



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA**

**AVALIAÇÃO DO IMPACTO DA DESCENTRALIZAÇÃO DE
AÇÕES DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA PARA AS
UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE O
DESEMPENHO DE ALGUNS INDICADORES**

Mirella Cristina Leto Barbosa

Dissertação de Mestrado

**VITÓRIA DA CONQUISTA
NOVEMBRO, 2008**

Ficha Catalográfica
Elaboração Biblioteca do Instituto de Saúde Coletiva

B238a Barbosa, Mirella Cristina Leto.

Avaliação do impacto da descentralização de ações de vigilância epidemiológica para as unidades de saúde da família sobre o desempenho de alguns indicadores / Mirella Cristina Leto Barbosa. – Salvador: M.C.L. Barbosa, 2009.

55 f.

Orientador(a): Profª. Drª. Maria da Conceição N. Costa.

Dissertação (mestrado) - Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

1. Saúde Pública. 2. Descentralização. 2. Vigilância Epidemiológica. 3. Unidade de Saúde. 4. Saúde da Família. 5. Avaliação. I. Título.

CDU 614.2



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA**

**AVALIAÇÃO DO IMPACTO DA DESCENTRALIZAÇÃO DE
AÇÕES DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA PARA AS
UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE O
DESEMPENHO DE ALGUNS INDICADORES**

MIRELLA CRISTINA LETO BARBOSA

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria da Conceição N. Costa

**VITÓRIA DA CONQUISTA
NOVEMBRO, 2008**

MIRELLA CRISTINA LETO BARBOSA

**AVALIAÇÃO DO IMPACTO DA DESCENTRALIZAÇÃO DE
AÇÕES DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA PARA AS
UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE O
DESEMPENHO DE ALGUNS INDICADORES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Gestão de Sistemas de Saúde
Orientadora: Prof^a Dr^a Maria da Conceição N. Costa

**VITÓRIA DA CONQUISTA
NOVEMBRO, 2008**

MIRELLA CRISTINA LETO BARBOSA

**AVALIAÇÃO DO IMPACTO DA DESCENTRALIZAÇÃO DE
AÇÕES DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA PARA AS
UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE O
DESEMPENHO DE ALGUNS INDICADORES**

Data de defesa: 25 de Novembro de 2008

Banca Examinadora:

Prof^a. Dr^a. Maria da Conceição Nascimento Costa – ISC/UFBA
Orientadora

Prof. Dr. Juarez Dias - SESAB

Prof^a. Dr^a. Edna Maria de Araújo – UEFS/BA

VITÓRIA DA CONQUISTA
NOVEMBRO, 2008

“Embora ninguém possa voltar atrás e fazer um novo começo,
qualquer um pode começar agora e fazer um novo fim”
(Chico Xavier)

À minha filha Clara e aos meus pais, que sempre acreditaram em mim, pelo apoio e compreensão no período de construção deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, a Deus que me concedeu a vida e está sempre presente no caminho que venho construindo até hoje.

Aos meus pais e filha, que são as pessoas mais importantes em minha vida.

Aos meus irmãos Augusto e Juliana que mesmo de longe me incentivaram muito a realizar este objetivo.

A Prof^a. Dr^a. Maria da Conceição Nascimento Costa, minha orientadora, pela compreensão, paciência e incentivo durante a realização desta dissertação.

À amiga Adriana Chaves, a quem admiro, por ter me ensinado o valor de uma verdadeira amizade.

À amiga Isabel Teles, por todos os momentos de alegria que compartilhamos, por me ajudar e ser tão prestativa nos momentos que eu precisei.

Ao meu amigo Zuza, por estar sempre presente nos momentos de agonia e aflição com palavras de conforto e amizade.

À colega e amiga Denise Nogueira, a quem serei sempre grata por tudo e pelas palavras de conforto no momento certo.

A todos os colegas do Mestrado, pelo período de convivência onde aprendemos uns com os outros.

À amiga e companheira de trabalho Cíntia Araújo, que está todos os dias comigo e a quem serei sempre grata por tudo que faz e tem feito para o meu desenvolvimento profissional.

A todos os colegas da Vigilância Epidemiológica, por me incentivarem e estarem sempre presentes na discussão e construção deste trabalho.

APRESENTAÇÃO

Este trabalho constitui-se na Avaliação do Impacto da Descentralização de Ações de Vigilância Epidemiológica para as Unidades de Saúde da Família Sobre o Desempenho de Alguns Indicadores do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, cujo projeto foi coordenado e realizado por mim e pela equipe da área de Vigilância Epidemiológica na atuação profissional.

O seu desenvolvimento representou para mim uma satisfação profissional ímpar, onde avaliei de forma sistemática os avanços e dificuldades na mudança das práticas das ações realizadas pela Atenção Básica a partir da descentralização das ações de Vigilância Epidemiológica, com o objetivo da mudança do modelo de gestão e melhoria da qualidade de vida de uma população.

O produto final do meu curso de Mestrado é o artigo intitulado “**Avaliação do Impacto da Descentralização de Ações de Vigilância Epidemiológica para as Unidades de Saúde da Família Sobre o Desempenho de Alguns Indicadores**”, o qual deverá ser submetido a publicação, após revisão e incorporação das sugestões da Banca Examinadora.

RESUMO

Realizou-se um estudo longitudinal abrangendo as 25 Unidades de Saúde da Família/USF de um município da Bahia com o objetivo de avaliar o impacto da descentralização das ações de Vigilância Epidemiológica/VE para as referidas Unidades sobre o desempenho de alguns indicadores do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica. Foram calculados indicadores de cobertura, sensibilidade e oportunidade da VE nos anos 2000 (antes da descentralização), 2003 e 2006 (após a descentralização). Os dados necessários para seu cálculo foram obtidos a partir dos relatórios do SINAN e de relatórios da Vigilância Epidemiológica Municipal. Em 2006, todas (100%) as Unidades de Saúde da Família do município faziam notificações de doenças/DNC, o que representou um aumento de 47% deste indicador entre 2000 e 2006. Neste último ano, a proporção de cura de casos de tuberculose foi de 96,8% (aumento de 24%). Quanto aos indicadores de oportunidade avaliados, verificou-se queda de 6,2% para a proporção de encerramento oportuno de Investigação obrigatória e de 14,5% para o percentual de encerramento oportuno de Investigação de doenças exantemáticas. Esta queda, entretanto, não caracteriza descumprimento da meta, pois os mesmos se mantiveram acima dos valores pactuados. Todavia, a rotatividade dos profissionais que compõem as Equipes de Saúde da Família e a demora no fluxo de retorno dos resultados para encerramento dos casos interferiu nesse indicador. Por sua vez, os resultados positivos observados evidenciam que houve uma melhoria da efetividade da VE, possivelmente, devido às capacitações e atualizações oferecidas aos profissionais das USF, durante o processo da descentralização. Conclui-se que a descentralização das ações de VE para as USF pode resultar em efeitos positivos, especialmente quando se tem apoio dos gestores e dos profissionais, além de um projeto político voltado à mudança do modelo de atenção a saúde mediante reorganização da Atenção Básica centrada na integralidade da atenção, de modo a também garantir melhoria na qualidade de vida das populações.

Palavras-chaves: Descentralização, Vigilância Epidemiológica, Unidades de Saúde da Família, Avaliação.

ABSTRACT

It was carried out a longitudinal study covering the 25 Units of Family Health/UFH of a municipality of Bahia in order to assess the impact of decentralization of the actions of Epidemiological Surveillance/EV for those units on the performance of some indicators of the National System Epidemiological Surveillance. Were calculated indicators of coverage, sensitivity and timing of EV in 2000 (before devolution), 2003 and 2006 (after devolution) The data required for its calculation were obtained from the reports of Sinan and reports of the Municipal Epidemiological Surveillance. In 2006, all (100%) the UFH of the council were reports of illnesses, which represented an increase of 47% of this indicator between 2000 and 2006. In the last year, the proportion of cured cases of tuberculosis was 96.8% (increase of 24%). As the indicators of opportunity evaluated, there was decrease of 6.2% for the proportion of timely closure research compulsory and 14.5% for the percentage of closure appropriate for the Investigation of exanthematous illness. This fall, however, characterized not breach the target because they remained above the agreed values. However, the rotation of professionals who compose the Family Health Teams and the delay in the return flow of results to interfere in cases of closure indicator. In turn, the positive results observed showed that there was an improvement of the effectiveness of EV, possibly due to the training and upgrades offered to professionals from UFH during the process of decentralization, whose effect can express themselves in the development of effective health care practices of their areas of coverage. It was concluded that decentralization of the of the actions of EV to the UFH can result in positive effects, especially when you have support from managers and professionals, as well as a political project aimed at changing the model for health care through reorganization of Primary Care focused on integration of care in order to also ensure improvement in quality of life.

Key words: Decentralization, Epidemiological Surveillance, Units of the Family Health Assessment.

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** - Número e percentual de Unidades de Saúde da Família que fizeram notificações de Doenças de Notificação Compulsória, segundo zona geográfica, em um município do estado da Bahia, 2000/2006 32
- Tabela 2** - Número e percentual de Unidades de Saúde da Família que realizam investigação de Doença de Notificação Compulsória segundo zona geográfica em um município do estado da Bahia, 2000/2006 33
- Tabela 3** - Número e percentual de Unidades de Saúde da Família que realizam Investigação Epidemiológica das Doenças de Notificação Compulsória em tempo oportuno, segundo zona geográfica em um município do estado da Bahia, 2000/2006..... 34
- Tabela 4** - Outros Indicadores de desempenho do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em um município do estado da Bahia, 2000/2003/2006.....35

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 MATERIAL E MÉTODOS	16
3 RESULTADOS.....	18
4 DISCUSSÃO	20
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES	26
6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	27
ANEXOS	30
APÊNDICES	58

1. INTRODUÇÃO

A descentralização da atenção à saúde representa uma peça fundamental na consolidação do sistema de saúde do Brasil. Pautada no sentido de oferecer atenção integral e ampliada à população, essa estratégia de operacionalização da proposta da municipalização da saúde vem sendo adotada pelos municípios brasileiros com vistas à reorganização dos serviços de saúde, constituindo sistemas municipais de saúde, inspirados nos princípios e diretrizes da integralidade, equidade, descentralização e participação popular (BRASIL, 2003).

Esse processo teve início em 1993 com o repasse de instrumentos financeiros como o Piso Assistencial Básico/PAB, fixo e variável, e do Projeto VIGISUS, que vem proporcionando suporte financeiro e apoio técnico para a implementação de Sistemas de Vigilância da Saúde entendida como Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária e Vigilância Ambiental (TEIXEIRA et al, 2002). Sua expansão tem se dado com a adoção de outras medidas legais, a exemplo do estabelecimento de requisitos e atividades mínimas de responsabilidade municipal, além do repasse fundo a fundo.

No que pese alguns obstáculos enfrentados para a sua efetivação, a descentralização dos serviços e ações de saúde no país apresenta avanços como a reorganização da Atenção Básica, principalmente onde foram efetivamente implementados o Programa de Saúde da Família (PSF) e os modelos de Vigilância da Saúde (VS), que assumiram a noção de integralidade da atenção (TEIXEIRA, 2006). Esse fato vem sendo evidenciado pela expansão do PSF em todo país, ainda concentrado nas práticas de educação sanitárias na oferta organizada e na atenção à saúde de grupos específicos.

Entretanto, no que se refere especificamente à descentralização das ações de epidemiologia e controle das doenças e ao estabelecimento das condições para certificação do município para gestão destas atividades, o processo só foi, de fato, iniciado em dezembro de 1999, com a publicação das Portarias nº 1.399/GM de 15/12/1999, Art. 22, III e 950 de 23/12/1999, que recomendavam a articulação dos serviços da Vigilância Epidemiológica (VE) com as Equipes de Saúde da Família.

Sob essa perspectiva, e em atenção às recomendações legais estabelecidas no processo de descentralização da Atenção Básica, a Secretaria de Saúde de um município do interior do Estado da Bahia com mais de 100 mil habitantes, começou a desenvolver, no ano 2000, o projeto de descentralização das ações relativas à indicação e adoção de medidas de prevenção e controle das doenças e agravos de relevância nas suas áreas de abrangência para as USF. O propósito era desencadear uma transformação do modelo de atenção a saúde vigente no município, mediante práticas de Vigilância em Saúde que fortalecessem as ações de vigilância epidemiológica e sanitária, articuladas com as atividades da atenção básica, priorizando grupos e áreas de risco epidemiológico.

A partir de então, com a ampliação do acesso às ações primárias de saúde, a atenção básica naquele município foi reorganizada. Os profissionais das Unidades foram capacitados para desenvolverem as atividades específicas de VE e VS e, a partir de 2006, o número dessas unidades foi ampliado (Bahia, 2000 e 2006). No entanto, até o momento, os efeitos dessa descentralização não foram avaliados de forma sistemática, possivelmente pelo fato da prática de avaliação ainda não se encontrar efetivamente institucionalizada nos serviços de saúde do Brasil.

Entende-se que, para assegurar a incorporação da avaliação como instrumento de gestão, bem como a sua efetividade, é necessário que haja

consenso teórico, técnico e político entre os atores sociais envolvidos (Silva, 1999). No caso particular da VE no Brasil, Carvalho et al. (2005) destacam como principais dificuldades enfrentadas, na área da avaliação, a falta de cultura dos gestores no que se refere à busca dos impactos produzidos pelos investimentos nas políticas e projetos, além do pouco conhecimento dos profissionais sobre métodos avaliativos.

Vale salientar, que os estudos encontrados na literatura sobre avaliação da descentralização da VE neste país discorrem sobre a importância da avaliação do processo de descentralização das ações no nível municipal ou, em geral, abordam a gestão dos serviços de saúde e/ou o processo de implantação nos seus níveis de atuação no contexto municipal, após a referida mudança. (Silva, 1999 e Carvalho et al, 2005). No entanto, as práticas de VE realizadas pela Atenção Básica após a institucionalização da descentralização destas atividades não têm sido contempladas nos estudos avaliativos sobre a referida temática. Santos e Melo (2006), realizaram um estudo qualitativo sobre este tema, onde concluem que a descentralização da VE ainda não está de fato implantada como uma estratégia de mudança do estado de saúde da população, mas apenas como uma desconcentração de atividades. A pouca participação dos atores sociais nesse processo, bem como a definição de objetivos, metas e mecanismos de avaliação de indicadores de impacto que identifiquem avanços e ou entraves na busca da mudança de saúde da população, nas áreas de abrangência das USF, ainda não é prática utilizada pela Atenção Básica.

Considerando a carência de investigações que avaliem o efeito de ações desenvolvidas pelas USF, no âmbito da VE, sobretudo no município em questão, este estudo tem como objetivo avaliar o impacto da descentralização de ações de

VE sobre alguns indicadores operacionais do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica/SNVE.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Realizou-se um estudo avaliativo tipo “antes x depois”, observacional, longitudinal, retrospectivo, abrangendo as 25 Unidades de Saúde da Família (USF) existentes nos anos 2000, 2003 e 2006 em um município baiano, habilitado na Gestão Plena do Sistema, no qual a cobertura do PSF em 2007 era de 53,7%, quando já estavam implantadas 26 USF. Neste último ano, sua população era de 294.203 habitantes, constituindo-se assim no terceiro município mais populoso do estado da Bahia (IBGE, 2007).

Relatórios do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) e relatórios criados pelo município para Conferência das Notificações da Vigilância Epidemiológica foram as fontes utilizadas para obtenção dos dados sobre as USF notificantes. O Relatório de Conferência do SINAN por Agravo foi utilizado como fonte da informação sobre as USF que realizam investigação epidemiológica. Os dados para construção dos demais indicadores foram levantados de Relatórios de Gestão (2000, 2003 e 2006), Relatórios de Monitoramento das Ações de Vigilância à Saúde e Demonstrativo de operações do campo – Dengue.

Os indicadores selecionados referem-se àqueles mais utilizados pelo Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, os quais proporcionam avaliar o impacto de ações realizadas, a partir dos resultados obtidos. Foram empregados como indicadores de cobertura do SNVE: percentual de USF que notificam regularmente a ocorrência de Doenças de Notificação Compulsória/DNC, percentual de Unidades de Saúde da Família que realizam investigação epidemiológica de DNC, cobertura (%) vacinal (3ª dose) tetravalente entre crianças menores de 1 ano, percentual de cura de casos novos de Tuberculose pulmonar bacilíferos e percentual

de imóveis inspecionados para *A aegypti*. Por sua vez, percentual de USF que realizam investigação de DNC em tempo oportuno, percentual de investigação epidemiológica de DNC encerrada em tempo oportuno e percentual de investigação epidemiológica de Doença Exantemática (Sarampo) realizada em tempo oportuno, foram os indicadores de oportunidade utilizados, enquanto a sensibilidade do sistema foi avaliada a partir do percentual de casos de meningites bacterianas confirmados por critério laboratorial.

Neste estudo, foram consideradas como Unidades de Saúde “notificantes” aquelas que informaram regularmente (durante mais de 80% das semanas epidemiológicas) a ocorrência de DNC em sua área de abrangência, seguindo um calendário epidemiológico. Já o encerramento oportuno de uma investigação epidemiológica consiste em uma normatização da SVS/MS, estipula a “conclusão do caso, no prazo máximo de 60 dias da data da notificação, com a exceção de alguns agravos” (Brasil, 2006).

O impacto da descentralização das ações da VE para as USF do município foi avaliado a partir da variação (em percentual) ocorrida em cada indicador entre 2000 e 2006, ou seja, antes e após a descentralização, respectivamente (expressa pela diferença entre os seus valores nestes anos, dividida pelo valor em 2000 e multiplicada por 100). Teste de diferença entre proporções foi empregado para examinar a existência de diferença estatisticamente significativa entre os indicadores antes e após a descentralização, admitindo-se nível de significância igual a 0,05.

O projeto deste estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética do ISC/UFBA (Processo nº 057 - 07/CEP - ISC).

3. RESULTADOS

No que se refere aos indicadores de cobertura analisados, observa-se na Tabela 1 que o percentual de USF que faziam notificação de DNC, passou de 68,0% no ano 2000, para 100,0% em 2006. Nas unidades da zona urbana, o valor desse indicador se manteve estável (66,7%) em 2000 e 2003, enquanto naquelas da zona rural o percentual se elevou de 69,2% (em 2000) para 76,9% (em 2003). Considerando-se os valores nos anos 2000 e 2006, para o município como um todo, verifica-se que houve um aumento de 47,1%. Esse crescimento foi um pouco maior nas unidades da zona urbana (50,0%) que naquelas da zona rural (44,4%).

De acordo com a Tabela 2, nos anos de 2000 e 2003, respectivamente, 68% e 76% das USF do município realizavam investigação epidemiológica. Nesse último ano, o percentual foi de 84,6%, nas USF da zona rural enquanto as da zona urbana mantiveram o mesmo valor observado em 2000 (66,7%). Em 2006, todas as USF do município realizavam esta atividade, representando, entre 2000 e 2006, um aumento significativo ($p=0,007$) de 47,1%, sendo este de 50,0% para as USF da zona urbana e de 44,4% para as da zona rural. A cobertura da vacina tetravalente em crianças menores de um ano foi de 112,3 % e 105,5 %, respectivamente em 2000 e 2003, e decresceu para 95,7 % no ano de 2006. Entre os anos de 2000 e 2006, ocorreu uma queda de 14,8%.

O percentual de cura de casos novos da Tuberculose se elevou, passando de 77,7 % em 2000, para 96,8 % em 2006, assim como os percentuais de imóveis inspecionados para o *Aedes aegypti*, cujos valores foram de 10,1 % (em 2000), 30,4% (em 2003) e 33,3% (em 2006). A variação desses dois indicadores entre 2000-2006 foi de + 24,6% e + 228,2%, respectivamente. Foram estatisticamente

significantes todas as diferenças observadas em alguns dos indicadores de cobertura no período 2000-2006 (Tabela 4).

Com relação aos indicadores de oportunidade, em 2000, apenas 40% das USF realizaram as investigações em tempo oportuno. Entre as USF da zona urbana, observou-se uma elevação desse indicador (de 50% para 83,3%), mas naquelas da zona rural este crescimento foi apenas de 30,8% para 38,5%. No ano de 2003, tanto as USF da zona urbana quanto as da zona rural reduziram o valor desse indicador, quando comparados aos do ano 2000. Porém, em 2006, aumentou para 60%. O crescimento para o conjunto das USF do município foi da ordem de 50%, mas esta diferença não apresentou significância estatística ($p=0,157$). Nas USF da zona urbana o aumento foi de 66,7% e naquelas da zona rural foi de 25%, no mesmo período (Tabela 3). Aproximadamente 75% das investigações epidemiológicas realizadas eram encerradas oportunamente no ano 2000. Em 2003 houve um aumento deste percentual para 77,1 % e no ano de 2006 reduziu para 70,9%. O decréscimo de 6,2% observado no período 2000-2006 não foi estatisticamente significativo.

Embora respectivamente 100,0% (2000) e 92,0% (2003) das investigações de doenças exantemáticas tenham sido encerradas oportunamente, em 2006 ocorreu uma redução para 85,5%. Entre o período inicial e final analisado, houve uma redução não significativa, de 14,5% (Tabela 4).

Quanto ao indicador de sensibilidade avaliado - percentual de casos confirmados de meningite por critério laboratorial – seu valor passou de 21,1% em 2000 para 35,2% em 2003. Porém, a seguir, decresceu para 10,2 % no ano de 2006. Entre 2000-2006, ocorreu uma redução de 51,7%, porém esta variação não se mostrou estatisticamente significativa (Tabela 4).

4. DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo indicam que, após a descentralização das ações de VE para as USF no município estudado, houve uma melhoria na maioria dos indicadores de desempenho da Vigilância Epidemiológica que foram analisados.

As atividades de notificação das DNC e Investigação Epidemiológica passaram a ser realizadas por 100% das USF. É possível que o progressivo aumento da cobertura de USF notificantes seja decorrente de um crescimento do desempenho técnico e especializado dos profissionais dessas unidades, pois, de acordo com os Relatórios de Gestão da Vigilância Epidemiológica e Atenção Básica 2000 e 2006 (Bahia, 2001 e 2006), uma das principais ações desenvolvidas com a descentralização foi a capacitação, em um primeiro momento, de enfermeiros, médicos e odontólogos e, a seguir, para os demais profissionais, em temas como DST/AIDS, Sala de Vacina, Dengue, Tuberculose, Doenças Exantemáticas, Meningite, Imunização, Agrotóxicos, Abordagem Sindrômica e em Sistemas de Informação, dentre outros. Esse fato, aliado ao trabalho sistemático dos técnicos da VE, nas orientações quanto à busca ativa dos casos, e na sensibilização dos profissionais no diagnóstico e tratamento dos casos suspeitos das áreas de abrangência das USF pode ter contribuído para elevar a consciência do profissional de saúde sobre a importância da informação e, especificamente, da notificação das DNC, resultando assim no crescimento da cobertura desse indicador.

Com relação à realização da investigação epidemiológica, na medida em que a agilidade na avaliação do caso e na adoção de medidas de controle no processo desta atividade é evidenciada pela capacidade técnica dos profissionais e dos serviços de uma área territorial (Rocha e Neto, 2003), o melhor desempenho

observado neste indicador, nas USF da área rural, pode estar relacionado às oportunidades de retorno das equipes para as localidades, à priorização das ações de controle, que devem ser realizadas o mais precocemente possível, e à capacitação de profissionais residentes, fatos estes garantidos com a descentralização. O menor desempenho dessas Unidades refere-se à oportunidade de sua realização. De acordo com a análise documental, é possível que tenham sido determinadas por problemas relacionados à interrupção das sorologias, devido à falta de kit's para realização dos exames, bem como pela utilização de técnicas inadequadas na coleta e transporte do material coletado (Bahia, 2003).

As oscilações observadas nas coberturas desses indicadores podem estar sinalizando para a existência de fragilidade no processo da descentralização, talvez decorrente da rotatividade dos profissionais que compõem a equipe multiprofissional, desarticulando o processo de trabalho e interferindo no processo decisório e no planejamento das ações. Como afirma Bodstein (2002), “a ausência de recursos humanos em saúde, com capacitação técnica adequada, com salários e condições de trabalhos atrativos, *vis-à-vis* à falta de equipamentos médicos, mesmo os mais simples, constitui ainda hoje um grande obstáculo ao bom desempenho da gestão municipal”. Portanto, salienta-se aqui a importância do fortalecimento das ações na Atenção Básica e de incentivos para os profissionais, para garantir bons resultados nos indicadores e a efetiva implementação do modelo de atenção.

É importante destacar ainda que, mesmo com a descentralização, as USF necessitam se apropriar das informações de outros sistemas que auxiliam na busca ativa de agravos, o que contribuirá para reduzir a subnotificação e a notificação negativa, garantindo assim um sistema de vigilância sensível e efetivo, visto que os avanços nos sistemas de comunicação e a integração de dados dos sistemas de

saúde, aliados da monitoração de agravos, deverão elevar a efetividade da notificação negativa (Rocha e Neto, 2003).

Apesar da redução verificada na cobertura vacinal, entre os anos de 2000 e 2006, essa atividade atingiu a meta de 95%, parâmetro proposto pelo SNVE e pelo pacto de gestão. De acordo com os Relatórios de Gestão e de Supervisão de Imunização (Bahia, 2000 e 2006), após a descentralização as ESF vêm participando de avaliações trimestrais sobre cobertura vacinal, bem como de atualizações em imunização, o que pode estar garantindo o aprimoramento técnico dos profissionais e, conseqüentemente, a homogeneidade das coberturas vacinais nas áreas de abrangência das ESF, repercutindo na redução dos casos de doenças imunopreveníveis no município. Por outro lado, não deve ser desconsiderado que em 2000 as coberturas vacinais eram superiores a 100%, o que não é aceitável, indicando a existência de algum problema no numerador ou no denominador. Assim, o declínio observado pode ser interpretado como um fato positivo, mesmo porque em 2006 houve contagem da população (IBGE), que forneceu base populacional mais próxima da real para o cálculo das coberturas vacinais.

O percentual de cura de casos novos de Tuberculose apresentou variação de quase 25% entre os anos de 2000 e 2006, talvez resultante da implementação do serviço de referência e a da contratação e capacitação de profissionais para a busca ativa e atendimento dos casos (Bahia, 2000 e 2006). Com a descentralização, a estratégia utilizada para melhoria deste indicador ao longo dos anos foi a sensibilização dos profissionais das ESF e, em especial, os Agentes Comunitários de Saúde/ACS, na busca ativa dos sintomáticos respiratórios nas suas áreas de abrangência, como a implantação da estratégia DOT's (Tratamento com doses Supervisionada), com o objetivo de reduzir as taxas de abandono e a transmissão

da doença no município. Segundo Rocha e Neto (2003), “para a realidade brasileira, uma nova oportunidade de detecção de doenças, seja por campanhas de esclarecimentos ou por instrumentos novos de busca ativa, é a ampliação do programa dos Agentes Comunitários de Saúde, corretamente orientados”. Desse modo, pode-se considerar que a reorganização da atenção básica, por meio dos programas do PACS e PSF, na promoção da saúde e controle dos riscos no município, deve ser vista como uma estratégia legítima e efetiva da descentralização.

Um outro indicador que revelou um crescimento importante foi o percentual de imóveis inspecionados para *Aedes aegypti*, justificado pela implementação das ações realizadas pelos agentes de endemias, que no ano anterior (1999) foi suspensa pela interrupção do repasse financeiro, que era na modalidade de convênio. Conforme análise documental (Bahia, 2000), a partir do ano de 2000 foram iniciadas as atividades de combate de endemias, com a contratação de 84 agentes, que eram ainda insuficientes para a realização dos seis ciclos propostos pelo MS, sendo contratados mais agentes ao longo dos anos, melhorando assim o indicador de imóveis inspecionados. No entanto, deve-se frisar que, apesar do crescimento, os níveis desse indicador continuam baixos, de modo que o município não alcançou a meta proposta de 70% de imóveis inspecionados nos três anos estudados, revelando a deficiência de recursos humanos devido a desistência de alguns agentes, por não terem garantia de vínculo com a instituição e por considerarem de risco a atividade por eles desenvolvida.

Sabe-se que a informação oportuna é um instrumento estratégico para a definição de problemas e riscos para a saúde e é imprescindível para avaliar a eficácia e eficiência dos serviços prestados no sistema de saúde. Assim, entre os

principais indicadores analisados, os de oportunidade são os que, sem dúvida, devem merecer maior destaque, pela capacidade de identificar o grau de comprometimento das USF, apresentando agilidade no cumprimento da ação proposta pelo SNVE para o atendimento das metas de controle e eliminação de doenças. O melhor desempenho (100%) do indicador percentual de investigações de doenças exantemáticas em tempo oportuno observado neste estudo foi no ano de 2000, justificada pelo período de intensificação das ações de controle do Sarampo, a nível nacional, e início da descentralização no município.

O decréscimo apresentado por esse indicador de 14% do ano de 2000 para o ano de 2006, como pelo percentual de investigação epidemiológica encerrada em tempo oportuno, também pode ser justificado pela rotatividade de profissionais que compõem as ESF e pela demora do retorno dos exames laboratoriais para confirmação dos casos, que interferem diretamente no encerramento das investigações (Bahia 2000 e 2006). Vale ressaltar que, mesmo com esta redução, os dois indicadores alcançaram a meta proposta pelo SNVE naqueles anos, que corresponde 70% e 85% respectivamente.

Por outro lado, no que se refere ao indicador de sensibilidade do SNVE aqui analisado (% dos casos confirmados de meningite por critério laboratorial), conforme informação obtida mediante análise documental (Bahia, 2006), o decréscimo de quase 52%, possivelmente se deve ao uso de equipamentos inadequados e as mudanças das técnicas empregadas, interferindo assim no alcance da meta. Ressalta-se, entretanto, que mesmo tendo sido pactuada pelo município, essa ação é desenvolvida no hospital regional de referência em DT's, sobre o qual o município em questão não tem autonomia no seu gerenciamento. Entretanto, a Secretaria Municipal de Saúde, por meio da VE e em parceria com os órgãos regionais,

promove capacitações e atualizações anuais dos procedimentos e técnicas, visando um melhor desempenho das ações e alcance do indicador (Relatório de Gestão 2003 e 2006).

A responsabilidade municipal na estruturação da rede de atenção com a mudança do modelo, voltado à vigilância de fatores condicionantes e determinantes dos riscos e agravos de sua comunidade, vem sendo um desafio para o município, haja vista que os investimentos são escassos, principalmente os incentivos para implantação do PACS e PSF e ações de Vigilância Epidemiológica, o que faz diminuir a adesão dos profissionais de saúde. Por certo, a falta de investimentos e a escassez de recursos financeiros e técnicos agravada pela distorção e desequilíbrio na alocação de recursos, constituem a realidade do setor saúde (Bodstein, 2002).

Entretanto, apesar da escassez de recursos e da rotatividade de profissionais (Bahia, 2006), a descentralização resultou em mudanças significativas nos indicadores do SNVE do município, no período estudado, sugerindo alterações fundamentais nas práticas de saúde. Esses achados são evidências de que a descentralização das ações de VE representou uma proposta não apenas técnica, mas principalmente política, tendo como prioridade a mudança de modelo voltado à vigilância de riscos e danos à saúde, criando possibilidades de aumentar a capacidade de intervenção sobre eles. Sugere, também, que o processo de descentralização nesse município não se restringiu apenas às ações e serviços, mas contribuiu também na produção e organização da informação para a tomada de decisão, buscando uma autonomia nas áreas de abrangência.

Revelam, ainda, que houve uma melhoria no desempenho da maioria dos indicadores avaliados, entre 2000-2006, no município analisado. Certamente que não se pode desconhecer as limitações a que estão sujeitos estes resultados, na

medida em que foi baseado em dados secundários de registros das Unidades de Saúde. Apesar disso, visto que o progresso observado tenha resultado em melhoria do Sistema de Informação naquele período, este já é um aspecto positivo da referida estratégia. Portanto, entende-se que a descentralização das ações de VE para as USF, nesse município, pode estar contribuindo para uma transformação de algumas de suas práticas e oferecendo subsídios que permitam a priorização de grupos e áreas de risco epidemiológico e estabelecer medidas para o controle dos problemas encontrados.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

As fragilidades observadas possivelmente são justificadas pela escassez de recursos e rotatividade dos profissionais das USF, levando à desarticulação do processo de trabalho e dificultando o desenvolvimento das ações. Entretanto, estes representam um problema comum na realidade brasileira, em vista dos recursos federais e estaduais destinados às ações de VE e do PSF serem insuficientes e o município assumir com recursos próprios, de forma limitada, devido a crises financeiras municipais e a Lei da Responsabilidade Fiscal.

É imprescindível contar com o apoio de Gestores e profissionais, além de um projeto político voltado à mudança do modelo de atenção, por meio da reorganização da AB, centrado na integralidade da atenção, de modo a garantir o sucesso da descentralização das ações de VE e assim contribuir para a melhoria da saúde e qualidade de vida das populações.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BAHIA. Secretaria Municipal de Saúde de Vitória da Conquista. Saúde em Vitória da Conquista. 2000. p. 02 – 24

BAHIA. Secretaria Municipal de Saúde de Vitória da Conquista. Saúde em Vitória da Conquista. 2001. p. 02 – 24.

BAHIA. Relatório de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória da Conquista. . Vitória da Conquista. 2003. p. 02 – 55.

BAHIA. Relatório de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória da Conquista. Vitória da Conquista. 2006. p. 05 - 69.

BAHIA. Relatório de Gestão da Vigilância Epidemiológica Municipal de Vitória da Conquista. Vitória da Conquista. 2006.

BODSTEIN, Regina. Atenção Básica na agenda da Saúde. Rev. Ciência e Saúde Coletiva, v.7, n. 3, São Paulo, 2002.

BRASIL. FUNASA (Fundação Nacional de Saúde). Avaliação dos indicadores de qualidade das atividades de vigilância epidemiológica e ambiental. Brasília 2000. Disponível em URL: Http://www.funasa.gov.br/epi/epi_avalia.htm. Acesso em 24 out. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde, NOB – SUS/96. Disponível em URL: www.mds.gov.br/ascom/hot_suas/suas.htm. Acesso em 15 out. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n^o 8.080, de 19 de setembro de 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. Disponível em URL: www.conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080_190990.htm. Acesso em 15 out. 2007.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e estatística (IBGE). Banco de Dados – Cidades. Disponível em : <Http://www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php>. Acesso em 18 de nov. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica. 6^a ed. Brasília (DF), 2006. (Série A: Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 1.399, de 15 de dezembro de 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. Brasília 1999. Disponível em URL:

[Http://portal.saude.gov.br/portal/svs/visualizar_texto.cfm?idtxt=21247](http://portal.saude.gov.br/portal/svs/visualizar_texto.cfm?idtxt=21247). Acesso em 24 out. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 950, de 23 de dezembro de 1999. Define os valores anuais per capita e por quilômetro quadrado, relativos aos recursos federais destinados à composição do Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças TFECED, de cada um dos estratos previstos no art. 14 da Portaria GM/MS n.º 1.399/99. Disponível em URL:

[Http://portal.saude.gov.br/portal/svs/visualizar_texto.cfm?idtxt=21245](http://portal.saude.gov.br/portal/svs/visualizar_texto.cfm?idtxt=21245). Acesso em 24 out. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Projeto VIGISUS II. Brasília (DF); 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM 1.172/04, de 15 de junho de 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.

[Http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portariaconjunta.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portariaconjunta.pdf). Acesso em 15 out. 2007.

CARVALHO, Marília Sá; MARZOCCHI, Keyla B. Avaliação da prática de vigilância epidemiológica nos serviços públicos de saúde no Brasil. Rev. Saúde Pública, v.26, p. 66-74. 1992.

CARVALHO, Eduardo F. et al. Avaliação da vigilância epidemiológica em âmbito municipal. Rev. Brasileira Saúde Materno Infantil, n.5, p.53 – 62. dez. 2005.

NOVAES, Hielegonda Maria Dutilh. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. Rev. Saúde Pública, v.34, n.5, p.547 – 59, 2000.

ROCHA, Eduardo Souza Teixeira; NETO, José Tavares. Indicadores de efetividade da vigilância epidemiológica para paralisias flácidas agudas no Brasil de 1990 a 2000. Rev. Panamericana de Saúde Pública, v. 14 n.5, Washington, nov, 2003.

SANTOS, Silvone Santa Bárbara da Silva; MELO, Cristina Maria Meira de. Avaliação da descentralização da vigilância epidemiológica para a Equipe de Saúde da Família. Rev. Ciência & Saúde Coletiva, vol.13, no.6, p.1923-1932, 2008.

SILVA, Ligia Maria Vieira. Avaliação do processo de descentralização das ações de saúde. Rev. Ciência & Saúde Coletiva, v.4, n.2, p. 331 – 339, 1999.

TEIXEIRA, Carmem; SOLLA, Jorge Pereira. Modelo de atenção à Saúde. Promoção, Vigilância e Saúde da Família. 1ª ed. Salvador: EDUFBA, 2006.

TEIXEIRA, Maria da Gloria; RISI JUNIOR, João Batista; COSTA, Maria da Conceição Nascimento. Vigilância Epidemiológica. In: ROUQUAYROL, M.Z; ALMEIDA FILHO, N. Epidemiologia & Saúde. 6ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI. 2003. p.313 - 327.

TEIXEIRA, Carmem; PAIM, Jairnilson Silva; VILAS BOAS, Ana Luiza. Promoção e Vigilância da Saúde. 1ª ed. Salvador: CEPS/ISC, 2002.

ANEXOS

ANEXOS I

Lista de abreviaturas e siglas

AB – Atenção Básica

ACS – Agente Comunitário de Saúde

DATASUS – Banco de dados do Sistema Único de Saúde

DNC – Doença de Notificação Compulsória

ESF – Equipe de Saúde da Família

ISC – Instituto de Saúde Coletiva

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IE – Investigação Epidemiológica

NOB – Norma Operacional Básica

PACS – Programa dos Agentes Comunitários de Saúde

PAB – Piso Assistencial Básico

PSF – Programa de Saúde da Família

SINAN – Sistema Nacional de Agravos de Notificação

SNVE – Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica

SUS – Sistema Único de Saúde

SVS – Secretaria de Vigilância à Saúde

TFECD – Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças

UBS – Unidade Básica de Saúde

UESB – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

UFBA – Universidade Federal da Bahia

VE – Vigilância Epidemiológica

VIGSUS – Projeto de Vigilância à Saúde

VS – Vigilância à Saúde

ANEXOS II

Tabela 1 - Número e percentual de Unidades de Saúde da Família que fizeram notificações de Doenças de Notificação Compulsória, segundo zona geográfica, em um município do estado da Bahia, 2000/2006.

Zona Ano	Urbana (n=12)		Rural (n=13)		Total (n=25)	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
2000	08	66,7	09	69,2	17	¹ 68,0
2003	08	66,7	10	76,9	18	72,0
2006	12	100,0	13	100,0	25	¹ 100,0
Variação (%)						
2000-2006	50,0	-	44,4	-	47,1	-

Fonte: Relatórios do Sinan; Relatório de Conferência das Notificações da Vigilância Epidemiológica 1: p=0,007, para a diferença entre os valores de 2000 e 2006.

Tabela 2 - Número e percentual de Unidades de Saúde da Família que realizam investigação de Doença de Notificação Compulsória, segundo zona geográfica, em um município do estado da Bahia, 2000/2006.

Zona	Urbana (n=12)		Rural (n=13)		Total (n=25)		
	Ano	Nº	%	Nº	%	Nº	%
2000		8	66,7	9	69,2	17	¹ 68,0
2003		8	66,7	11	84,6	19	76,0
2006		12	100,0	13	100,0	25	¹ 100,0
Variação							
2000-2006		50,0	-	44,4	-	47,1	-

Fonte: Relatórios do Sinan Relatório próprio de Conferência das Notificações da Vigilância Epidemiológica 1: p=0,007, para a diferença entre os valores de 2000 e 2006.

Tabela 3 - Número e percentual de Unidades de Saúde da Família que realizam Investigação Epidemiológica das Doenças de Notificação Compulsória em tempo oportuno, segundo zona geográfica, em um município do estado da Bahia, 2000/2006.

Zona Ano	Urbana (n=12)		Rural (n=13)		Total (n=25)	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
2000	6	50,0	4	30,8	10	¹ 40,0
2003	3	25,0	2	15,4	5	20,0
2006	10	83,3	5	38,5	15	¹ 60,0
Variação						
2000-2006	66,7	-	25,0	-	50,0	-

Fonte: Relatórios de conferência do Sinan por agravo (Doença Exantemática)

Investigação em tempo oportuno = consiste na realização da investigação epidemiológica em um período de tempo estabelecido para o agravo ocorrido.

1: p=0,157, para a diferença entre os valores de 2000 e 2006.

Tabela 4 – Outros Indicadores de desempenho do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em um município do estado da Bahia, 2000/2003/2006.

Indicadores	2000	2003	2006	Varição	Valor de P
				2000-2006 (%)	
Cobertura					
Cobertura vacinal (%) tetravalente <1ano (3ª dose)	112,3	105,5	95,7	- 14,8	0,000
Percentual de cura de casos novos de Tuberculose pulmonar bacilíferos.	77,7	89,3	96,8	24,6	0,000
Percentual de imóveis inspecionados para <i>A aegypti</i> .	10,1	30,4	33,3	228,2	0,000
Sensibilidade					
Percentual de casos de meningites bacterianas confirmados por critério laboratorial.	21,1	35,2	10,2	- 51,7	0,333
Oportunidade					
Percentual de encerramento oportuno de investigação epidemiológica de casos.	75,6	77,1	70,9	- 6,2	0,181
Percentual de investigação epidemiológica oportuna para Doenças Exantemáticas.	100,0	92,0	85,5	- 14,5	0,000

Fonte: Relatório de Gestão (2000/2003/2006); Relatório de Monitoramento das ações de Vigilância à Saúde; Demonstrativo de operações do campo – Dengue.

ANEXOS III



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA**

**AVALIAÇÃO DO IMPACTO DE AÇÕES DESENVOLVIDAS
PELAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM ALGUNS
INDICADORES DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA**

MIRELLA CRISTINA LETO BARBOSA

Orientadora: Prof^a. Dr^a Maria da Conceição N. Costa.

**VITÓRIA DA CONQUISTA
NOVEMBRO, 2007**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA**

AValiação DO IMPACTO DE Ações DESENVOLVIDAS PELAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM ALGUNS INDICADORES DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Projeto de dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, para a qualificação do Mestrado profissional em Saúde Coletiva.

Mirella Cristina Leto Barbosa

Área de Concentração: Gestão de Sistemas de Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a Maria da Conceição N. Costa.

**Vitória da Conquista
Novembro, 2007**

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica

ACS – Agente Comunitário de Saúde

DATASUS – Banco de dados do Sistema Único de Saúde

DNC – Doença de Notificação Compulsória

ESF – Equipe de Saúde da Família

ISC – Instituto de Saúde Coletiva

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

NOB – Norma Operacional Básica

PACS – Programa dos Agentes Comunitários de Saúde

PAB – Piso Assistencial Básico

PSF – Programa de Saúde da Família

SINAN – Sistema Nacional de Agravos de Notificação

SNVE – Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica

SUS – Sistema Único de Saúde

SVS – Secretaria de Vigilância à Saúde

TFECD – Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças

UBS – Unidade Básica de Saúde

UESB – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

UFBA – Universidade Federal da Bahia

VE – Vigilância Epidemiológica

VIGISUS – Projeto de Vigilância à Saúde

VG – Vigilância à Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	41
2 JUSTIFICATIVA.....	45
3 OBJETIVOS.....	47
3.1 Objetivo Geral	47
3.2 Objetivos Específicos	47
4 MATERIAL E MÉTODO.....	49
4.1 Tipo do Estudo	49
4.2 Área do Estudo.....	49
4.2.1 A Vigilância Epidemiológica no Município de Vitória da Conquista	50
4.3 Fontes de dados.....	51
4.4 Indicadores	51
4.5 Procedimentos de Análise de Dados.....	52
5 CRONOGRAMA	54
6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	55
7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	56
8 APÊNDICES	58

1. INTRODUÇÃO

O cenário da política de saúde no Brasil vem sendo modificado desde a década de 1980, quando foi apresentado, na VIII Conferência Nacional de Saúde, o modelo da Reforma Sanitária que, entre outros propósitos, indicava a substituição do modelo assistencial hegemônico por outro, cuja principal finalidade era fortalecer as ações voltadas à melhoria da qualidade de vida, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, na dimensão individual e coletiva, visando dar concretude a estes propósitos.

Na década seguinte, foi desenvolvido o Programa de Saúde da Família (PSF) com vistas à reorganização da atenção básica, mediante intervenções sobre problemas de saúde (danos, riscos e ou determinantes) em territórios adstritos. O alvo principal dessa estratégia é a reorganização da atenção primária, de forma resolutiva, como parte de um sistema hierarquizado que possibilite ao usuário o acesso aos serviços nos seus diferentes níveis de complexidade. Atualmente, as Equipes de Saúde da Família, em muitos municípios do Brasil, têm sido os agentes de mudança da política de saúde local, garantidas pela descentralização do financiamento (Piso Assistencial Básico/PAB e Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças/TFECD).

Entende-se que o processo de descentralização em saúde implementado no Brasil a partir das NOB01/93 e NOB/96, que redefinem as funções político-administrativas nas esferas de governo, representa uma peça fundamental na consolidação do sistema de saúde do país. Pautada no sentido de oferecer atenção integral e ampliada à população, essa estratégia de operacionalização da proposta da municipalização da saúde vem sendo adotada pelos municípios os quais buscam reorganizar os serviços de saúde, de modo a constituir sistemas municipais de

saúde inspirados nos princípios e diretrizes da integralidade, equidade, descentralização e participação popular (BRASIL, 2003).

Iniciado em 1993, com o repasse de instrumentos financeiros como o PAB fixo e variável e do Projeto VIGSUS, apoio financeiro e técnico voltado para a implementação de Sistemas de Vigilância da Saúde, entendidos como Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária e Vigilância Ambiental (TEIXEIRA et al, 2002), a descentralização da assistência à saúde (atenção básica, procedimentos de média e grande complexidade) continuou se expandindo com a adoção de outras medidas legais, além do repasse fundo a fundo, a exemplo do estabelecimento de requisitos e atividades mínimas de responsabilidade municipal.

Só em dezembro de 1999, com a publicação das Portarias nº 1.399/GM de 15/12/1999, Art. 22, III e 950 de 23/12/1999, que recomendavam a articulação dos serviços da Vigilância Epidemiológica (VE) com as Equipes de Saúde da Família, foi iniciado concretamente o processo de descentralização das ações de epidemiologia e controle das doenças e o estabelecimento das condições para certificação do município para gestão dessas atividades.

Em que pese alguns obstáculos enfrentados na sua efetivação, a descentralização dos serviços e ações de saúde no Brasil já apresenta avanços efetivos, que podem ser observados através da reorganização da Atenção Básica (AB), principalmente onde o Programa de Saúde da Família e modelos de Vigilância da Saúde (VS) foram efetivamente implementados, caracterizando a noção de integralidade da atenção (TEIXEIRA, 2006).

Em atenção às recomendações legais estabelecidas no processo de descentralização da Atenção Básica, o município – que integra o sistema de Gestão Plena do Sistema de Saúde - desenvolveu, em 2000, por meio da Secretaria

Municipal de Saúde, projeto de descentralização das ações relativas à indicação e adoção de medidas de prevenção e controle das doenças e agravos de relevância nas suas áreas de abrangência, para as Equipes de Saúde da Família. Buscava desencadear uma proposta de transformação do modelo de atenção à saúde vigente no município, mediante práticas de Vigilância em Saúde que fortalecessem as ações de vigilância epidemiológica e sanitária, articuladas com as atividades da atenção básica, priorizando grupos e áreas de risco epidemiológico (TEIXEIRA, 2002).

Em vista da reorganização da atenção básica e ampliação das Unidades de Saúde da Família no município, esperava-se que a execução das ações de VE pelas Equipes de Saúde da Família apresentasse uma maior efetividade em relação à notificação de agravos e oportunidade de instituição das medidas de controle pertinentes, quando da ocorrência dos eventos nas suas áreas de abrangência. Como os profissionais das Equipes de Saúde da Família foram capacitados para desenvolverem as atividades específicas de vigilância Epidemiológica e Sanitária, esperava-se também que houvesse melhoria nos indicadores operacionais da VE do município analisado, cujos reflexos poderiam ser observados nos indicadores epidemiológicos de algumas doenças específicas. Entretanto, até o presente momento, esses efeitos não foram avaliados de forma sistemática, possivelmente pelo fato da prática de avaliação ainda não se encontrar efetivamente institucionalizada nos serviços de saúde.

Em uma revisão da literatura, para identificar estratégias utilizadas na avaliação do processo de descentralização das ações de saúde no Brasil, foi apontado que o consenso teórico, técnico e político dos atores sociais envolvidos asseguram a efetividade da avaliação e a sua incorporação como instrumento de gestão (Silva, 1999). Da mesma forma, ao avaliar o grau de implantação da

descentralização em Recife, Carvalho et al. (2005) destacam como algumas das dificuldades enfrentadas na área de avaliação em VE no Brasil, a falta de cultura dos gestores na busca dos impactos produzidos pelos investimentos nas políticas e projetos e o pouco conhecimento dos profissionais sobre métodos avaliativos.

Vale salientar, que os estudos encontrados sobre avaliação da descentralização da VE no Brasil abordam, em geral, a gestão dos serviços de saúde e/ou o processo de implantação nos seus níveis de atuação no contexto municipal após a referida mudança. Outra abordagem feita é em relação à importância da avaliação do processo de descentralização das ações no nível municipal. As práticas de VE realizadas pela Atenção Básica após a institucionalização da descentralização destas atividades têm sido pouco contempladas nos estudos avaliativos sobre a referida temática.

Considerando a carência de investigações que avaliem o efeito de ações desenvolvidas pelo PSF no âmbito da VE, nesse município, esta investigação tem como propósito produzir informações acerca das práticas desenvolvidas pelas ESF, a partir de alguns indicadores da VE, após a descentralização de recursos e atividades específicas de vigilância e controle de doenças para as referidas equipes. Entende-se que os resultados deste estudo poderão servir como instrumento para subsidiar a gestão local no acompanhamento e implementação do modelo de atenção vigente e na reorientação das práticas de planejamento e programação em saúde do município.

2. JUSTIFICATIVA

Nos últimos anos, tem-se observado no Brasil um interesse crescente na institucionalização da avaliação na área de saúde. Essa atividade, se desenvolvida rotineiramente, possibilita a geração de informação e conhecimentos que podem contribuir para a formulação e aperfeiçoamento das políticas, programas e ações de saúde.

No momento em que, nesse país, estão sendo experimentadas mudanças nas práticas de saúde, inclusive aquelas relativas à Vigilância Epidemiológica, mediante ações de prevenção de riscos e agravos e de promoção da saúde das pessoas e dos grupos populacionais por área de abrangência, torna-se essencial, não só dispor de informações que permitam conhecer os problemas e as necessidades de saúde reais da população, como também sobre aquelas que retratem o efeito dessas mudanças na qualificação das ações desenvolvidas no âmbito do Sistema Único da Saúde (SUS).

De acordo com Relatórios de Gestão, a partir da descentralização da notificação, investigação e medidas de controle para as Equipes de Saúde da Família, no ano 2000, a VE passou a apresentar alguns avanços, demonstrados pelo acompanhamento de alguns indicadores, como o aumento das notificações de DNC, de 1002 notificações (1997) para 3.262 notificações (2000) e a cobertura vacinal de APO na rotina em menores de um ano de 76,36%(1997) para 120,95%(2000). Isso estimulou a realização de uma reestruturação no nível central, esperando tornar possível a execução de atividades como análise dos dados, controle de endemias, capacitações de equipes e retroalimentação para as unidades da rede.

Nesse contexto, a avaliação do Sistema de Vigilância Epidemiológica, utilizando-se métodos científicos adequados, torna-se mais relevante com vistas à aferição dos resultados das ações desenvolvidas a partir das mudanças em suas práticas. Assim, as informações produzidas poderão contribuir na definição de medidas voltadas para a correção de possíveis obstáculos ao pleno desenvolvimento das modificações efetuadas, bem como para fundamentá-las no caso da necessidade de possível intervenção nos fatores determinantes do processo saúde-doença.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Avaliar o impacto da descentralização de ações da Vigilância Epidemiológica para as Equipes de Saúde da Família/ESF sobre alguns indicadores do Sistema de Vigilância Epidemiológica/SIVE num município do Estado da Bahia.

3.2 Objetivos Específicos

- Estimar a proporção de unidades de saúde da família que fazem notificação e investigação das DNC.

- Verificar se as ESF realizam a notificação das DNC em tempo oportuno, seguindo o calendário epidemiológico.

- Identificar se as ESF fazem notificações negativas, quando pertinente (não registro de DNC).

- Verificar o número de notificações positivas realizadas pelas ESF.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Tipo do Estudo

Pesquisa avaliativa, tipo estudo epidemiológico transversal, retrospectivo, abrangendo nos anos 2000, 2003 e 2006, nas 26 unidades de saúde da família de um município do Estado da Bahia, que possuem ESF.

4.2 Área do Estudo

O município em questão, localizado no sudoeste baiano, é o terceiro município mais populoso do estado da Bahia, com 308.204 habitantes (IBGE, 2007). Com extensão territorial de 3.743 km², situando grande parte das terras do município no semi-árido, que sofre os efeitos da seca periódica. Apesar de sua alta taxa de urbanização (80%), possui uma grande população rural, distribuída por 284 povoados em 11 distritos. Sua posição estratégica facilita grande concentração de imigrantes, já que o município se constitui em importante tronco rodoviário, ligando, pela BR 116, o Norte ao Sul do país, e por estrada estadual, o Leste ao Oeste. Polariza uma região com mais de 80 municípios, e é um ponto de passagens para as principais cidades da Bahia, do nordeste brasileiro e do norte de Minas Gerais (Bahia, 2001).

O município constitui em um pólo para a microrregião sudoeste da Bahia, gerando prestação de serviços a uma população de 2 milhões de pessoas. É o principal centro regional na área de educação, contando com duas universidades públicas (UFBA e UESB) e outras particulares.

Na área da saúde, a administração assumiu como prioridade as políticas públicas de caráter social, especialmente aquelas voltadas à educação e saúde. O município está habilitado na gestão plena do sistema, sendo constituído por uma rede hierarquizada, tendo como eixo estruturante o fortalecimento da atenção básica, através da estratégia Saúde da Família, apresentando atualmente uma cobertura de 53,7% do PSF, com 37 equipes de saúde da família implantadas.

Na Atenção Especializada, o município conta com serviços médicos e um elenco de procedimentos especializados realizados pelo SUS, disponibilizados através da central de Marcação de Consultas e Procedimentos Especializados.

4.2.1 A Vigilância Epidemiológica no Município

A Vigilância Epidemiológica do município era constituída por uma equipe mínima, que desenvolvia as atividades de notificação de DNC, que eram enviadas para a SMS, pelas seis Unidades Básicas de Saúde (UBS) e realizava vacinação de rotina na zona rural . Com a mudança do governo no ano de 1997 e a habilitação do município na gestão plena da atenção básica, a VE foi ampliada com a aquisição de equipamentos e recursos humanos, passando a desenvolver ações específicas de coleta, processamento, análise e interpretação dos dados para a tomada de decisões.

A partir da municipalização da saúde e a estratégia de orientação do modelo assistencial vigente na intervenção sobre os problemas, foi implantado o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde/PACS e, a seguir, cinco ESF. Com esse panorama a VE iniciou as capacitações com os Agentes Comunitários em Saúde/ACS e profissionais das ESF para subsidiar o processo de produção de

informações para ação. Posteriormente a VE ampliou a rede notificadora também para os hospitais e clínicas privadas e conveniadas, laboratórios públicos e conveniados, além dos serviços especializados.

A descentralização das ações da VE, em 2000, tornou-se possível devido à ampliação do PSF no município, contando hoje com 37 equipes, sendo 24 na zona urbana e 13 na zona rural. Após várias capacitações, essas equipes passaram a realizar atividades como notificação, investigação de agravos, bloqueio vacinal, coleta de material e educação em saúde em suas áreas de abrangência.

4.3 Fontes de dados

Para a construção dos indicadores de cobertura da VE serão utilizados os Relatórios do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN), onde estão registrados dados sobre total de notificações, frequência de notificações positivas e negativas, número de investigações epidemiológicas e investigações epidemiológicas realizadas em tempo oportuno.

4.4 Indicadores

Serão considerados alguns dos indicadores de cobertura do SIVE, listados pelo Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE) e pelo Sistema de Informação de Indicadores Básicos de Saúde (DATASUS), conforme listados a seguir:

- a) proporção de Unidades de Saúde da Família que faz a notificação das Doenças de Notificação Compulsória/DNC;

- b) proporção de Unidades de Saúde da Família que faz investigação de DNC;
- c) proporção de ESF que realiza a notificação de DNC em tempo oportuno, seguindo o calendário epidemiológico;
- d) proporção de profissionais das ESF que fazem notificação de DNC;
- e) proporção de ESF que faz notificações negativas semanalmente.

4.5 Procedimentos de Análise de Dados

Serão comparados os indicadores das ações desenvolvidas pelas ESF, no âmbito da VE, nos anos 2000 (ano de início da descentralização das ações da VE para as ESF), com aquelas dos anos 2003 e 2006 (após a descentralização), para verificar se ocorreram mudanças na sua magnitude e evolução. Caso necessário, os valores de alguns dos indicadores poderão ser representados em gráficos.

Para avaliar se a descentralização das ações da VE para as ESF produziu algum impacto sobre os indicadores analisados, serão estimadas, para a área de abrangência de cada ESF e para o município, as variações ocorridas (em percentual) entre o valor inicial (início da descentralização) e aquele do final (após a descentralização) dos períodos estudados, tomando o período inicial como referente. Aplicar-se-á teste estatístico de diferença de proporções para avaliar se ocorreram diferenças estatisticamente significantes no período.

5. CRONOGRAMA

Atividades	2007							2008											
	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Agt	Set	Out	Nov	
Desenvolvimento do Projeto.	■	■	■	■	■														
Entrega da versão preliminar do Projeto.						■													
Apresentação do Projeto para Qualificação							■												
Coleta de Dados Secundários e Entrevista com as ESF								■	■	■	■	■							
Análise dos dados													■	■					
Redação Preliminar															■	■			
Redação Final e Apresentação da Dissertação																	■	■	

6. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este projeto será submetido à avaliação do Comitê de Ética do ISC/UFBA. Serão assegurados a confidencialidade e o sigilo dos dados obtidos com identificação nominal, utilizando-os exclusivamente para os propósitos deste estudo.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BAHIA. Secretaria Municipal de Saúde de Vitória da Conquista. **Saúde em Vitória da Conquista**. 2001. p. 02 – 24.

BRASIL. FUNASA (Fundação Nacional de Saúde). **Avaliação dos indicadores de qualidade das atividades de vigilância epidemiológica e ambiental**. Brasília 2000. Disponível em URL: Http://www.funasa.gov.br/epi/epi_avaliao.htm. Acesso em 24 out. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde, NOB – SUS/96**. Disponível em URL: www.mds.gov.br/ascom/hot_suas/suas.htm. Acesso em 15 out. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 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. Disponível em URL: www.conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080_190990.htm. Acesso em 15 out. 2007.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e estatística (IBGE). **Banco de Dados – Cidades**. Disponível em : <Http://www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php>. Acesso em 18 de nov. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. 6ª ed. Brasília (DF), 2006. (Série A: Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 1.399, de 15 de dezembro de 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. Brasília 1999. Disponível em URL: Http://portal.saude.gov.br/portal/svs/visualizar_texto.cfm?idtxt=21247. Acesso em 24 out. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 950, de 23 de dezembro de 1999**. Define os valores anuais per capita e por quilômetro quadrado, relativos aos recursos federais destinados à composição do Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças TFEC, de cada um dos estratos previstos no art. 14 da Portaria GM/MS n.º 1.399/99. Disponível em URL: Http://portal.saude.gov.br/portal/svs/visualizar_texto.cfm?idtxt=21245. Acesso em 24 out. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. **Projeto VIGISUS II**. Brasília (DF); 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM 1.172/04, de 15 de junho de 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. [Http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portariaconjunta.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portariaconjunta.pdf). Acesso em 15 out. 2007.

CARVALHO, Marília Sá; MARZOCCHI, Keyla B. Avaliação da prática de vigilância epidemiológica nos serviços públicos de saúde no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v.26, p. 66-74. 1992.

CARVALHO, Eduardo F. et al. Avaliação da vigilância epidemiológica em âmbito municipal. **Rev. Brasileira Saúde Materno Infantil**, n.5, p.53 – 62. dez. 2005.

NOVAES, Hielegonda Maria Dutilh. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Rev. Saúde Pública**, v.34, n.5, p.547 – 59, 2000.

SILVA, Ligia Maria Vieira. Avaliação do processo de descentralização das ações de saúde. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v.4, n.2, p. 331 – 339, 1999.

TEIXEIRA, Carmem; SOLLA, Jorge Pereira. **Modelo de atenção à Saúde. Promoção, Vigilância e Saúde da Família**. 1ª ed. Salvador: EDUFBA, 2006.

TEIXEIRA, Maria da Glória; RISI JUNIOR, João Batista; COSTA, Maria da Conceição Nascimento. Vigilância Epidemiológica. In: ROUQUAYROL, M.Z; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & Saúde**. 6ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI. 2003. p.313 - 327.

TEIXEIRA, Carmem; PAIM, Jairnilson Silva; VILAS BOAS, Ana Luiza. **Promoção e Vigilância da Saúde**. 1ª ed. Salvador: CEPS/ISC, 2002.



Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rua Basílio da Gama S/N, Canela - 40.110-040 Salvador - Bahia-Brasil
E-mail: ppgsc@ufba.br ☎: (071) 3283-7409/7410 FAX: 3283-7460

PARECER FINAL DE DISSERTAÇÃO

Nome da Aluna(o)	Mirella Cristina Lato Barbosa
Nível	Mestrado Profissional em Saúde Coletiva
Área de Concentração	Gestão de Sistemas de Saúde
Orientador (a)	Maria da Conceição Nascimento Costa
Membros da Banca	Maria da Conceição Nascimento Costa
	Edna Maria de Araújo
	Juarez Pereira Dias
Data da Defesa	25/11/2008
Título da Dissertação	Avaliação do efeito/impacto da descentralização de ações de saúde para as Equipes/Unidades de Saúde sobre o desempenho de alguns indicadores da Vigilância Epidemiológica.

PARECER

A mestranda Mirella Cristina apresentou o seu trabalho de pesquisa de forma clara e segura pontuando os aspectos mais relevantes e também as limitações do estudo. Todos os componentes de banca consideraram que o trabalho tem relevância e qualidade para ser submetido a publicação.

Assinatura da Banca Examinadora	Maria da Conceição Nascimento Costa
	Edna Maria de Araújo
	Juarez Pereira Dias