://189.28.128.178/sage/gestao_saude/fundo_a_fundo/fundo_blocos_detalha.php?uf=33&ibge=330190&cobloco=3&cg=&tc=&rm=®i=&ufcidade=Itabora%C3%AD/RJ&category=2012. Acesso em Abril de 2013.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 21(3): 898-906, mai-jun, 2005.

MOYSES, Y. S. O COMPERJ: o modelo de desenvolvimento hegemônico e contradições no espaço local (Itaboraí/Rio de Janeiro). **Revista Geografar**, Curitiba, v.5, n.1, p.01-24, jan./jun. 2010.

MUDJALIEB, A. A. **Produção de informação e conhecimento e práticas de participação popular na Estratégia Saúde da Família: o caso do município de Itaboraí, RJ. 2011.** 273 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2011.

OLIVEIRA, L. G. D. et al. Modelo de avaliação do programa de controle da tuberculose. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15 (Supl. 1): 997-1008, 2010.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, M. G. L. C. Reorganização do sistema de vigilância epidemiológica na perspectiva do Sistema Único de Saúde (SUS). **Informe Epidemiológico do SUS**, 1992; v. 5 p.27-54.

PANDEFF, P. A. et al. **Avaliação de impactos sócio-ambientais da indústria petroquímica: o caso do COMPERJ e a APA-Guapimirim / RJ.** IV congresso nacional de excelência em gestão, 2008. Disponível em: http://www.latec.uff.br/cneg/documentos/anais_cneg4/T7_0036_0229.pdf

PASSOS, L. M. R. **“Assistir” e “Vigiar” as ações de Vigilância Epidemiológica na Unidade Básica de Saúde. Avanços e perspectivas.** 2003. 216 f. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, 2003.

PICCIOTTO, R. **Evaluation in the Word Bank**. In: CHELIMSKY, E. & SHADISH, W. R. (orgs.) **Evaluation for the 21st Century**. Sage Publications, London, 1997.

POTVIN, L. et al. **Três posturas ontológicas concernentes à natureza dos programas de saúde: implicações para a avaliação**. In: BOSI, M. L. M. e MERCADO, F. J. **Avaliação qualitativa de programas de saúde**. Petrópolis: Vozes, 2006.

PREFEITURA MUNICIPAL DE ITABORAÍ. **Lei nº. 982, de 27 de junho de 1990**. Itaboraí, 1990. *Institui a Secretaria Municipal de Saúde e dá outras providências*.

PREFEITURA MUNICIPAL DE ITABORAÍ. **Lei nº. 1148, de 05 de março de 1993**. Itaboraí, 1993. *Institui o Conselho Municipal de Saúde e dá outras providências*.

PREFEITURA MUNICIPAL DE ITABORAÍ. **Lei nº. 1149, de 05 de março de 1993**. Itaboraí, 1993(a). *Institui o Fundo Municipal de Saúde e dá outras providências*.

PREFEITURA MUNICIPAL DE ITABORAÍ. **Decreto do gabinete do prefeito nº. 11, de 04 de janeiro de 2005**. Itaboraí, 2005. *Estabelece a competência, aprova a estrutura básica da Secretaria Municipal de Saúde e dá outras providências*.

PREFEITURA MUNICIPAL DE ITABORAÍ. Secretaria Municipal de Planejamento e Coordenação. **Cadernos Itadados**. Itaboraí, 2006.

PREFEITURA MUNICIPAL DE ITABORAÍ. Secretaria Municipal de Planejamento e Coordenação. **Cadernos Itadados**. Itaboraí, 2008.

PREFEITURA MUNICIPAL DE ITABORAÍ. **Plano Municipal de Saneamento Básico Relatório Base** (Maio/10 – v1), Itaboraí, 2010.

PREFEITURA MUNICIPAL DE ITABORAÍ. **Plano Municipal de Saúde 2010-2013**, Itaboraí, 2010 (a).

PREFEITURA MUNICIPAL DE ITABORAÍ. **Decreto nº. 80, de 20 de outubro de 2010**. Itaboraí, 2010 (b). *Institui a vigilância em saúde, dispõe sobre normas relativas à saúde no município de Itaboraí, e dá outras providências*.

PREFEITURA MUNICIPAL DE ITABORAÍ. **Decreto nº. 14, de 17 de março de 2011.** Itaboraí, 2011. *Delega à Secretaria Municipal de Obras a tarefa de controle dos veículos oficiais e dá outras providências.*

PREFEITURA MUNICIPAL DE ITABORAÍ. **Notícias da Secretaria Municipal de Saúde (Jan. a Maio).** Disponível em: www.prefeituraitaborai.com. Acesso em maio de 2013.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. **Atlas do desenvolvimento humano no Brasil - Ranking do IDH dos municípios do Brasil – 2013 (Censo 2010).** Disponível em: www.pnud.org.br/atlas/ranking/Ranking-IDHM-Municipios-2010.aspx

SABROZA, P.; LEAL, M. C.; GAMA, S. G. N., MATOS, I. **O mestrado profissionalizante em vigilância em saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca.** In: LEAL, M. C. e FREITAS, C. M. de. (orgs.) **Cenários possíveis – Experiências e desafios do mestrado profissional na saúde coletiva.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

SANTOS, S. S. B. S. et al. Avaliação da capacidade de gestão descentralizada da vigilância epidemiológica no Estado da Bahia. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(4): 873-882, 2012.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITABORAÍ. **Relatório Anual de Gestão 2011.** Itaboraí, 2011.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITABORAÍ. **Programação Anual de Saúde 2012.** Itaboraí, 2012.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITABORAÍ. **Relatório Anual de Gestão 2012.** Itaboraí, 2013.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITABORAÍ. Fundo Municipal de Saúde. **Relatório de aplicação de recursos do bloco de Vigilância em Saúde pela Secretaria Municipal de Saúde em 2012.** Itaboraí, 2013 (a).

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE/RJ. **Relatório dos indicadores do pacto pela saúde dos municípios do Estado do Rio de Janeiro 2010-2011**, Rio de Janeiro, 2011(atualizado em 14/06/12).

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE E DEFESA CIVIL/RJ. **Resolução nº. 1335, de 13 de agosto de 2010**. Rio de Janeiro, 2010. *Aprova os parâmetros para a estruturação da Vigilância em saúde no âmbito do Estado do Rio de Janeiro*.

SILVA JÚNIOR, J. B. **Epidemiologia em serviço: uma avaliação de desempenho do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde**. 2004. 318f. Tese (Doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, SP, 2004.

SILVA JÚNIOR, J. B. Reflexões sobre o processo de monitoramento na gestão das ações de vigilância em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 18(5): 1217-1224, 2013.

TEIXEIRA, M. G.; PENNA, G. O.; RISI, J. B. Seleção das doenças de notificação compulsória: critérios e recomendações para as três esferas de governo. **Informe epidemiológico do SUS**, 7 (1): 7-28. Jan/Mar, 1998.

TEIXEIRA C. F.; PAIM, J. S.; VILASBÔAS, A. L. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**, 7(2): 7-28. Abr/Jun, 1998.

TOLEDO, L. M.; SABROZA, P. C. (Coord.) **Síntese anual 2010: monitoramento da evolução das causas relevantes de adoecimento e morte nos municípios de Itaboraí, Guapimirim e Cachoeiras de Macacu. A situação epidemiológica em 2010**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2011.

VALLA, V. V. A crise da interpretação é nossa: procurando compreender a fala das classes populares. **Educação e Realidade**, n. 21, 1996.

VIEIRA DA SILVA, L. M. **Conceitos, Abordagens e Estratégias para a Avaliação em Saúde**. In: Hartz, Z M de A & Vieira da Silva, L M (org). **Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador: EDUFBA, Rio de Janeiro: FIOCRUZ. 2005.

VIVA ITABORAÍ (*blog*). **Entrevista com candidato Sérgio Soares**. Disponível em: http://vivaitaborai.blogspot.com.br/2012/09/eleicoes-2012-entrevista-com-candidato_14.html. Acesso em maio de 2013.

WALDMAN, E. A. **Vigilância epidemiológica como prática de saúde pública**. 1991. 176 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1991.

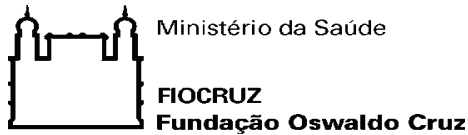
WALDMAN, E. A. Usos da vigilância e da monitorização em saúde pública. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, ano 7, n. 3, p. 7-26, jul./set. 1998.

WORTHEN, B. R. et al. **Avaliação de programas: concepções e práticas**. São Paulo: Editora Gente, 2004.

YIN, R. K. **Case Study Research: design and methods**. 2 ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 1994. (Applied Social Research Methods Series, 5)

APÊNDICES

APÊNDICE A



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

De acordo com as normas da Resolução nº. 196, do Conselho Nacional de Saúde de 10 de outubro de 1996.

O (a) senhor (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada “Avaliação da implementação da Vigilância Epidemiológica do município de Itaboraí”, desenvolvida pela discente Madrilâne de Carvalho Costa, aluna do Mestrado Profissional em Vigilância em Saúde na Região Leste do Estado do Rio de Janeiro da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação da Prof^a Dr^a. Marly Marques da Cruz.

O Sr.(a) foi convidado (a) a participar do estudo por fazer parte da equipe de técnicos ou ser gerente ou gestor imediato deste setor. A qualquer momento o(a) Sr(a) pode desistir de participar e retirar seu consentimento, sem que este fato cause qualquer constrangimento ou penalidade.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a um questionário, aplicado pela pesquisadora, abordando vários aspectos relativos ao tema. Seus dados serão mantidos em sigilo e a análise das informações obtidas através de suas respostas será divulgada em meio acadêmico, sendo preservado o sigilo de sua identidade. Os riscos relacionados a sua participação são pequenos, pois a pesquisa não identificará nomes. Entretanto, considerando a especificidade do cargo, existe um risco de identificação. Assim, solicitamos autorização para citação do cargo caso algum trecho da entrevista tenha que ser transcrito na dissertação. Os benefícios relacionados com a sua participação são o de contribuir para um maior conhecimento sobre a implementação de

tão importante componente do sistema de saúde. Não será oferecida nenhuma remuneração por sua participação bem como não lhe será atribuído nenhum custo. Os dados também podem ser usados em publicações científicas sobre o assunto pesquisado. Porém, sua identidade não será revelada em qualquer circunstância. O participante receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço institucional da pesquisadora e do comitê de ética em pesquisa (CEP), podendo esclarecer suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Antes de assinar este termo você deve se informar plenamente sobre ele, fazendo todas as perguntas que ache necessário.

Marly Marques da Cruz

Madrilâne de Carvalho Costa

ENSP / FIOCRUZ – Departamento de Endemias Samuel Pessoa
Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – Manguinhos – Rio de Janeiro / RJ
Telefone: (21)2598-2654

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Data: ____/____/____

Nome e assinatura do participante

Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/ENSP

APÊNDICE B
QUESTIONÁRIO APLICADO AOS TÉCNICOS DA VIGILÂNCIA
EPIDEMIOLÓGICA DO NÍVEL CENTRAL

DATA DO PREENCHIMENTO: ____/____/____

IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____

Idade: _____ Sexo: _____

Formação: _____

Pós-graduação: _____

Função: _____

Vínculo empregatício: _____

Carga horária: _____

Tempo de atuação no setor: _____

**IMPLEMENTAÇÃO: DISPONIBILIDADE DE INSUMOS
RECURSOS HUMANOS**

1. O setor de VE do nível central é composto por quantos técnicos?

Nível superior _____ Nível médio _____

1.2. Considera que o quantitativo de técnicos de nível superior é suficiente?

SIM NÃO

1.3. Considera que o quantitativo de técnicos de nível médio é suficiente?

SIM NÃO

1.4. Considerações sobre quantidade e qualidade:

ESPAÇO FÍSICO

2. O setor de VE possui espaço próprio?

SIM NÃO

2.1. Se SIM, quantas salas? _____

2.2. O espaço e o mobiliário disponíveis são **suficientes** para toda a equipe?

SIM NÃO

RECURSOS MATERIAIS

3. Quais recursos materiais citados a seguir o setor possui?

	Pontos de acesso à internet	Quantos?			Impressora	Quantas?	
	Aparelho de fax exclusivo	Quantos?			Scanner	Quantos?	
	Linha telefônica exclusiva	Quantos?			Pen-drive	Quantos?	
	Computador	Quantos?			Material de escritório (papel, tinta, envelopes, pastas etc)		

3.1. Acha que o setor possui recursos materiais **suficientes** para o desenvolvimento das atividades?

SIM NÃO

3.2. Se não, o quê é insuficiente?

NORMAS E PROTOCOLOS

4. O setor de VE possui Guia de VE atualizado?

SIM NÃO

4.1. O setor de VE possui outras normas e protocolos disponíveis para toda a equipe?

SIM NÃO

VEÍCULOS

5. O setor de VE possui veículo próprio?,

SIM NÃO

5.1. Se SIM, quantos? _____

5.2. Se não, existe algum a disposição do setor? Quantos? _____

6. Considera que o espaço é **adequado** para a realização das atividades?

SIM NÃO

6.1. Considera que o(s) veículo(s) é (são) **adequado(s)** para a realização das atividades?

SIM NÃO

6.2. Considera que os recursos materiais são **adequados** para a realização das atividades?

SIM NÃO

7. Há algum recurso que o setor não possua e que o(a) Sr.(a) considere muito importante para o desenvolvimento das atividades?

SIM NÃO

7.1. Se SIM, cite-o(s)?

LABORATÓRIO

8. Existe laboratório municipal ou de referência para realização de exames de interesse da VE?

SIM NÃO

8.1. Qual? _____

8.2. Este laboratório atende às necessidades do setor?

SIM NÃO

IMPLEMENTAÇÃO: Qualidade técnico-científica das atividades

PLANEJAMENTO ANUAL E REUNIÕES DE MONITORAMENTO

9. Existem reuniões de planejamento anual?

SIM NÃO

9.1. Existem reuniões ao longo do ano para monitoramento das ações?

SIM NÃO

9.2. Considerações: _____

INTEGRAÇÃO COM OUTROS PROGRAMAS

10. Acontecem ações em conjunto com as outras vigilâncias (sanitária, ambiental, em saúde do trabalhador) ou com outros programas ligados à atenção básica?

SIM NÃO

10.1. Se sim, quais foram estas ações?

10.2. O que acha das ações ou parcerias com estes programas?

NORMATIZAÇÃO

11. O(A) Sr(a) tem conhecimento de algum instrumento legal que oriente as ações de VE municipal?

SIM NÃO

110.1. Se sim, cite: _____

12. Como se dá a capacitação em serviço dos técnicos? Existe algum programa contínuo de capacitação?

12.1. O(A) Sr.(a) fez cursos específicos na área de Vigilância Epidemiológica, nos últimos 2 anos?

SIM NÃO

12.2. Listar curso e carga horária:

13. No decorrer deste ano existiu algum estudo epidemiológico em área prioritária?

SIM NÃO

13.1. Se sim, descreva:

14. Existe rotina de retroalimentação de informações sobre investigação de casos junto às unidades notificadoras?

SIM NÃO

14.1. Se, sim, como esta acontece:

15. Existem atividades educativas junto à população abordando doenças e agravos de interesse da VE?

SIM NÃO

15.1. Se sim, cite:

LIMITES E POSSIBILIDADES

16. Para o(a) Sr.(a) quais são as maiores dificuldades dentro do setor/na secretaria municipal de saúde que de alguma forma prejudicam a realização de suas atividades?

17. Para o(a) Sr.(a) o quê dentro do setor / na secretaria municipal de saúde vem facilitando as suas atribuições / atividades ?

INFLUÊNCIA DOS CONTEXTOS EXTERNO E POLÍTICO-INSTITUCIONAL

18. Para o(a) Sr.(a) como a implantação do COMPERJ vem influenciando o setor de VE?

19. Para o(a) Sr.(a) como a alta rotatividade de secretários municipais de saúde influencia nas atividades de VE?

APÊNDICE C

QUESTIONÁRIO APLICADO À COORDENAÇÃO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA MUNICIPAL

DATA DO PREENCHIMENTO: ___/___/_____

IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____

Idade: _____ Sexo: _____

Formação: _____

Pós-graduação: _____

Função: _____

Vínculo empregatício: _____

Carga horária: _____

Tempo de atuação no setor: _____

IMPLEMENTAÇÃO: DISPONIBILIDADE DE INSUMOS

RECURSOS HUMANOS

1. O setor de VE é composto por quantos técnicos?

Nível superior _____ Nível médio _____

1.2. Considera que o quantitativo de técnicos de nível superior é suficiente?

SIM NÃO

1.3. Considera que o quantitativo de técnicos de nível médio é suficiente?

SIM NÃO

ESPAÇO FÍSICO

2. O setor de VE possui espaço próprio?

SIM NÃO

2.1. Se SIM, quantas salas? _____

2.2. O espaço e o mobiliário disponíveis são **suficientes** para toda a equipe?

SIM NÃO

RECURSOS MATERIAIS

3. Quais recursos materiais citados a seguir o setor possui?

	Pontos de acesso à internet	Quantos?			Impressora	Quantas?	
	Aparelho de fax exclusivo	Quantos?			Scanner	Quantos?	
	Linha telefônica exclusiva	Quantos?			Pen-drive	Quantos?	
	Computador	Quantos?			Material de escritório (papel, tinta, envelopes, pastas etc)		

3.1. Acha que o setor possui recursos materiais **suficientes** para o desenvolvimento das atividades?

SIM NÃO

3.2. Se não, o quê é insuficiente?

NORMAS E PROTOCOLOS

4. O setor de VE possui Guia de VE atualizado?

SIM NÃO

4.1. O setor de VE possui outras normas e protocolos disponíveis para toda a equipe?

SIM NÃO

VEÍCULOS

5. O setor de VE possui veículo próprio?

SIM NÃO

5.1. Se SIM, quantos? _____

5.2. Se não, existe algum a disposição do setor? Quantos? _____

6. Considera que o espaço é **adequado** para a realização das atividades?

SIM NÃO

6.1. Considera que o(s) veículo(s) é (são) **adequado(s)** para a realização das atividades?

SIM NÃO

6.2. Considera que os recursos materiais são **adequados** para a realização das atividades?

SIM NÃO

7. Há algum recurso que o setor não possua e que o(a) Sr.(a) considere muito importante para o desenvolvimento das atividades?

SIM NÃO

7.1. Se SIM, cite-o(s)?

LABORATÓRIO

8. Existe laboratório municipal ou de referência para realização de exames de interesse da VE?

SIM NÃO

8.1. Qual? _____

8.2. Este laboratório atende às necessidades do setor?

SIM NÃO

IMPLEMENTAÇÃO: Qualidade técnico-científica das atividades INTEGRAÇÃO COM OUTROS PROGRAMAS

9. Acontecem ações em conjunto com as outras vigilâncias (sanitária, ambiental, em saúde do trabalhador) ou com outros programas ligados à atenção básica?

SIM NÃO

9.1. Se sim, quais foram estas ações?

9.2. O que acha das ações ou parcerias com estes programas?

NORMATIZAÇÃO

10. Quais são os instrumentos legais que normatizam a VE municipal?

11. Como se dá a capacitação em serviço dos técnicos? Existe algum programa contínuo de capacitação?

11.1. O(A) Sr.(a) fez cursos específicos na área de Vigilância Epidemiológica, nos últimos 2 anos?

SIM NÃO

11.2. Listar curso e carga horária:

12. No decorrer deste ano existiu algum estudo epidemiológico em área prioritária?

SIM NÃO

12.1. Se sim, descreva:

13. Existe rotina de retroalimentação de informações sobre investigação de casos junto às unidades notificadoras?

SIM NÃO

13.1. Se, sim, como esta acontece:

14. Existem atividades educativas junto à população abordando doenças e agravos de interesse da VE?

SIM NÃO

14.1. Se sim, cite:

POSSIBILIDADES

15. Para o(a) Sr.(a) quais são as maiores dificuldades do setor em relação aos recursos e a realização das atividades?

16. Para o(a) Sr.(a) o que vem facilitando o processo de trabalho no setor?

INFLUÊNCIA DOS CONTEXTOS EXTERNO E POLÍTICO-INSTITUCIONAL

17. Para o(a) Sr.(a) como a implantação do COMPERJ vem influenciando o setor de VE?

18. Para o(a) Sr.(a) o que na organização da secretaria de saúde ajuda ou limita o trabalho da VE?

19. Para o(a) Sr.(a) como a alta rotatividade de secretários municipais de saúde influencia nas atividades de VE?

20. Para o(a) Sr(a) como a qualificação e o tipo de vínculo dos profissionais de saúde influencia nas atividades de VE?

APÊNDICE D

QUESTIONÁRIO APLICADO AO GESTOR MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITABORAÍ

DATA DO PREENCHIMENTO: ____/____/____

IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____

Idade: _____ Sexo: _____

Formação: _____

Pós-graduação: _____

Vínculo empregatício: _____

Tempo de atuação no setor: _____

CONTEXTO POLÍTICO-ORGANIZACIONAL

1. Como está inserida a VE no organograma da SMS?

1.1. Este organograma está oficializado em Diário Oficial do município?

SIM NÃO

1.2. Existem atribuições definidas nesta lei?

SIM NÃO

1.3. O Sr. Pretende promover alguma mudança no organograma da SMS? Como isto se daria?

2. Segundo seus conhecimentos, quais são as atribuições da Vigilância Epidemiológica?

3. Como foram aplicados no último ano os recursos transferidos fundo a fundo do bloco para a Vigilância em Saúde? (Em Agosto somam quase 800 mil reais-site SIOPS)

3.1. O que foi aplicado na Vigilância Epidemiológica?

4. Como foi o provimento de recursos humanos para a VE nos últimos quatro anos?

5. Existe perspectiva de provimento de RH para o setor para os próximos anos? Como acontecerá?

6. De uma forma geral como a SMS vem atendendo / atenderá às necessidades da VE (em relação a contratações, seleções, capacitações, insumos, parcerias)?

DISPONIBILIDADE DE INSUMOS

7. O Sr. conhece a disponibilidade de recursos humanos e materiais, veículos, espaço físico e laboratório do setor de Vigilância Epidemiológica?

SIM NÃO

Considerações:

8. Considera que os recursos humanos, os recursos materiais, espaço, veículos e laboratório são **suficientes** para a realização das atividades do setor?

SIM NÃO

Considerações:

9. Considera que os recursos humanos, os recursos materiais, espaço, veículos e laboratório são **adequados** para a realização das atividades do setor?

SIM NÃO

Considerações:

CONT. CONTEXTO POLÍTICO-INSTITUCIONAL

10. Para o Sr. como a qualificação e o tipo de vínculo dos profissionais de saúde influencia nas atividades de VE?

Qualificação:

Tipo de vínculo:

11. Como se dá / dará o processo de planejamento das ações junto aos programas? Já aconteceu, nesta gestão, reunião de planejamento em conjunto com todos os programas (atenção básica / vigilâncias)?

12. Como a VE tem participado do planejamento da SMS?

13. Como o Sr. analisa a influência da alta rotatividade de secretários municipais de saúde (no último ano) nas atividades da VE?

14. Para o Sr. o quê na organização da secretaria de saúde ajuda o trabalho da VE?

15. Para o Sr. quais são as maiores dificuldades que a VE tem enfrentado (em relação a organização, aos recursos e a realização das atividades)?

CONTEXTO EXTERNO (falar um pouco sobre o impacto do COMPERJ)

16. Para o Sr. como a implantação do COMPERJ vem influenciando o setor saúde em Itaboraí?

17. Existe algum tipo de aproximação da SMS/Prefeitura com as empresas envolvidas no COMPERJ?

18. O que já foi feito pela SMS em preparação ao aumento de demandas que já vem acontecendo com a implantação do COMPERJ?

PROPOSTAS

19. Quais seriam suas propostas para melhorar a estrutura e a qualidade de trabalho da VE municipal?

APÊNDICE E
ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO DIRETA NA(S) SALA(S) DO SETOR DE VIGILÂNCIA
 EPIDEMIOLÓGICA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITABORAÍ – RJ.

Data: ____/____/____

Pesquisador: _____

Prédio/Localização/Bairro: _____

ÁREA FÍSICA

Metragem: _____

Quantitativo de mesas de trabalho: _____

Quantitativo de mesas para reunião: _____

Quantitativo de cadeiras: _____

Tipo de ventilação: _____

Ambiente com ventilação suficiente? SIM NÃO

Tipo de iluminação: _____

Ambiente com iluminação suficiente? SIM NÃO

RECURSOS MATERIAIS E DE INFORMÁTICA

	Pontos de acesso à internet	Quantos?			Impressora	Quantas?	
	Aparelho de fax exclusivo	Quantos?			Scanner	Quantos?	
	Linha telefônica exclusiva	Quantos?			Pen-drive	Quantos?	
	Computador	Quantos?			Material de escritório (papel, tinta, envelopes, pastas etc)		

DOCUMENTAÇÃO

Guia de Vigilância Epidemiológica disponível? SIM NÃO

Legislação disponível? SIM NÃO

Normas Técnicas disponíveis? SIM NÃO

Protocolos disponíveis? SIM NÃO

APÊNDICE F

ROTEIRO PARA ANÁLISE DOCUMENTAL- VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA –
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITABORAÍ

DOCUMENTOS	A SER ANALISADO
Plano anual de ações da VE	Planejamento anual do setor
Atas de reuniões; relatórios técnicos e relatório de gestão 2011 e relatório parcial 2012	Realização de reuniões de monitoramento; reuniões com outros programas; realização de atividades educativas; realização de estudos e pesquisas
Relatórios do SIM, SINASC, SINAN e e-mails enviados às assessorias da SES/RJ	Regularidade de envio de lotes; encerramento oportuno de casos; encerramento de casos por critério laboratorial; investigação oportuna de óbitos infantis, de mulher em idade fértil e maternos e por dengue;
Memorandos ou e-mails enviados às unidades notificantes	Retroalimentação às unidades notificantes
Documento sobre perfil epidemiológico	Levantamento do perfil epidemiológico do município; Análise de relatórios dos sistemas de informação.
Documentos ou arquivos digitais com gráficos de tendências de agravos, georreferenciamento de casos, mapeamentos diversos, planilhas de análise temporal de incidência e prevalência de agravos	Estudos sobre incidência e prevalência a partir de gráficos, mapas etc.
Boletins epidemiológicos impressos	Produção de boletins epidemiológicos
Diário oficial municipal	Organograma da SMS, atribuições da VE municipal e outros dados pertinentes
Plano plurianual da SMS e Relatórios de Conferências municipais de saúde	Informações diversas sobre a SMS
Relatório financeiro do fundo municipal de saúde	Recursos utilizados no setor de VE em 2012.

APÊNDICE G – Matriz de Análise e Julgamento – INSUMOS

Sud-dimensão Disponibilidade	INSUMOS	INDICADOR / CRITÉRIO	Pont	PM	PO	
	Recursos humanos	Coordenador com especialização em saúde pública ou epidemiologia		2,5	10	
		Digitadores exclusivos para os SIS		2,5		
		Pessoal de apoio administrativo		2,5		
		Equipe mínima para as ações de VE		2,5		
		TOTAL deste recurso				
	Laboratório	Ausência de laboratório municipal ou de referência		0	10	
		Existência de laboratório municipal ou de referência		10		
	Veículo	Veículo não disponível para a VE		0	10	
		Veículo não exclusivo		5		
		1 veículo exclusivo		10		
	Espaço físico com mobiliário	Mobiliário insuficiente para toda a equipe		0	10	
		Mobiliário suficiente para toda equipe		10		
	Linha telefônica	Linha telefônica não exclusiva		5	10	
		Linha telefônica exclusiva		10		
	Fax	Aparelho de fax não exclusivo		5	10	
		Aparelho de fax exclusivo		10		
	Acesso à internet	Um ponto de acesso à internet		0	10	
		Acesso à internet em todos os computadores com sistema de informação		5		
		Acesso à internet em todos os computadores com sistema de informação e a outros existentes		10		
Computadores para os SIS e outros usos	1 computador		0	10		
	2 a 3 computadores (com SIS instalados)		5			
	3 ou mais computadores (com SIS instalados e para uso geral)		10			
Material de informática e de expediente	Ausência de impressora		0	10		
	1 ou mais impressoras		10			
	Material de expediente insuficiente (papel, tinta, envelopes, pastas etc)		0	10		
	Material de expediente suficiente (papel, tinta, envelopes, pastas etc)		10			
Normas e protocolos	Guia de Vigilância Epidemiológica e outros documentos normativos não disponíveis para toda a equipe		0	10		
	Guia de Vigilância Epidemiológica e outros documentos normativos disponíveis para toda a equipe		10			
Total de pontos esperados				110		
Total de pontos observados						
Índice de implementação subdimensão Disponibilidade componente INSUMOS =						

Nota: PM – Pontuação Máxima; PO – Pontuação Observada

Matriz de Análise e Julgamento – ATIVIDADES

	ATIVIDADES	INDICADOR / CRITÉRIO	Pont	PM	PO
Subdimensão Qualidade técnico-científica	Planejamento anual	Ausência de reunião de planejamento anual	0	10	
		Uma reunião anual de planejamento	10		
	Reuniões de monitoramento das ações	Ausência de reunião de monitoramento	0	10	
		Uma reunião anual de monitoramento	5		
		Duas ou mais reuniões anuais de monitoramento	10		
	Realização de reuniões e/ou ações com outros programas	Nenhuma reunião ou ação com outro programa no ano de 2012	0	10	
		Reunião ou ação com um programa no ano de 2012	1		
		Reunião ou ação com mais de um programa no ano de 2012	2		
	Processamento dos dados nos sistemas de informação	Regularidade de envio de lotes do SIM < 80%	0	10	
		Regularidade de envio de lotes do SIM = ou >80%	3,3		
		Regularidade de envio de lotes do SINASC < 80%	0		
		Regularidade de envio de lotes do SINASC = ou >80%	3,3		
		Regularidade de envio de lotes do SINAN = ou >80%	3,3		
	Conhecimento das normas e protocolos que regem a VE.	Ausência de conhecimento sobre normas e protocolos da VE	0	10	
		Conhecimento do GVE	5		
		Conhecimento do GVE e de outras normas e protocolos da VE	2		
	Participação de técnicos em cursos de capacitação	Participação de 10% dos técnicos em algum curso de capacitação nos últimos 2 anos	0	10	
		Participação de 20% a 50% dos técnicos em algum curso de capacitação nos últimos 2 anos	5		
		Participação de 60% a 80% dos técnicos em algum curso de capacitação nos últimos 2 anos	10		
	Análise da incidência e prevalência, a partir de gráficos de tendências, mapas etc	Ausência de qualquer análise a partir de gráficos, tabelas ou mapas.	0	10	
		Comprovação de alguma análise a partir de gráficos, tabelas ou mapas.	10		
	Boletins epidemiológicos para divulgação de informações	Ausência de produção de boletim epidemiológico no ano de 2012	0	10	
		Produção de pelo menos um boletim epidemiológico no ano de 2012	10		
Retroalimentação de informações às unidades notificantes.	Ausência de retroalimentação	0	10		
	Comprovação de retroalimentação	10			
Realização de atividades educativas junto à comunidade	Ausência de atividades educativas no ano de 2012	0	10		
	Realização de uma atividade educativa no ano de 2012	5			
	Realização de duas ou mais atividades educativas no ano de 2012	10			
Total de pontos esperados				100	
Total de pontos observados					
Índice de implementação subdimensão Qualidade técnico-científica do componente ATIVIDADES =					

Nota: PM – Pontuação Máxima; PO – Pontuação Observada

Continuação da Matriz de Análise e Julgamento - ATIVIDADES

	ATIVIDADES	INDICADOR/CRITÉRIO	Pont	PM	PO	
Subdimensão Oportunidade	Notificação e encerramento oportuno de casos suspeitos de Doenças e Agravos de Notificação Compulsória	Encerramento oportuno de menos de 75% das DNC (daquelas c/ esta exigência) – ano 2012	0	10		
		Encerramento oportuno de 75% e mais das DNC (daquelas c/ esta exigência) – ano 2012	10			
	Coletar amostras de forma oportuna para encerramento de casos	Menos de 80% de casos notificados de doenças exantemáticas, meningites e hepatites encerrados por critério laboratorial - Ano 2012	0	10		
		80% e mais dos casos notificados de doenças exantemáticas, meningites e hepatites encerrados por critério laboratorial - Ano 2012	10			
	Investigação oportuna de óbitos, surtos e epidemias	Investigação precária de óbitos por dengue, infantis e de mulher em idade fértil (< de 100% p/ dengue, < de 60% para ób. infantis e de mulher em idade fértil e maternos) - ano 2012	0	10		
		Investigação de 100% de óbitos por dengue e 60% e mais de ób. infantis e de mulher em idade fértil e maternos – ano 2012	10			
	Total de pontos esperados				30	
	Total de pontos observados					
	Índice de implementação subdimensão Oportunidade do componente ATIVIDADES =					

Nota: PM – Pontuação Máxima; PO – Pontuação Observada

APÊNDICE H - CARTAS DE SOLICITAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA



Itaboraí, 10 de Setembro de 2012.

Ilmo Sr. Marcelo Bagueira
Secretário Municipal de Saúde do município de Itaboraí

Prezado Senhor

Venho, respeitosamente, solicitar a autorização para acessar documentos desta secretaria, relatórios técnicos, financeiros, atas de reuniões e conferências e outros documentos pertinentes para o desenvolvimento das atividades referentes ao projeto de pesquisa, intitulado: “Avaliação de implementação da Vigilância Epidemiológica no município de Itaboraí – RJ” sob orientação da doutora Marly Marques da Cruz. O projeto atenderá aos critérios estabelecidos pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Oswaldo Cruz - CEP/FIOCRUZ.

Estou à disposição para quaisquer esclarecimentos e desde já agradeço a atenção.

Atenciosamente,

Madrilâne de Carvalho Costa

Aluna do Curso de Mestrado Profissional em Vigilância em Saúde da
Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP/FIOCRUZ

Itaboraí, 10 de Setembro de 2012.

Ilma Sr(a). Andrea Lopes de Araujo Santana
Coordenadora da Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde do
município de Itaboraí

Prezada Senhora

Venho, respeitosamente, solicitar a autorização para acessar dados dos sistemas de informação de saúde sob a responsabilidade desta diretoria, bem como relatórios, atas e outros documentos pertinentes para o desenvolvimento das atividades referentes ao projeto de pesquisa, intitulado: “Avaliação de implementação da Vigilância Epidemiológica no município de Itaboraí – RJ” sob orientação da doutora Marly Marques da Cruz. O projeto atenderá aos critérios estabelecidos pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Oswaldo Cruz - CEP/FIOCRUZ.

Estou à disposição para quaisquer esclarecimentos e desde já agradeço a atenção.

Atenciosamente,

Madrilâne de Carvalho Costa

Aluna do Curso de Mestrado Profissional em Vigilância em Saúde da Escola
Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP/FIOCRUZ

ANEXOS

ANEXO 1 – FUNASA - Guia de Vigilância Epidemiológica – 1998. Atribuições do nível municipal:

- Análise e acompanhamento do comportamento epidemiológico das doenças e agravos de interesse neste âmbito.
- Análise e acompanhamento epidemiológico de doenças e agravos de interesse dos âmbitos estadual e federal, em articulação com os órgãos correspondentes, respeitada a hierarquia entre eles.
- Participação na formulação de políticas, planos e programas de saúde e na organização da prestação de serviços, no âmbito municipal.
- Implantação, gerenciamento e operacionalização dos sistemas de informações de base epidemiológica visando à coleta dos dados necessários às análises da situação de saúde municipal e o cumprimento dos requisitos técnicos para habilitação na NOB/SUS/96 e nos Índices de Valorização de Resultados (IVR).
- Realização das investigações epidemiológicas de casos e surtos.
- Execução de medidas de controle de doenças e agravos sob vigilância de interesse municipal e colaboração na execução de ações relativas a situações epidemiológicas de interesse estadual e federal.
- Estabelecimento de diretrizes operacionais, normas técnicas e padrões de procedimento no campo da vigilância epidemiológica.
- Programação, coordenação, acompanhamento e supervisão das atividades no âmbito municipal e solicitação de apoio ao nível estadual do sistema, nos casos de impedimento técnico ou administrativo.
- Estabelecimento, junto às instâncias pertinentes da administração municipal, dos instrumentos de coleta e análise de dados, fluxos, periodicidade, variáveis e indicadores necessários ao sistema no âmbito municipal.
- Identificação de novos agravos prioritários para a vigilância epidemiológica, em articulação com outros níveis do sistema. Apoio técnico-científico para os níveis distritais e locais.

- Implementação de programas especiais formulados no âmbito estadual.
- Participação, junto às instâncias responsáveis pela gestão municipal da rede assistencial, na definição de padrões de qualidade de assistência.
- Promoção de educação continuada dos recursos humanos e o intercâmbio técnico-científico com instituições de ensino, pesquisa e assessoria.
- Elaboração e difusão de boletins epidemiológicos (retroalimentação) e participação em estratégias de comunicação social no âmbito municipal.
- Acesso permanente e comunicação com Centros de Informação de Saúde ou assemelhados das administrações municipal e estadual, visando o acompanhamento da situação epidemiológica, a adoção de medidas de controle e a retroalimentação do sistema de informações.

ANEXO 2 - Portaria nº. 1172/2004. São atribuições dos municípios, em relação à VE:

- Notificação de doenças de notificação compulsória, surtos e agravos inusitados, conforme normatização federal e estadual;
- Investigação epidemiológica de casos notificados, surtos e óbitos por doenças específicas;
- Busca ativa de casos de notificação compulsória nas unidades de saúde, inclusive laboratórios, domicílios, creches e instituições de ensino, entre outros, existentes em seu território;
- Busca ativa de Declarações de Óbito e de Nascidos Vivos nas unidades de saúde, cartórios e cemitérios existentes em seu território;
- Provimento da realização de exames laboratoriais voltados ao diagnóstico das doenças de notificação compulsória, em articulação com a Secretaria Estadual de Saúde;
- Acompanhamento e avaliação dos procedimentos laboratoriais realizados pelas unidades públicas e privadas componentes da rede municipal de laboratórios que realizam exames relacionados à saúde pública;

- Coordenação e execução das ações de vacinação integrantes do Programa Nacional de Imunizações, incluindo a vacinação de rotina com as vacinas obrigatórias, as estratégias especiais como campanhas e vacinações de bloqueio e a notificação e investigação de eventos adversos e óbitos temporalmente associados à vacinação;
- Vigilância epidemiológica e monitoramento da mortalidade infantil e materna;
- Gestão e/ou gerência dos sistemas de informação epidemiológica, no âmbito municipal, incluindo: - coleta e consolidação dos dados provenientes de unidades notificantes do SINAN, do SIM, do SINASC, do SI-PNI e de outros sistemas que venham a ser introduzidos;
- - envio dos dados ao nível estadual, regularmente, dentro dos prazos estabelecidos pelas normas de cada sistema; - análise dos dados; - retroalimentação dos dados.
- Divulgação de informações e análises epidemiológicas;
- Participação no financiamento das ações de Vigilância em Saúde;
- Participação, em conjunto com os demais gestores municipais e Secretaria Estadual de Saúde, na Comissão Intergestores Bipartite - CIB, na definição da Programação Pactuada Integrada da área de Vigilância em Saúde – PPI-VS, em conformidade com os parâmetros definidos pela Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS;
- Gestão dos estoques municipais de insumos estratégicos, inclusive com abastecimento dos executores das ações;
- Coordenação e execução das atividades de informação, educação e comunicação de abrangência municipal;
- Capacitação de recursos humanos.

ANEXO 3 – Parte da Resolução SESDEC/RJ n°. 1335/10. Atribuições da VE municipal no âmbito do Estado do Rio de Janeiro:

...

Art. 3º - Os parâmetros e requisitos mínimos assim se definem:

... II - Equipe Mínima – Considerando os parâmetros / requisitos relacionados à Estrutura Legal e o definido na Portaria n°. 3252/2009, Capítulo III, Seção IV, o Município deve dispor de equipe multiprofissional, que poderá ser composta por

enfermeiros, médicos, sanitaristas, biólogos, médicos veterinários, farmacêuticos, biomédicos, odontólogos, nutricionistas, químicos, engenheiros, arquitetos ou outros profissionais de interesse ao desenvolvimento das ações de Vigilância em Saúde, incorporados conforme identificação com as áreas de conhecimento específico, quantitativa e qualitativamente capaz de executar, no mínimo, as seguintes ações:

Em Vigilância Epidemiológica

- Notificar as doenças de notificação compulsória (surtos e agravos inusitados, conforme normatização federal, estadual e municipal);
- Realizar a investigação epidemiológica de casos notificados, surtos e óbitos por doenças específicas;
- Realizar a busca ativa de casos de notificação compulsória (unidades de saúde, inclusive laboratórios, domicílios, creches e instituições de ensino, entre outros);
- Realizar a busca ativa de Declarações de Óbito e de Nascidos Vivos;
- Realizar ou referenciar os exames laboratoriais voltados para o diagnóstico e controle de doenças de notificação compulsória;
- Acompanhar e avaliar os procedimentos laboratoriais;
- Coordenar e executar as ações de vacinação integrantes do Programa Nacional de Imunizações, incluindo a vacinação de rotina com as vacinas obrigatórias, as estratégias especiais como campanhas e vacinações de bloqueio e a notificação e investigação de eventos adversos e óbitos temporalmente associados à vacinação;
- Realizar a vigilância epidemiológica e monitoramento da mortalidade infantil e materna;
- Realizar a alimentação e retroalimentação regular dos sistemas de informação epidemiológica SINAN, SIM, SINASC, SI-PNI e outros que forem objeto de pactuação;
- Gerir os estoques municipais de insumos estratégicos, inclusive com abastecimento dos executores das ações;
- Coordenar e executar as atividades de informação, educação e comunicação de abrangência municipal;

- Adquirir equipamentos de proteção individual - EPI referentes aos uniformes, demais vestimentas e equipamentos necessários para o desenvolvimento das atividades de vigilância;
- Divulgar as informações e análises epidemiológicas, de forma a compor o diagnóstico da situação de saúde;
- Realizar ações de promoção da saúde e de controle de condições de risco.

ANEXO 4 - Definição das Práticas da Vigilância Epidemiológica conforme o Guia de Vigilância Epidemiológica edição de 2009.

Notificação - Comunicação da ocorrência de determinada doença ou agravo à saúde, feita a autoridade sanitária por profissionais de saúde ou qualquer cidadão, para fins de adoção de medidas de intervenção pertinentes.

Investigação epidemiológica de campo - Procedimento destinado a complementar as informações da notificação, no que se refere à fonte de infecção e aos mecanismos de transmissão, entre outras, possibilitando a descoberta de casos que não foram identificados.

Busca Ativa - É a procura ativa de informações diretamente onde são geradas, através de consultas a prontuários hospitalares/ambulatoriais ou, em campo, na própria comunidade.

Inquéritos epidemiológicos - É o estudo seccional do tipo amostral utilizado para complemento de dados.

Levantamentos epidemiológicos - Estudo realizado com base nos dados existentes nos registros dos serviços de saúde ou de outras instituições. Geralmente não é um estudo amostral.

Processamento de dados - É alimentação criteriosa dos dados nos sistemas.

Consolidação de dados - Ordenação de acordo com características de pessoa lugar e tempo em tabelas, gráficos, mapas da área em estudo e outros.

Análise dos dados - Transformação do dado em informação capaz de orientar medidas de prevenção e controle a partir da consolidação GVE.

Retroalimentação do Sistema - Devolução de informações aos níveis de menor complexidade desde uma análise específica relativa ao local da notificação até a mais complexa situação epidemiológica, tendo como base o resultado da análise dos dados.

Confirmação diagnóstica - Confirmação laboratorial das Doenças de Notificação Compulsória realizada por laboratórios de saúde pública. Em algumas situações a confirmação é feita com base em critérios de confirmação definidos para cada doença baseada na história clínica-epidemiológica.

Vigilância Sentinela - Modelo complementar de informações cujo interesse não está centrado na obtenção do universo dos casos ocorridos, mas monitorar indicadores chaves na população ou em grupos especiais que sirvam como alerta precoce para o sistema de saúde, não tendo preocupações com estimativas precisas de incidência ou prevalência na população em geral.

ANEXO 5 - Prazo para encerramento dos casos notificados como suspeitos ou confirmados no SINAN NET – BRASIL, 2011

AGRAVO	PRAZO
Botulismo Cólera Coqueluche Dengue (febre hemorrágica da dengue -FHD), Síndrome do Choque da Dengue - SCD e Dengue com Complicações-DCC) Difteria Doença de Chagas (casos agudos) Febre Amarela Febre Maculosa Febre do Nilo Febre Tifóide Hantavirose Leptospirose Leishmaniose Visceral Malária (extra-amazônia) Meningites Peste Paralisia Flácida Aguda Sarampo Raiva Humana Rubéola Tétano Neonatal Tétano Acidental	Até 60 dias após a data de notificação
Leishmaniose Tegumentar Americana Hepatites Virais	Até 180 dias após a data de notificação
Síndrome da Rubéola Congênita	Até 180 dias após a data de nascimento da criança

OBS: O resultado parcial do indicador referente ao ano em curso é monitorado em abril, junho, agosto, outubro e dezembro do mesmo ano e em fevereiro do ano seguinte. A partir de abril do ano seguinte é possível obter resultado referente ao ano anterior no nível federal, porém ainda sujeito à revisão.