

ESTAÇÃO DE PESQUISA DE SINAIS DE MERCADO EM SAÚDE - EPSM

ATRIBUIÇÕES DOS TRABALHADORES DE NÍVEL MÉDIO QUE ATUAM NAS ÁREAS DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA, AMBIENTAL, SANITÁRIA E DA SAÚDE DO TRABALHADOR: PESQUISA EM MUNICÍPIOS BRASILEIROS

Belo Horizonte, 2008

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA - NESCON**



Universidade
Federal de
Minas Gerais



NESCON
núcleo de educação em saúde coletiva
FACULDADE DE MEDICINA - UFMG

**Rede
ObservaRH**



Ministério
da Saúde



**ATRIBUIÇÕES DOS TRABALHADORES DE NÍVEL MÉDIO QUE ATUAM NAS
ÁREAS DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA, AMBIENTAL, SANITÁRIA E DA
SAÚDE DO TRABALHADOR: PESQUISA EM MUNICÍPIOS BRASILEIROS**

RELATÓRIO FINAL

COORDENAÇÃO:

CRISTIANA LEITE CARVALHO

INSTITUIÇÃO CONTRATANTE:

**Ministério da Saúde – MS
Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em
Saúde – SGTES
Departamento de Educação e Gestão em Saúde –
DEGES**

INSTITUIÇÕES EXECUTORAS:

**Universidade Federal de Minas Gerais
Núcleo de Educação em Saúde Coletiva –
NESCON
Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado em
Saúde – EPSM**

**Fundação Oswaldo Cruz
Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio
- EPSJV
Observatório dos Técnicos em Saúde/LATEPS
Laboratório de Educação Profissional em
Vigilância em Saúde /LAVSA**

Belo Horizonte, 2008

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitor: Ronaldo Tadeu Pena

FACULDADE DE MEDICINA

Diretor: Francisco José Penna

NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Coordenador: Edison José Corrêa

ESTAÇÃO DE PESQUISA DE SINAIS DE MERCADO EM SAÚDE

Observatório de Recursos Humanos em Saúde do NESCON/FM/UFMG

Coordenador: Sabado Nicolau Girardi

EQUIPE TÉCNICA DO PROJETO

COORDENAÇÃO

Cristiana Leite Carvalho (NESCON/UFMG)

PESQUISADORES ETAC

Cristiana Leite Carvalho (NESCON/UFMG)

Gustavo Azeredo Furquim Werneck (NESCON/UFMG)

Jackson Freire Araújo (NESCON/UFMG)

João Batista Girardi Júnior (NESCON/UFMG)

ESTAGIÁRIOS ETAC

André Xavier de Abreu Lucchesi Cunha

Denis Soares da Silva

Guido Tonon da Matta Machado

Ivan Gontijo Toledo

Jordana Maria Carvalho Bacelete

Marcos Paulo Gontijo

Marina Toledo Vieira

Matheus Abreu Carvalho

Remaclo Rodrigues Junior

PESQUISADORES GRUPO FOCAL

Ana Julia Calazans (LAVSA/EPSJV)

Ana Margarida de Mello Barreto Campello (LATEPS/EPSJV)

Ângela Maria de Lourdes Dayrell de Lima (NESCON/UFMG)

Carlos Eduardo Colpo Batistella (LAVSA/EPSJV)

Cristiana Leite Carvalho (NESCON/UFMG)

Evanilde Maria Martins (PUC Minas)

Grácia Maria de Miranda Gondim (LAVSA/EPSJV)

Gustavo Azeredo Furquim Werneck (NESCON/UFMG)

Jackson Freire Araújo (NESCON/UFMG)

João Batista Girardi Júnior (NESCON/UFMG)

Mara Vasconcelos (NESCON/UFMG)

Márcia Cavalcanti Raposo Lopes (LATEPS/EPSJV)

Maurício Monken (LAVSA/EPSJV)

Mônica Vieira (LATEPS/EPSJV)

CONSULTORES

Cláudia Cristina Santiago Gomes (ANVISA)

Izildinha Rosa Montone (SVS – MS)

Leda Zorayde Oliveira (DEGES/SGETS – MS)

Samia Nadaf de Melo (SVS – MS)

APRESENTAÇÃO

Esse estudo faz parte de um conjunto de ações desencadeadas pelo Ministério da Saúde, através do Departamento de Gestão da Educação em Saúde (DEGES/SGETS), com o intuito de promover a ordenação da formação profissional dos trabalhadores da área de vigilância no país. Coordenado pela Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado, do NESCON/UFMG, a pesquisa foi desenvolvida em parceria institucional com a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/FIOCRUZ), através do Observatório dos Técnicos em Saúde /LATEPS e do Laboratório de Educação Profissional em Vigilância em Saúde /LAVSA. Em sua realização, contou com o apoio técnico e financeiro do Ministério da Saúde, por meio do Programa de Formação Profissional de Agentes Locais de Vigilância em Saúde – PROFORMAR (Convênio MS/FIOTEC).

A estratégia metodológica incluiu a coleta de dados através de entrevistas telefônicas assistidas pelo computador (ETAC), aplicadas a uma amostra de municípios brasileiros, estratificada por porte populacional e região natural, onde foram entrevistados trabalhadores de nível elementar e médio e coordenadores das vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental e da saúde do trabalhador. Aliado a isso, foram realizados grupos focais nas cinco regiões do país envolvendo os participantes da pesquisa.

O presente relatório tem por objetivo apresentar uma sistematização dos resultados gerais da pesquisa telefônica e dos grupos focais.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Tipos de vigilância existentes nos municípios amostrados.....	29
Gráfico 2: Distribuição dos municípios segundo a existência de um único profissional responsável pelo setor de vigilância, por faixa populacional.....	30
Gráfico 3: Trabalhadores de vigilância por nível de escolaridade.....	31
Gráfico 4: Distribuição dos coordenadores de vigilância, por sexo e faixa populacional.....	32
Gráfico 5: Distribuição dos coordenadores de vigilância por Região Geográfica segundo o tipo de vínculo empregatício.....	36
Gráfico 6: Distribuição dos coordenadores segundo a experiência de trabalho anterior na área da vigilância, por porte populacional do município.....	39
Gráfico 7: Distribuição dos profissionais de nível médio entrevistados por sexo e porte populacional do município.....	40

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Critérios de análise dos resultados do <i>survey</i>	27
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Amostragem estratificada segundo porte populacional e região natural, Brasil.....	19
Tabela 2: Composição final dos participantes da pesquisa, segundo porte populacional e região geográfica.....	26
Tabela 3: Tipos de vigilância existentes nos municípios participantes da pesquisa.....	28
Tabela 4: Distribuição dos coordenadores de vigilância por nível de escolaridade e porte populacional do município. Brasil, 2006.....	33
Tabela 5: Distribuição dos coordenadores municipais de vigilância, segundo a formação profissional declarada. Brasil, 2006.	35
Tabela 6: Distribuição dos coordenadores municipais de vigilância pesquisados por região geográfica segundo a área de atuação. Brasil, 2006.	37
Tabela 7: Distribuição dos coordenadores municipais de vigilância, segundo o tempo de trabalho na área da saúde, por faixa populacional. Brasil, 2006.....	38
Tabela 8: Distribuição dos coordenadores municipais com experiência em vigilância, por área de atuação anterior e faixa populacional. Brasil, 2006.....	39
Tabela 9: Distribuição dos profissionais de nível médio entrevistados, segundo o cargo ocupado. Brasil, 2006.	41
Tabela 10: Distribuição dos profissionais de nível médio entrevistados, segundo o tempo de permanência no cargo atual, por região geográfica. Brasil, 2006.....	42
Tabela 11: Distribuição dos profissionais de nível médio entrevistados, segundo a formação profissional declarada. Brasil, 2006.	43
Tabela 12: Distribuição dos profissionais de nível médio entrevistados, segundo a área de vigilância em que atuam e a região geográfica. Brasil, 2006.....	45

LISTA DE SIGLAS

ANVISA: Agência nacional de Vigilância Sanitária
CCZ: Centro de Controle de Zoonoses
CLT: Consolidação das Leis do Trabalho
CNS: Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS: Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
DAS: Direção e Assessoramento Superior
DEGES: Departamento de Gestão da Educação na Saúde
EPSJV: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio
EPSM: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado
ETAC: Entrevista Telefônica Assistida por Computador
ETSUS-PR: Escola Técnica do SUS - Paraná
FIOCRUZ: Fundação Oswaldo Cruz
FIOTEC: Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde
FUNASA: Fundação Nacional de Saúde
IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LATEPS: Laboratório do Trabalho e da Educação Profissional em Saúde
LAVSA: Laboratório de Educação Profissional em Vigilância em Saúde
LDB: Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
MS: Ministério da Saúde
NESCON: Núcleo de Educação em Saúde Coletiva
PPI: Programação Pactuada e Integrada
PROFAE: Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem
PROFORMAR: Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde
PSF: Programa Saúde da Família
PUC: Pontifícia Universidade Católica
SGETS: Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SIM: Sistema de Informações sobre Mortalidade
SINAN: Sistema de Informações de Agravos de Notificação
SINASC: Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SINAVISA: Sistema Nacional de Informação em Vigilância Sanitária
SISAGUA: Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano
SISPNI: Sistema do Programa Nacional de Imunização
SNVE: Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica
SUS: Sistema Único de Saúde
SVS: Secretaria de Vigilância em Saúde
TAM: Termo de Ajuste de Metas
UFMG: Universidade Federal de Minas Gerais
VA: Vigilância Ambiental
VE: Vigilância Epidemiológica
VISA: Vigilância Sanitária
VISAT: Vigilância em Saúde do Trabalhador
VST: Vigilância em Saúde do Trabalhador

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
1.1 Aspectos Conceituais.....	11
1.2 Organização das vigilâncias.....	12
1.3 Educação Profissional.....	14
2 METODOLOGIA.....	16
2.1 Pesquisa Nacional.....	16
2.2 Desenho e Execução da Pesquisa Nacional por ETAC.....	17
2.3 Entrevistados: Coordenadores e Trabalhadores de nível médio.....	21
2.4 Desenho e execução dos Grupos Focais.....	22
3. RESULTADOS.....	25
3.1 Entrevista Telefônica Assistida por Computador (ETAC).....	25
3.1.1 Caracterização da estrutura de vigilância.....	27
3.1.2 Caracterização dos Profissionais de Vigilância.....	31
3.1.2.1 Perfil do Coordenador de Vigilância.....	31
3.1.2.2 Perfil do Profissional de Nível Médio.....	40
3.1.2.3 Grupos de Ações de Vigilância.....	46
3.1.2.3.1 Ações de Notificação.....	46
3.1.2.3.2 Ações de Investigação.....	48
3.1.2.3.3 Ações de controle e monitoramento.....	51
3.1.2.3.4 Ações de assistência ao paciente/usuário.....	52
3.1.2.3.5 Ações de proteção à saúde.....	53
3.1.2.3.6 Ações de promoção, prevenção e educação em saúde.....	55
3.1.2.3.7 Ações relativas ao sistema de informação.....	57
3.1.2.3.8 Ações relativas ao planejamento e gestão.....	58
3.2 Resultados dos Grupos Focais.....	60
3.2.1 Estrutura de vigilância nos municípios participantes.....	60
3.2.2 Desenvolvimento de ações de vigilância.....	61
3.2.2.1 Notificação.....	62
3.2.2.2 Investigação.....	64
3.2.3 Controle e Monitoramento.....	67
3.2.4 Assistência.....	68
3.2.5 Promoção, Prevenção e Educação em Saúde.....	70
3.2.6 Sistemas de Informação.....	72
3.2.7 Planejamento e Gestão.....	74
3.2.8 Formação de um profissional para atuar na área da vigilância.....	76
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	79
5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	81
APÊNDICE A – MÁSCARA OPERACIONAL DA ENTREVISTA TELEFÔNICA ASSISTIDA POR COMPUTADOR.....	82
APÊNDICE B – RELATÓRIO TABULAR.....	91

APÊNDICE C – GRUPO FOCAL.....	134
APÊNDICE D – RELATÓRIOS DOS GRUPOS FOCAIS.....	155
ANEXO A - LEI ORGÂNICA DA SAÚDE - LEI FEDERAL 8.080/90.....	242
ANEXO B - PORTARIA FEDERAL MS Nº 3.120/98.....	258

1 INTRODUÇÃO

Os primeiros registros de ações de vigilância no Brasil remontam há mais de 200 anos, com os preparativos para a chegada da corte real portuguesa ao país. Medidas de controle ambiental de vetores e pragas, aliadas as de saneamento e limpeza da cidade do Rio de Janeiro foram adotadas com o objetivo de controlar doenças e agravos e garantir alguma salubridade à nova sede do reinado. Desde então, muitos foram os episódios em que ações típicas da vigilância se fizeram necessárias para garantir a saúde da população, como por exemplo, as medidas para saneamento dos portos e o combate à febre amarela desenvolvidas por Osvaldo Cruz, Emílio Ribas e outros sanitaristas no final do século XIX e início do século XX.

A reforma sanitária do início dos anos 20 trouxe alterações importantes nas políticas públicas de saúde do país. Aparece pela primeira vez, no Regulamento Sanitário Federal editado em 1920, o termo “vigilância sanitária”, designando atividades de controle sanitário de pessoas doentes ou suspeitas de doenças transmissíveis, de estabelecimentos e locais.

Apesar de amplamente utilizada, foi somente a partir da década de 60 que pela primeira vez utilizou-se o termo “vigilância epidemiológica”, direcionado especialmente às doenças infecciosas. A vigilância passou então a ser efetivamente reconhecida como instrumento de saúde pública, com a realização de estudo das características particulares de cada doença, com o objetivo de oferecer as bases científicas para as ações de controle.

A partir da década de 70, a vigilância passou a ser aplicada também ao acompanhamento de outros eventos não transmissíveis, como malformações congênitas, envenenamentos na infância, leucemia, abortos, acidentes, eventos adversos à saúde relacionados a riscos ambientais, como poluição por substâncias radioativas, metais pesados, utilização de aditivos em alimentos e emprego de tecnologias médicas, tais como medicamentos, equipamentos, procedimentos cirúrgicos e hemoterápicos.

O Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE) criado em 1975 tornou obrigatória a notificação de doenças transmissíveis selecionadas pelas

autoridades sanitárias. Foram definidas as normas técnicas a serem utilizadas para a vigilância de cada doença, no âmbito de programas de controle específicos.

A partir da criação do SUS, no final dos anos 80, passou a ser concebida a idéia da Vigilância à Saúde, formulada então como uma nova proposta de organização da atenção à saúde e entendida como um recurso para transformação gradual do modelo assistencial tradicional.

As dificuldades próprias da implantação de uma proposta dessa magnitude fizeram com que fosse desenvolvido um entendimento alternativo e bem mais restrito para o termo, transformado então em “Vigilância em Saúde”. Apoiado por instituições de peso, como a Organização Pan-americana da Saúde, esse conceito parte de uma ampliação da vigilância epidemiológica, que incorpora o controle de zoonoses, os serviços de monitoramento do meio ambiente, a vigilância sanitária e a vigilância da saúde do trabalhador.

A Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde, congrega como objetos de sua ação o controle de doenças e agravos tradicionalmente cobertos pela vigilância epidemiológica e controle de endemias, além de outros que foram incorporados mais recentemente através da vigilância ambiental e da saúde do trabalhador. No nível federal, a área de vigilância sanitária não foi integrada a esse bloco.

1.1 Aspectos Conceituais

A Lei Orgânica da Saúde (Lei Federal 8.080/90, ANEXO A) expressa que a *Vigilância Epidemiológica* é “o conjunto de atividades que permite reunir a informação indispensável para conhecer, a qualquer momento, o comportamento ou história natural das doenças, bem como detectar ou prever alterações de seus fatores condicionantes, com o fim de recomendar oportunamente, sobre bases firmes, as medidas indicadas e eficientes que levem à prevenção e ao controle de determinadas doenças”.

Ainda de acordo com essa mesma lei, a *Vigilância Sanitária* pode ser entendida como o “conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos

e agravos à saúde do indivíduo e da coletividade; intervir nos problemas sanitários decorrentes da produção, distribuição, comercialização e uso de bens de capital e consumo, e da prestação de serviços de interesse da saúde; exercer fiscalização e controle sobre o meio ambiente e os fatores que interferem na sua qualidade, abrangendo os processos e ambientes de trabalho, a habitação e o lazer”.

A *Vigilância Ambiental em Saúde* é um “conjunto de ações que proporciona o conhecimento e a detecção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de identificar as medidas de prevenção e controle dos fatores de risco ambientais relacionados às doenças ou outros agravos à saúde”.

De acordo com a Portaria MS nº 3.120 de 1998 (ANEXO B), a *Vigilância em Saúde do Trabalhador* (VISAT) tem como objetivo “detectar, conhecer, pesquisar, analisar e divulgar os fatores determinantes e condicionantes dos agravos à saúde relacionados aos processos e ambientes de trabalho, em seus aspectos epidemiológico, tecnológico, organizacional e social, com a finalidade de planejar, executar e avaliar intervenções sobre esses aspectos de forma a eliminá-los ou controlá-los por meio de uma atuação planejada contínua e sistemática, com a participação ampla da sociedade por meio dos trabalhadores, do controle social do SUS e dos movimentos sociais”.

1.2 Organização das vigilâncias

As políticas de incentivo à descentralização, implementadas a partir dos anos 90, fizeram com que um número crescente de municípios passasse a assumir a responsabilidade pelas ações de vigilância epidemiológica, sanitária, ambiental e da saúde do trabalhador no âmbito do seu território.

O crescimento do campo das vigilâncias tem sido marcante, especialmente nos últimos dez anos, quando novos conceitos passaram a ser progressivamente incorporados, redefinindo os objetos, as ações e os processos de trabalho dos profissionais que atuam nessa área.

Muitos estados e municípios brasileiros incorporaram o modelo da Vigilância em Saúde criando, por meio de uma simples reforma administrativa, novos organogramas onde as áreas da vigilância coexistem sob uma mesma coordenação. Em termos práticos, não se pode afirmar que a simples realocação das diferentes áreas da vigilância possa levar a uma atuação mais integrada e uma ampliação da visão dos profissionais de saúde. Os relatos dos técnicos entrevistados nessa pesquisa parecem mostrar que o intercâmbio de informações e a ação articulada entre as áreas ainda é muito incipiente na maior parte dos municípios brasileiros.

Não existe sistema de informação ou registros estatísticos nacionais que possam demonstrar como está organizado o processo de trabalho da área de vigilância nos municípios e prover informações sobre os trabalhadores que atuam nessa área: (i) quais profissionais desenvolvem as ações de vigilância epidemiológica, ambiental e sanitária? (ii) estas ações são executadas pelo mesmo profissional? (iii) qual nível de escolaridade é exigido para os trabalhadores dessa área? (iv) é exigida alguma qualificação específica para os trabalhadores de vigilância? (v) existe diferenciação nos papéis e funções exercidos pelos trabalhadores da área de vigilância segundo porte populacional do município? (vi) existe diferenciação nos papéis e funções segundo modelo assistencial/ organizacional da vigilância nos municípios?

Embora não existam dados precisos, estima-se que existam hoje no Brasil quase 90 mil trabalhadores nas áreas de vigilância. Dados coletados no Censo da VISA realizado em 2004 mostram um contingente de mais de 32 mil trabalhadores atuantes nessa área no Brasil, sendo 67,4% desses com nível de escolaridade médio ou elementar. Se para os trabalhadores que atuam na Vigilância Sanitária os dados são bem conhecidos, o mesmo não se pode dizer dos agentes de combate a endemias, que formam um contingente enorme em todo o país. Para esses trabalhadores distribuídos pelos municípios brasileiros, existem diferentes formas de contratação e vínculos variados. Esses são conhecidos também como agentes de saúde, agentes de saúde pública, guardas de endemias ou mata-mosquitos.

1.3 Educação Profissional

A educação profissional no setor saúde ocorre num contexto onde a cada momento são desenvolvidas e apresentadas novas tecnologias e formatos organizacionais que demandam dos trabalhadores um perfil caracterizado pela polivalência em detrimento da especialização. Tal situação tem determinado a necessidade de aprofundar a discussão sobre os processos de formação dos profissionais de saúde.

A municipalização das ações e serviços de saúde tem gerado impacto de natureza qualitativa e quantitativa sobre o mercado de trabalho e sobre os processos formativos dos profissionais do setor, na medida em que apresentam especificidades regionais, gerenciais e epidemiológicas a serem observadas, particularmente no que diz respeito às ações referentes à vigilância epidemiológica, ambiental e sanitária. O dimensionamento da força de trabalho nos serviços de vigilância epidemiológica, ambiental e sanitária apresenta grandes limitações, assim como em toda a área da saúde, conforme demonstrado por Girardi:

(...) a escassez de recursos destinados a investigações de profundidade, em âmbito nacional, tem limitado as análises sobre a evolução do mercado de trabalho da área da saúde quase que exclusivamente à interpretação de dados existentes em fontes estatísticas secundárias, com categorias e recortes setoriais e ocupacionais previamente definidos, nem sempre adequados para captar as rápidas mudanças e rearranjos que ocorreram no interior desses “mercados” ao longo dos últimos anos. (GIRARDI; CARVALHO, 2002. p.15)

Em muitos casos a observação e a discussão junto aos estados e municípios têm apontado que a execução das ações, seja de vigilância epidemiológica, ambiental ou sanitária, tem sido feita por um mesmo trabalhador. Também a organização operacional e administrativa das “vigilâncias” em todas as esferas de governo apresenta diferenças, de forma que, agravos transmitidos por vetores e zoonoses podem estar ligados à vigilância ambiental ou epidemiológica, ou não, assim como todas as vigilâncias podem estar subordinadas à mesma gerência ou não.

Frente a este dilema acrescenta-se outro debate: qual a natureza do processo formativo para este trabalhador, haja vista tal nível de diversidade técnica e organizacional?

As mudanças na educação profissional a partir da Lei de Diretrizes e Bases (LDB) em 1996 podem contribuir para atender a esta diversidade, formando trabalhadores aptos a atuarem em distintos modelos, proporcionando flexibilidade na formação deste profissional a partir da articulação das competências e habilidades das áreas profissionais distintas.

A contextualização e a interdisciplinaridade devem estar presentes na educação profissional que

(...) tem conotações diferentes, na medida em que enfatiza menos a posse dos saberes técnicos e mais a sua mobilização para a resolução de problemas e o enfrentamento de imprevistos na situação de trabalho, tendo em vista a maior produtividade com qualidade (FERRETI, 1997.p.3).

A formação de um trabalhador de nível técnico para atuar na área das “vigilâncias” tem como objetivo contribuir para a mudança do quadro atual, de forma a garantir um sistema nacional de vigilância da saúde que tenha capacidade de identificar e intervir nos riscos a saúde da população em tempo hábil.

O desafio de qualificar estes trabalhadores, com déficit de escolaridade básica e há muito afastados dos “bancos escolares”, para atuarem em ações de campo diversificadas - da promoção à saúde até a vigilância e controle de agravos -, requer uma definição de competências que conforme o perfil profissional deste trabalhador e permita a proposição de um referencial curricular que subsidie a elaboração de currículos por competências.

Esta pesquisa teve como propósito conhecer as atribuições dos técnicos que atuam na área de vigilância com vistas a subsidiar a formação profissional destes trabalhadores. Os resultados desse estudo nacional irão ampliar os conhecimentos sobre as diversas situações encontradas no país com respeito aos processos de trabalho desse campo de atuação profissional.

2 METODOLOGIA

Este estudo foi realizado em duas etapas. A primeira etapa consistiu na realização de um estudo piloto no estado do Paraná, quando foram produzidos e testados os instrumentos de coleta de dados e de análise a serem utilizados na pesquisa nacional. Primeiramente, um questionário foi desenvolvido e aplicado por meio de Entrevista Telefônica Assistida por Computador (ETAC) em uma amostra de municípios do estado do Paraná, estratificada por porte populacional e por macro-região, aplicado aos coordenadores e trabalhadores de nível médio das áreas de vigilância dos municípios. Para realização das entrevistas telefônicas do *survey*, foi construído um questionário eletrônico, cuja elaboração teve como base a PPI-VS e o resultado de oficinas realizadas pela ETSUS-PR, com participação de técnicos do nível central e regional da Secretaria Estadual de Saúde, de técnicos da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba das áreas de vigilância epidemiológica, ambiental, sanitária e da saúde do trabalhador, e de profissionais da Secretaria de Vigilância em Saúde/ MS e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. Participaram, ainda, os pesquisadores da Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado em Saúde, do NESCON/UFGM e profissionais da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, do Ministério da Saúde.

No segundo momento do estudo piloto, foram realizados grupos focais, com participação dos respondentes da pesquisa telefônica. Os resultados desse estudo não serão aqui apresentados, visto que fazem parte de relatório de pesquisa específico: “Atribuições do Pessoal de Nível Médio que atua na Área de Vigilância Epidemiológica, Ambiental e Sanitária no Estado do Paraná”.

2.1 Pesquisa Nacional

Na segunda etapa, o estudo, que ora se apresenta, teve abrangência nacional, utilizando-se dos mesmos procedimentos metodológicos aplicados no estudo piloto. O questionário devidamente revisado e aperfeiçoado foi a base do

survey de âmbito nacional realizado por meio de ETAC em uma amostra de municípios brasileiros, estratificada por porte populacional e por região natural. Foram escolhidos como respondentes coordenadores da área de vigilância de municípios brasileiros e trabalhadores de nível médio das equipes municipais de vigilância. Na sequência, foram realizados grupos focais abrangendo as cinco regiões do país, com a participação de uma amostra de técnicos e coordenadores de vigilância que responderam à pesquisa telefônica.

A metodologia de ETAC para o estudo piloto e, posteriormente, para o estudo nacional, foi escolhida por diversas razões, dentre as quais podemos destacar a rapidez na coleta e no processamento dos dados – é possível completar uma pesquisa telefônica no mesmo tempo que se tomaria para planejar uma pesquisa por correio ou interpessoal; (ii) o baixo custo comparativamente às outras formas de coleta de dados, especialmente quando se leva em consideração o tamanho do país; (iii) a taxa de resposta, geralmente muito superior àquelas alcançadas por correio; no caso de pesquisas telefônicas institucionais, como a que foi realizada, a experiência tem apresentado taxas de respostas superiores a 90% da amostra; (iv) maior controle sobre os entrevistadores e sobre o processo de coleta de dados, garantindo maior precisão nas respostas (Rea & Parker, 1997).

2.2 Desenho e Execução da Pesquisa Nacional por ETAC

A moldura de amostragem para realização da pesquisa nacional foi constituída a partir dos dados de municípios brasileiros disponibilizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Os critérios utilizados para estratificação da amostra de municípios que participaram do *survey* telefônico foram definidos conjuntamente por técnicos do Ministério da Saúde – SVS, ANVISA e SGTES - e da equipe de pesquisadores envolvidos no trabalho – Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado em Saúde/NESCON e Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/FIOCRUZ.

A estratificação por porte populacional incluiu cinco faixas de habitantes: (i) até 20.000; (ii) de 20.000 a 50.000; (iii) de 50.000 a 100.000; (iv) 100.000 a 500.000

e (v) acima de 500.000. As faixas populacionais foram definidas de modo a contemplar as diversidades dos municípios brasileiros pressupondo que o porte populacional pode interferir nas formas de organização e operacionalização das ações de vigilância. Em consideração às especificidades regionais, a amostra foi estratificada também com base nas cinco regiões naturais do país - Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul.

O cálculo da amostra para o universo de 5.507 municípios do Brasil (Censo 2000) foi realizado considerando-se um intervalo de confiança de 90% e uma margem de erro que variou, entre os distintos estratos populacionais dos municípios, de 0 a 8%. Foi considerada uma margem de erro de 8% para os municípios de até 50 mil habitantes, de 5% para os municípios de 50 a 100 mil habitantes e nos municípios com mais de 500 mil habitantes, foram todos incluídos, não sendo plausível realizar cálculo amostral, pelo número pequeno de municípios contidos nesta faixa. Por outro lado, em relação aos municípios abaixo de 50 mil habitantes, pelas características semelhantes quanto à organização da área de vigilância, revelados na pesquisa piloto e pelo fato de representarem 90,4% do total de municípios, optou-se por uma margem de erro maior, de 8%, o que reduziu o volume de entrevistas a serem realizadas sem, contudo, interferir na confiabilidade do estudo, tornando-o mais viável. Como resultado destas considerações, chegou-se a uma amostragem de 416 municípios, conforme demonstra a Tabela 1.

Tabela 1
Amostragem estratificada segundo porte populacional e região natural, Brasil.

Porte populacional	Região Geográfica	Universo	Amostra	ME %
		N	n	
Até 20 mil habitantes	CO	355	24	8
	N	302	20	8
	NE	1250	70	8
	S	935	56	8
	SE	1180	67	8
De 20 a 50 mil habitantes	CO	62	4	8
	N	103	7	8
	NE	394	26	8
	S	132	9	8
	SE	267	18	8
De 50 a 100 mil habitantes	CO	17	3	5
	N	30	5	5
	NE	97	16	5
	S	53	9	5
	SE	106	17	5
De 100 a 500 mil habitantes	CO	9	3	5
	N	12	3	5
	NE	37	6	5
	S	37	6	5
	SE	98	16	5
Mais de 500 mil habitantes	CO	3	3	0
	N	2	2	0
	NE	9	9	0
	S	2	2	0
	SE	15	15	0
Total	Brasil	5507	416	-

Fonte: Pesquisa "Atribuições do Pessoal de Nível Médio que atua na Área de Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental" - Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado/ NESCON/ FM/ UFMG.

O questionário eletrônico (APÊNDICE A) aplicado na pesquisa telefônica foi elaborado a partir da revisão e adequação do instrumento utilizado no estudo piloto. Esta revisão envolveu, primeiramente, a organização da Oficina “Formação técnica para trabalhadores das áreas de vigilância epidemiológica, ambiental e sanitária”, realizada durante o Seminário Internacional da Educação Profissional em Saúde: Avaliação do PROFAE e Perspectiva, nos dias 23 e 24 de julho de 2006, em Salvador. O objetivo da oficina foi discutir o questionário aplicado no projeto piloto a partir dos seus resultados e propor estratégias de aplicação na pesquisa nacional. Participaram da oficina os técnicos de serviços municipais e estaduais, bem como os

acadêmicos e especialistas das áreas de vigilância epidemiológica, ambiental e sanitária, indicados pela SVS, ANVISA e SGTES. Posteriormente, foi constituída uma comissão para validação e ajuste do instrumento a partir da consolidação das contribuições da oficina.

Para a pesquisa nacional manteve-se a estrutura do questionário piloto, dividida em quatro blocos de questões:

- ⇒ Caracterização da estrutura municipal de vigilância
- ⇒ Caracterização dos profissionais de vigilância
 - Perfil do coordenador;
 - Perfil do trabalhador de nível médio;
- ⇒ Ações de Vigilância executadas pelos trabalhadores de nível médio;
- ⇒ Opinião dos trabalhadores de nível médio sobre as ações de vigilância que deveriam ou não ser executadas por eles.

Em relação ao bloco de ações/atribuições de vigilância executadas pelos trabalhadores, o questionário foi modificado de forma a considerar oito grupos de ações:

- ⇒ Ações de notificação
- ⇒ Ações de investigação
- ⇒ Ações de controle e monitoramento
- ⇒ Ações de assistência ao paciente/usuário
- ⇒ Ações de proteção à saúde
- ⇒ Ações de promoção, prevenção e educação em saúde.
- ⇒ Ações relativas ao sistema de informação
- ⇒ Ações relativas ao planejamento e gestão

É importante destacar que não houve a intenção de colocar os grupos de ações em ordem de prioridade e nem de estabelecer uma descrição seqüencial de tais ações.

2.3 Entrevistados: Coordenadores e Trabalhadores de nível médio

A primeira parte da entrevista telefônica, relativa ao perfil do coordenador da vigilância, foi respondida apenas pelo responsável técnico da área de vigilância do município, que pode ter sido contatado diretamente ou por meio da indicação do Secretário Municipal de Saúde. É importante destacar que nos municípios de menor porte é comum o contato inicial ser realizado diretamente com o Secretário de Saúde. Ao responsável pela área de vigilância foi solicitado responder algumas questões relativas ao seu perfil profissional e à organização da vigilância no município e, ao término da entrevista, indicar um trabalhador de nível médio e/ou elementar proveniente de qualquer área de vigilância para responder aos demais blocos de questões.

Para que todas as áreas da vigilância fossem contempladas de forma equilibrada, adotou-se o critério de solicitar ao coordenador a indicação de técnicos de áreas diferentes da área entrevistada anteriormente pelo operador sem, contudo, estabelecer este rodízio como condição de participação na pesquisa. Assim, quando o operador havia realizado uma entrevista com um técnico da vigilância sanitária, era solicitado, na próxima entrevista, um técnico da vigilância epidemiológica (se houvesse algum), um da ambiental e assim por diante. Ainda, considerando a necessidade de contemplar de forma equitativa as áreas de vigilância e considerando que nos municípios maiores existe uma maior chance de os trabalhadores atuarem em setores específicos da vigilância, foi solicitado aos coordenadores dos municípios com porte populacional superior a 100 mil habitantes, a indicação de dois técnicos, um da vigilância epidemiológica e um da vigilância sanitária. Esta estratégia foi discutida na oficina a partir da experiência vivenciada na pesquisa piloto, quando se constatou a predominância destas duas áreas.

As variáveis do questionário foram estruturadas numa máscara (formulário eletrônico) para realização da ETAC (Entrevista Telefônica Assistida por Computador) e para processamento dos dados por meio informático. Para validação da máscara, foi realizado um pré-teste em 9 municípios, os quais foram excluídos do sorteio da amostra, em razão de modificações e ajustes finais no questionário.

Após sorteio dos municípios, foi confeccionado *mailing* para a pesquisa telefônica, sendo primeiramente levantados os dados cadastrais das Secretarias Municipais de Saúde selecionadas, tais como endereço, telefone, nome do responsável pela área de vigilância.

Para operacionalização da pesquisa foram utilizadas 04 posições de telepesquisa, ocupadas por 08 operadores e um servidor de rede operado pelo supervisor operacional da pesquisa. O trabalho foi executado em dois turnos de 4 horas, e cada entrevista gastou, em média, 23 minutos para sua realização, sendo feito, em média, 03 ligações por município, para contatar e coletar as informações dos respondentes. A fase de coleta de dados teve duração de 02 meses, sendo realizado no período de novembro de 2006 e março de 2007.

As respostas foram processadas no programa de software "Sphinx", específico para o tipo de pesquisa adotada, que permite a tabulação e análise estatística direta dos dados coletados pela ETAC.

2.4 Desenho e execução dos Grupos Focais

A segunda fase da pesquisa, que envolveu a realização de grupos focais foi realizada após análise preliminar dos resultados do *survey* telefônico e teve como respondentes os participantes da pesquisa. Inicialmente, foram propostos 2 grupos focais por região do país, sendo 1 de trabalhadores de nível médio e 1 de coordenador da área de vigilância. Os grupos deveriam ser representativos das 5 regiões do país e das 5 faixas populacionais utilizadas como critério de estratificação no plano amostral da pesquisa. Por motivos operacionais - número insuficiente de municípios com mais de 100 mil habitantes em algumas regiões com impossibilidade de comparecer ao grupo focal por razões de logística (localização geográfica e meios de transporte), e em razão dos resultados parciais do *survey* terem demonstrado certa tendência de haver, em relação à organização da área de vigilância e às atribuições dos trabalhadores de nível médio, maior similaridade dentre os municípios com menos de 100 mil habitantes e dentre aqueles com mais de 100 mil habitantes, optou-se por uma redefinição dos grupos focais: 2 grupos

focais de trabalhadores de nível médio, por região do país, sendo 1 de representantes dos municípios com menos de 100 mil hab., e um com representantes dos municípios com mais de 100 mil habitantes, e 2 grupos focais de coordenadores, com representantes de todas as regiões e faixas populacionais. Cada grupo focal seria composto por 10 entrevistados. Os grupos focais de trabalhadores de nível médio seriam realizados nas respectivas regiões e os grupos focais de coordenadores seriam realizados em uma única data, na região Sudeste, por ser mais central e de melhor acessibilidade. Dessa forma, ficaram definidas como local sede dos grupos focais as seguintes cidades: Manaus para a Região Norte, Fortaleza para a Região Nordeste, Rio de Janeiro para a Região Sudeste, Brasília para a Região Centro Oeste e Porto Alegre para a Região Sul. Os grupos focais dos coordenadores seriam realizados no Rio de Janeiro.

Com o objetivo de esclarecer algumas das informações obtidas na pesquisa telefônica, e agregar informações qualitativas aos conhecimentos sobre o processo de trabalho da área de vigilância nos municípios, foram construídos roteiros estruturados para os grupos focais. Para elaborar o roteiro a ser utilizado nos grupos focais, foi realizada uma oficina que contou com a participação da equipe de coordenação da pesquisa da Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado/NESCON e com a equipe de pesquisadores da Escola Politécnica Joaquim Venâncio, representantes do Ministério da Saúde e do CONASEMS. O roteiro final foi composto por onze questões abertas (APÊNDICE C), elaboradas a partir da análise dos resultados obtidos na ETAC. As questões apresentadas nos diversos grupos foram basicamente as mesmas, tendo como única modificação a inclusão dos dados específicos à região sede do grupo focal. O mesmo roteiro foi utilizado para o grupo focal dos coordenadores, contendo os dados referentes ao conjunto das regiões do país.

Os trabalhadores de nível médio participantes dos grupos focais foram selecionados de forma intencional pela equipe de coordenação da pesquisa, a partir do cadastro de municípios participantes do *survey*, tendo como critérios fundamentais trabalhar em município situado dentro da região e ter respondido ao questionário telefônico. Como critérios auxiliares foram considerados o porte populacional dentro da faixa estabelecida (menos de 100 mil e mais de 100 mil habitantes) e a facilidade de deslocamento até o município sede do grupo focal.

A condução dos grupos focais foi estruturada com base na seguinte dinâmica: (i) apresentação em plenária dos objetivos do grupo focal, da metodologia e do estudo e dos resultados preliminares obtidos no *survey* telefônico, com dados específicos de cada região, (ii) trabalho nos grupos focais com base no roteiro estruturado, e (iii) validação das informações coletadas nos grupos focais em plenária, com leitura e confirmação das mesmas pelos participantes dos dois grupos focais. Antes de iniciar as discussões em grupos, foram repassadas as informações gerais sobre o estudo e solicitado o consentimento formal dos participantes, segundo as normas da Resolução CNS 196/96. Para conduzir os trabalhos, cada subgrupo contou com participação de um coordenador e um relator previamente indicados pela coordenação da pesquisa. As discussões de cada grupo foram gravadas para posterior transcrição.

3. RESULTADOS

Os resultados da pesquisa apresentados nesse tópico foram divididos em dois blocos distintos em função das metodologias utilizadas em cada uma das etapas, ou seja, a ETAC e os grupos focais.

3.1 Entrevista Telefônica Assistida por Computador (ETAC)

Do universo amostral de 416 municípios selecionados na pesquisa, 383 responderam à entrevista telefônica de forma completa, perfazendo uma taxa de resposta global de 92%. A Tabela 2 mostra que essa taxa chegou a 100% em vários sub-estratos regionais e mesmo no estrato populacional de 100 a 500 mil habitantes. Algumas taxas encontradas estão no patamar de 75%, sendo a menor taxa observada no estrato de municípios de maior porte populacional, na região sudeste, onde dois terços dos municípios (66,7%) aceitaram participar da pesquisa. Apesar de mais baixas, essas taxas de resposta ainda são bem superiores à média das taxas observadas em pesquisas quantitativas que utilizam questionários com entrevistador.

Tabela 2
Composição final dos participantes da pesquisa, segundo porte populacional e região geográfica.

Porte Populacional	Região Geográfica	Pesquisas Completas		
		Coordenadores municipais		Profissionais de nível médio
		n	%	n
Até 20 mil habitantes	CO	24	100,0	24
	N	18	90,0	18
	NE	53	75,7	53
	S	55	98,2	55
	SE	65	97,0	65
De 20 a 50 mil habitantes	CO	4	100,0	4
	N	7	100,0	7
	NE	23	88,5	23
	S	9	100,0	9
	SE	18	100,0	18
De 50 a 100 mil habitantes	CO	3	100,0	3
	N	5	100,0	5
	NE	12	75,0	12
	S	8	88,9	8
	SE	17	100,0	17
De 100 a 500 mil habitantes	CO	4	100,0	7
	N	5	100,0	8
	NE	6	100,0	12
	S	6	100,0	11
	SE	17	100,0	29
Mais de 500 mil habitantes	CO	3	100,0	5
	N	2	100,0	3
	NE	7	77,8	11
	S	2	100,0	4
	SE	10	66,7	17
Total	Brasil	383	92,1	428

Fonte: Pesquisa "Atribuições do Pessoal de Nível Médio que atua na Área de Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental" - Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado/ NESCON/ FM/ UFMG.

Os resultados do *survey* telefônico foram analisados a partir dos quatro blocos de questões que serviram de estrutura para o questionário: caracterização da estrutura de vigilância, caracterização do perfil dos respondentes, ações/atribuições executadas pelos trabalhadores de nível médio da vigilância e opinião destes em relação às ações que deveriam ou não executar.

Todas as variáveis foram analisadas segundo as regiões e faixas populacionais previamente definidas. Quanto às ações executadas, além do cruzamento acima, as variáveis foram analisadas também em relação ao tipo/área de vigilância em que atuam os trabalhadores pesquisados, conforme o Quadro 1.

Blocos de Questões	Variáveis Independentes		
Caracterização da estrutura de vigilância	Região	Porte populacional	-
Caracterização dos profissionais: - Perfil dos trabalhadores de vigilância - Perfil dos coordenadores	Região	Porte populacional	-
Ações executadas pelos trabalhadores de vigilância	Região	Porte populacional	Tipo de vigilância
Opinião dos trabalhadores sobre as ações que deveriam executar	Região	Porte populacional	Tipo de vigilância

Quadro 1: Critérios de análise dos resultados do survey.

Fonte: Pesquisa "Atribuições do Pessoal de Nível Médio que atua na Área de Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental" - Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado/ NESCON/ FM/ UFMG.

Para a variável "Tipo de Vigilância", foram consideradas três categorias: vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, quando referidas como áreas exclusivas de atuação do profissional entrevistado e "outras vigilâncias", quando o respondente atuava em outra área ou em mais de uma vigilância. É interessante destacar que do total de trabalhadores entrevistados, 40,7% disseram realizar atividades exclusivas da área de vigilância sanitária, 39% atividades exclusivas da área de vigilância epidemiológica e 20,3% referiram atuar em mais de uma das áreas da vigilância. Nenhum respondente da pesquisa relatou trabalhar exclusivamente nas áreas de vigilância ambiental e da saúde do trabalhador.

3.1.1 Caracterização da estrutura de vigilância

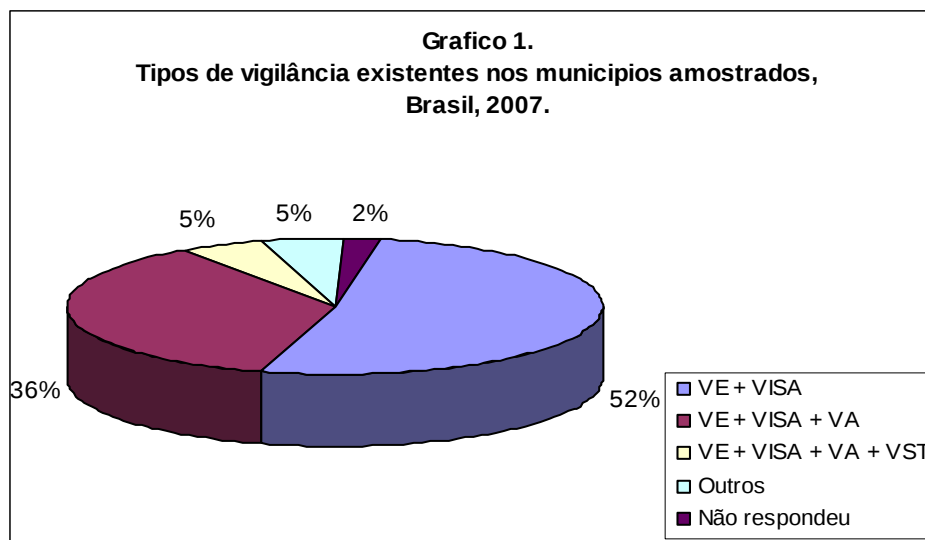
Para conhecer a estrutura e organização da área de vigilância nos municípios participantes, buscou-se inicialmente identificar os tipos de serviço já existentes (epidemiológica, sanitária, ambiental e de saúde do trabalhador); a presença de coordenação integrada e o número de trabalhadores de nível superior e médio.

Na Tabela 3, é possível observar que as vigilâncias epidemiológica e sanitária já estão presentes na imensa maioria dos municípios participantes da pesquisa, certamente por serem essas ações mais tradicionais dentro da área da saúde. Por outro lado, a vigilância ambiental encontra-se presente em menos da metade dos municípios pesquisados (42%), devendo, no entanto, ser considerado, que no final dos anos 90, essa área foi reorganizada e renomeada pelo Ministério da Saúde, tendo sido agregadas novas atribuições a um conjunto de ações já tradicionais no campo da saúde. Os tempos e as formas de assimilação das políticas federais pelas outras esferas de governo são extremamente variáveis, sendo possível pensar que, em muitos desses municípios, as ações de vigilância ambiental continuem sendo desenvolvidas no âmbito das vigilâncias epidemiológica ou sanitária. A vigilância da saúde do trabalhador foi encontrada em apenas 26 municípios, representando menos de 7% do total amostrado.

Tabela 3
Tipos de vigilância existentes nos municípios participantes da pesquisa.

Tipo de Vigilância	Municípios (N=383)	
	n	%
Epidemiológica (VE)	373	97,4
Sanitária (VISA)	364	95,0
Ambiental (VA)	161	42,0
Saúde do Trabalhador (VST)	26	6,8

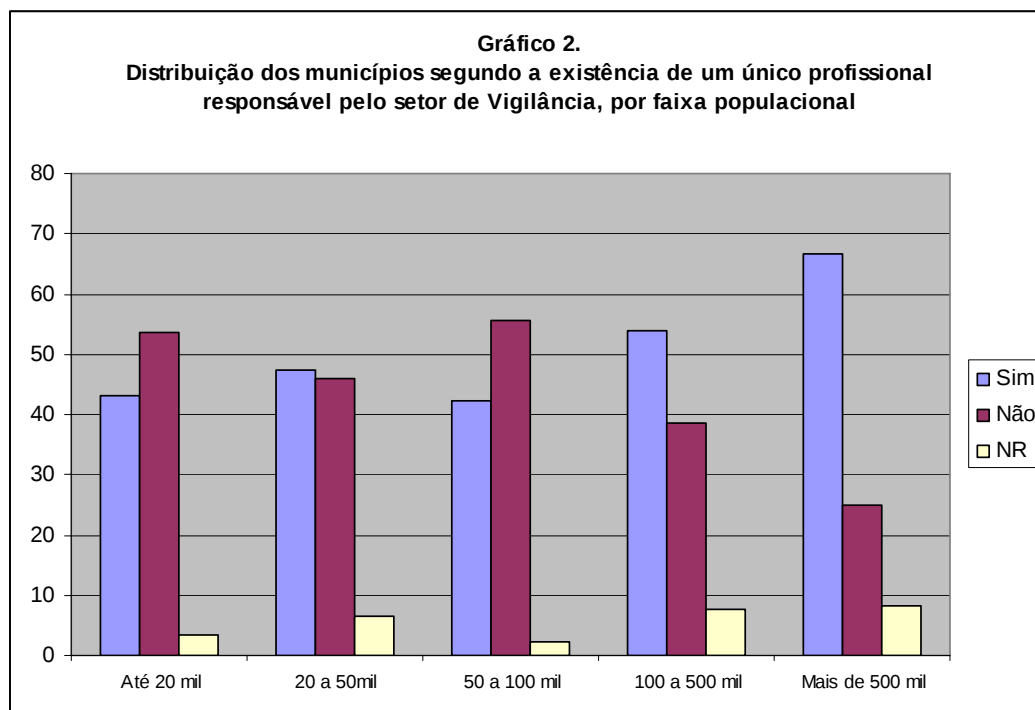
Fonte: Pesquisa "Atribuições do Pessoal de Nível Médio que atua na Área de Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental" - Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado/ NESCON/ FM/ UFMG.



Fonte: Pesquisa "Atribuições do Pessoal de Nível Médio que atua na Área de Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental" - Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado/ NESCON/ FM/ UFMG.

O Gráfico 1 mostra os tipos de vigilância existentes nos municípios participantes do estudo. Verifica-se que mais da metade deles (51,7%) combinam serviços de vigilância epidemiológica e de sanitária e que em outros 36% se agregam a esses dois, os serviços de vigilância ambiental. Do total de municípios participantes da pesquisa, apenas 20 (5,2%) possuem estrutura para atuar nas quatro áreas de vigilância investigadas. Interessante notar que a vigilância da saúde do trabalhador é praticamente inexistente nas regiões Norte e Centro-Oeste e que está mais estruturada nas regiões Sul e Sudeste (Tabela 1, APÊNDICE B). A análise por porte populacional mostra que, nos municípios com menos de 50 mil habitantes, predomina a combinação de vigilância sanitária e epidemiológica (56%), enquanto no estrato dos maiores (acima de 500 mil) a proporção de serviços de vigilância mais completos, que abrangem as quatro áreas estudadas na pesquisa, chega a 29,2% (Tabela 2, APÊNDICE B).

Como forma de entender a própria organização da vigilância no município, a pesquisa procurou identificar a existência de um profissional responsável pela coordenação da área como um todo. Os resultados obtidos na amostra nacional apontam que 46,2% dos municípios contam com esse tipo de profissional. Esse percentual chega a 53,5% na região Sudeste, 48,8% no Sul e aparece com menos de 37% na região Centro-Oeste (Tabela 3, APÊNDICE B).

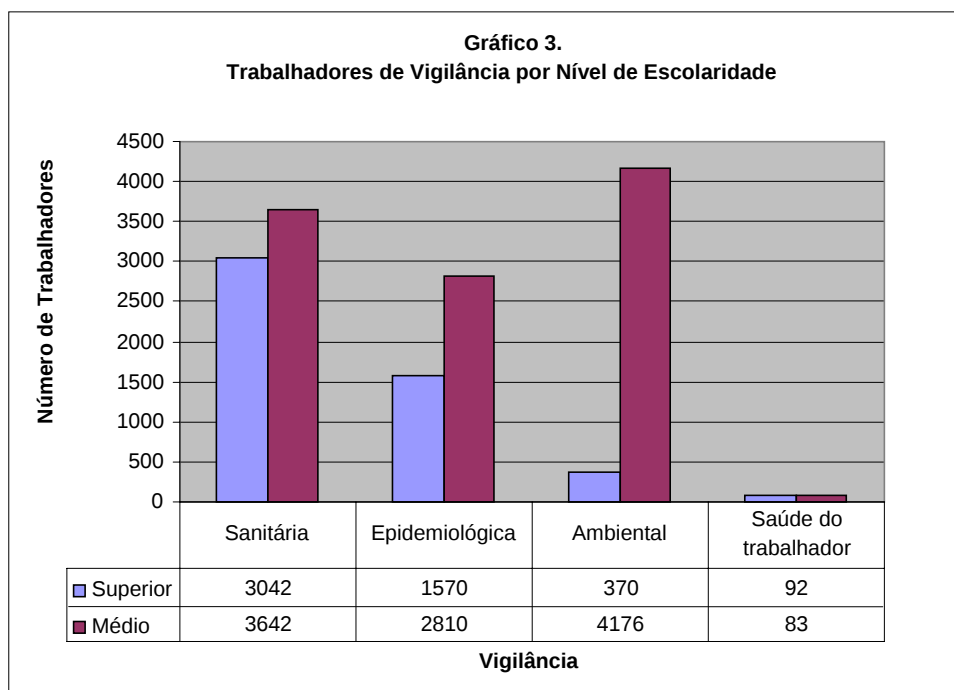


Fonte: Pesquisa "Atribuições do Pessoal de Nível Médio que atua na Área de Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental" - Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado/ NESCON/ FM/ UFMG.

O Gráfico 2 mostra que a proporção de municípios que possuem uma coordenação única para a área de vigilância cresce na medida em que aumenta o porte populacional, chegando a 66,7% no estrato com mais de 500 mil habitantes (Tabela 4, APÊNDICE B).

A pesquisa procurou quantificar o número total de trabalhadores que atuam nas distintas áreas da vigilância nos municípios, determinando também o nível de escolaridade dos mesmos.

O Gráfico 3 mostra a comparação do número de trabalhadores de nível médio e superior atuantes em cada uma das áreas de vigilância. É interessante notar que, à exceção da saúde do trabalhador, existe um predomínio de profissionais de nível médio em todas as áreas da vigilância, número que chega a ser dez vezes maior no caso da vigilância ambiental.



Fonte: Pesquisa "Atribuições do Pessoal de Nível Médio que atua na Área de Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental" - Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado/ NESCON/ FM/ UFMG.

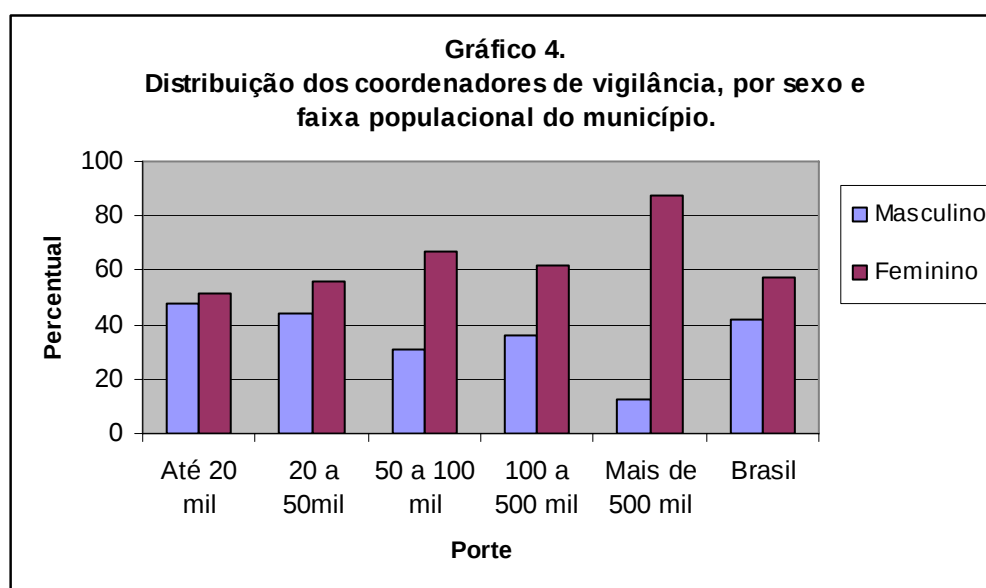
Observa-se que o maior contingente de trabalhadores (considerando todos os níveis de escolaridade) está ligado a área de vigilância sanitária (42,3%), seguido pelas áreas de ambiental e epidemiológica (28%). Nas Tabelas 5 e 6 do APÊNDICE B, são apresentados os dados referentes ao número de trabalhadores das diferentes áreas de vigilância nos municípios pesquisados segundo o nível de escolaridade, a região geográfica e o porte populacional. A vigilância da saúde do trabalhador, que praticamente não possui profissionais nas regiões Norte e Centro-Oeste, com pequeno número existente concentrado nas regiões Sudeste, Sul e Nordeste e nos municípios com mais de 100 mil habitantes, apresentou número semelhante de trabalhadores de nível médio e superior.

3.1.2 Caracterização dos Profissionais de Vigilância

3.1.2.1 Perfil do Coordenador de Vigilância

Como ficou demonstrado acima, nem todos os municípios contam com uma coordenação geral que cubra todas as áreas da vigilância e, na maior parte das vezes, existem coordenadores específicos para cada uma delas. Nesse sentido, foi identificado um coordenador responsável por uma das áreas da vigilância para responder a entrevista, sendo os dados aqui apresentados relativos a este profissional.

Dos 383 coordenadores entrevistados, a maior parte é do sexo feminino (57,2%), tendência que se repete em todos os estratos populacionais e em quase todas as regiões do país. Observa-se no Gráfico 4, que nos municípios de 50 a 100 mil habitantes, o percentual de mulheres na coordenação de vigilância chega a ser o dobro do de homens. Para o extrato de municípios com mais de 500 mil habitantes essa proporção chega a ser 7 vezes maior, com registro de apenas 12,5% dos coordenadores do sexo masculino (Tabela 8, APÊNDICE B).



Fonte: Pesquisa "Atribuições do Pessoal de Nível Médio que atua na Área de Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental" - Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado/ NESCON/ FM/ UFMG.

De acordo com a Tabela 7, APÊNDICE B, a região Sul é a que possui maior número de mulheres no cargo de coordenação (68,8%) e apenas na região Norte o percentual de homens coordenadores é ligeiramente superior ao de mulheres (51,4%).

Quando os dados relativos ao nível de escolaridade dos coordenadores são analisados, verifica-se que 69,7% dos participantes da amostra possuem o nível superior completo. É interessante constatar que a proporção de municípios cujos coordenadores possuem esse nível de escolaridade cresce na medida em que aumenta o estrato populacional, ou seja, começa com 55,1% nas cidades com até 20 mil e atinge 95,8% nas que possuem mais de 500 mil habitantes (Tabela 4). Existe uma variação regional que vai de 60,5% no Centro-Oeste a quase 82% no Nordeste (Tabela 9, APÊNDICE B). Em 23,8% dos municípios os coordenadores possuem o segundo grau completo, com valores mais altos nas regiões Centro-Oeste (31,6%) e Norte (29,7%) e nas cidades com até 20 mil habitantes (37,4%).

Tabela 4.
Distribuição dos coordenadores de vigilância por nível de escolaridade e porte populacional do município. Brasil, 2006.

Porte	Segundo grau incompleto	Segundo grau completo	Superior incompleto	Superior completo	Não-resposta	Total
	%	%	%	%	%	%
Até 20 mil	0,5	37,4	6,5	55,1	0,5	100,0
20 a 50mil	0,0	9,8	9,8	80,3	0,0	100,0
50 a 100 mil	0,0	8,9	2,2	88,9	0,0	100,0
100 a 500 mil	0,0	2,6	2,6	94,9	0,0	100,0
Mais de 500 mil	0,0	0,0	4,2	95,8	0,0	100,0
Brasil	0,3	23,8	6,0	69,7	0,3	100,0

Fonte: Pesquisa "Atribuições do Pessoal de Nível Médio que atua na Área de Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental" - Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado/ NESCON/ FM/ UFMG.

Para avaliar o grau de formalização das atividades de coordenação da vigilância dentro da estrutura das secretarias de saúde foi solicitado o nome do cargo ocupado pelo servidor. Observou-se que há uma grande variedade de denominações, sendo mais freqüentes coordenador, diretor, superintendente, gerente e chefe de setor, que indicam pelo menos a existência de um cargo específico para essa função. Em muitos municípios, porém, foi possível verificar que prevalece a informalidade, com o entrevistado se identificando simplesmente como "responsável" pela vigilância, ou como profissional (fiscal, inspetor, agente ou supervisor).

No que diz respeito à formação profissional dos coordenadores, é possível identificar a existência de dezesseis diferentes profissões de nível superior e pelo menos outras cinco de nível técnico. As mais frequentes são enfermagem (29%) e medicina veterinária (14,9%), seguidas por farmácia/bioquímica (5,5%), biologia e engenharia (3,1%). Para os de nível médio, a formação mais comum é a de técnico/auxiliar de enfermagem (6,5%), tendo sido encontrados ainda técnicos em contabilidade (1,3%), análises clínicas e saneamento (0,8%). Mais de 10% dos entrevistados admitiram não ter nenhum tipo de formação profissional enquanto outros 3,4% não responderam à pergunta (Tabela 5).

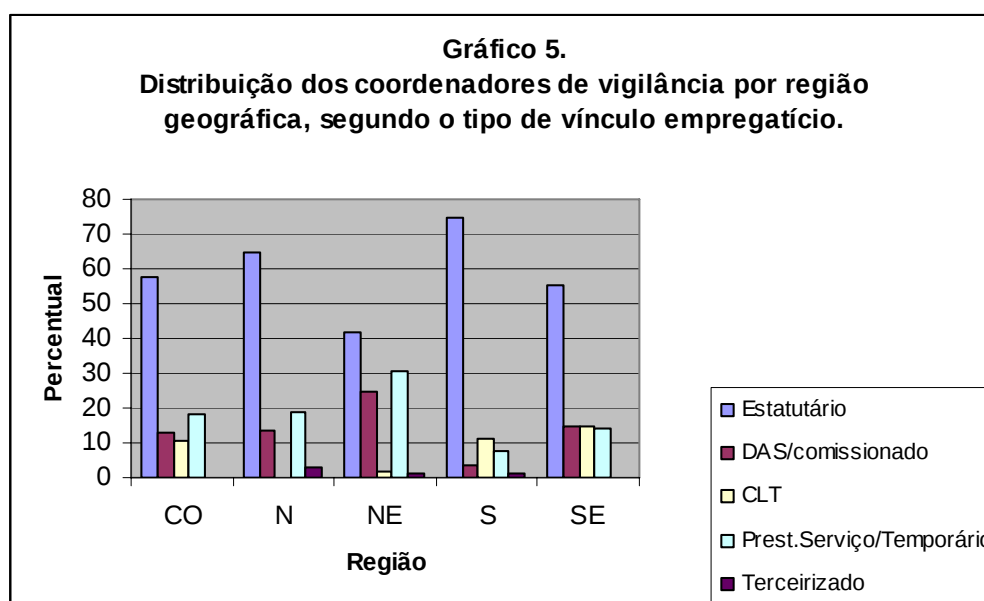
Tabela 5.
Distribuição dos coordenadores municipais de vigilância, segundo a formação profissional declarada. Brasil, 2006.

Profissão do Responsável	Brasil	
	n	%
Nível Superior	276	72,1
Enfermagem	111	29,0
Medicina Veterinária	57	14,9
Farmácia	21	5,5
Biologia	12	3,1
Engenharia	12	3,1
Matemática	6	1,6
Pedagogia	6	1,6
Medicina	5	1,3
Psicologia	5	1,3
Administração	5	1,3
Biomedicina	5	1,3
Advocacia	4	1,0
Geografia	4	1,0
Odontologia	3	0,8
Educação Física	3	0,8
Nutrição	3	0,8
Outras profissões de nível superior	14	3,7
Nível Técnico	53	13,8
Técnico / Auxiliar em Enfermagem	25	6,5
Técnico em Contabilidade	5	1,3
Técnico da Vigilância Sanitária e Saúde Ambiental	4	1,0
Técnico em Laboratório	3	0,8
Técnico em Saneamento	3	0,8
Outras profissões de nível médio	13	3,4
Nenhuma	41	10,7
Não-resposta	13	3,4
Total	383	100,0

Fonte: Pesquisa "Atribuições do Pessoal de Nível Médio que atua na Área de Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental" - Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado/ NESCON/ FM/ UFMG.

Ao se avaliar a situação funcional dos coordenadores de vigilância observa-se que 73% pertencem ao quadro funcional da prefeitura e que 25% não são vinculados, tendo sido contratados especificamente para este cargo (Tabela 10 e Tabela 11, APÊNDICE B). Embora em pequeno número, existem ainda aqueles que são das esferas federal e estadual e foram cedidos ao município (1%). O percentual

de funcionários efetivos é maior na Centro-Oeste (84,2%) e na região Sul (83,8%), assim como nos municípios com mais de 500 mil habitantes (85%). Já os contratados são mais freqüentes na região Nordeste (38,6%) e nos municípios com população entre 50 e 100 mil (31%).



Fonte: Pesquisa "Atribuições do Pessoal de Nível Médio que atua na Área de Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental" - Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado/ NESCON/ FM/ UFMG.

De acordo com o gráfico 5, a grande maioria dos coordenadores possui vínculo estatutário (56,9%), com variação de 75% na região Sul a 41,6% no Nordeste. É interessante observar uma situação inversa nos dois estratos nos quais o vínculo é mais precário, pois 30,7% dos coordenadores entrevistados na região Nordeste possuem vínculo temporário, contra apenas 7,5% no Sul. Para ocupantes de cargos comissionados ou DAS a proporção é de 24,8% e 3,8% respectivamente nessas regiões. Quando a avaliação é feita em função do porte populacional, verifica-se que nos maiores municípios (mais de 500 mil) o percentual de coordenadores com vínculo estatutário chega a 83,3% (Tabela 13, APÊNDICE B).

A pesquisa buscou identificar as áreas de atuação dos coordenadores entrevistados, sabendo que esses, muitas vezes, atuam em mais de uma área da vigilância dentro dos municípios. De acordo com a Tabela 6, pode-se observar que, no Brasil como um todo, 63,4% atuam na VISA, 56% na VE, 15,4% na VA e apenas

5,7% na saúde do trabalhador. Os dados não apresentam grandes variações quando estratificados por região, embora possam ser destacados os percentuais mais elevados de coordenadores na região Sul que atuam nas áreas de VA (22,5%) e de saúde do trabalhador (13,8%).

Tabela 6.
Distribuição dos coordenadores municipais de vigilância pesquisados por região geográfica segundo a área de atuação. Brasil, 2006.

Região	Vigilância Epidemiológica	Vigilância Sanitária	Vigilância Ambiental	Vigilância Saúde do trabalhador
	%	%	%	%
CO	42,1	65,8	21,1	5,3
N	43,2	67,6	13,5	5,4
NE	62,4	60,4	17,8	2,0
S	62,5	60,0	22,5	13,8
SE	55,1	66,1	7,9	3,9
Brasil	56,1	63,4	15,4	5,7

Fonte: Pesquisa "Atribuições do Pessoal de Nível Médio que atua na Área de Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental" - Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado/ NESCON/ FM/ UFMG.

A distribuição dos dados relativos à área de atuação dos coordenadores segundo o porte populacional é apresentada na tabela 14 do APÊNDICE B, na qual se verifica certa homogeneidade entre os estratos, com diferenças que não chegam a configurar um padrão definido ou uma tendência.

O tempo de permanência dos atuais coordenadores no cargo foi avaliado na pesquisa e os resultados estão apresentados nas tabelas 15 e 16 do APÊNDICE B. Considerando que a rotatividade elevada seria um fator prejudicial para a consolidação dos serviços de vigilância, é interessante verificar que 41% dos profissionais entrevistados estão no cargo há 4 anos ou mais, sendo 12% há mais de oito anos. Entre aqueles cujo tempo de permanência é inferior a 4 anos, 16,7% ocupam o cargo há menos de um ano e outros 42% de 1 a 3 anos. De modo geral, o tempo de permanência parece ser maior nas regiões Sul e Sudeste e menor no Norte e Centro-Oeste. Da mesma forma, coordenadores de municípios de maior porte (acima de 100 mil) parecem ter um tempo de permanência no cargo ligeiramente superior aos dos municípios menores.

A pesquisa mostra que o tempo de experiência dos coordenadores na área da saúde é superior a 6 anos para quase dois terços dos entrevistados e que 44,1% do total já atua na área há mais de 10 anos (Tabela 17, APÊNDICE B). Entre os que possuem maior tempo de experiência, destacam-se os coordenadores dos municípios do Sudeste (51,2%), Sul (46,3%) e Nordeste (45,5%).

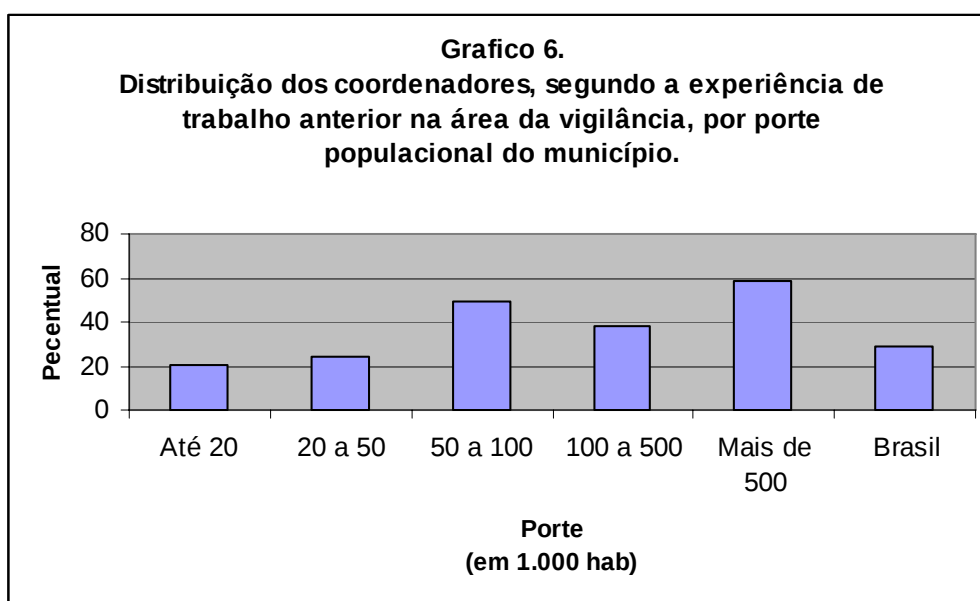
Tabela 7.
Distribuição dos coordenadores municipais de vigilância, segundo o tempo de trabalho na área da saúde, por faixa populacional. Brasil, 2006.

Tipo de vínculo	Até 20 mil	20 a 50mil	50 a 100 mil	100 a 500 mil	Mais de 500 mil	Brasil
	%	%	%	%	%	%
Menos de 1 ano	4,2	4,9	2,2	0,0	0,0	3,4
De 1 a 5 anos	41,6	29,5	13,3	17,9	4,2	31,6
de 6 a 10 anos	18,2	19,7	35,6	28,2	4,2	20,6
Mais de 10 anos	35,5	45,9	48,9	53,8	91,7	44,1
Não-resposta	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Pesquisa "Atribuições do Pessoal de Nível Médio que atua na Área de Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental" - Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado/ NESCON/ FM/ UFMG.

O porte populacional tem relação direta com o tempo de experiência do profissional, ou seja, quanto maior for o porte do município maior é o tempo de experiência necessário para que ele chegue a coordenar um serviço de vigilância (Tabela 7). Se no estrato dos municípios até 20 mil habitantes a maioria dos coordenadores tem até 5 anos de experiência (41,6%), no pólo oposto, encontra-se para os municípios com mais de 500 mil uma proporção superior a 91,7% com mais de 10 anos de experiência na área da saúde.

Se considerada a experiência anterior na área da vigilância, a pesquisa mostra que mais de 70% dos coordenadores participantes do estudo nunca haviam trabalhado com esse tema antes de assumir a coordenação do setor, ou seja, apenas 28,5% deles tiveram alguma experiência de trabalho anterior na área de vigilância (Tabelas 18 e 19, APÊNDICE B). Mais uma vez a exceção fica com os municípios de porte superior a 500 mil habitantes, que têm uma proporção de 58,3% dos coordenadores com experiência em vigilância (Gráfico 6).



Fonte: Pesquisa "Atribuições do Pessoal de Nível Médio que atua na Área de Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental" - Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado/ NESCON/ FM/ UFMG.

Entre os 109 coordenadores que afirmaram já ter tido experiência de trabalho na área de vigilância, quase 58% a tiveram na área da VISA, 5,3% na VE, 18,3% na VA e 4,6% na VST (Tabela 8).

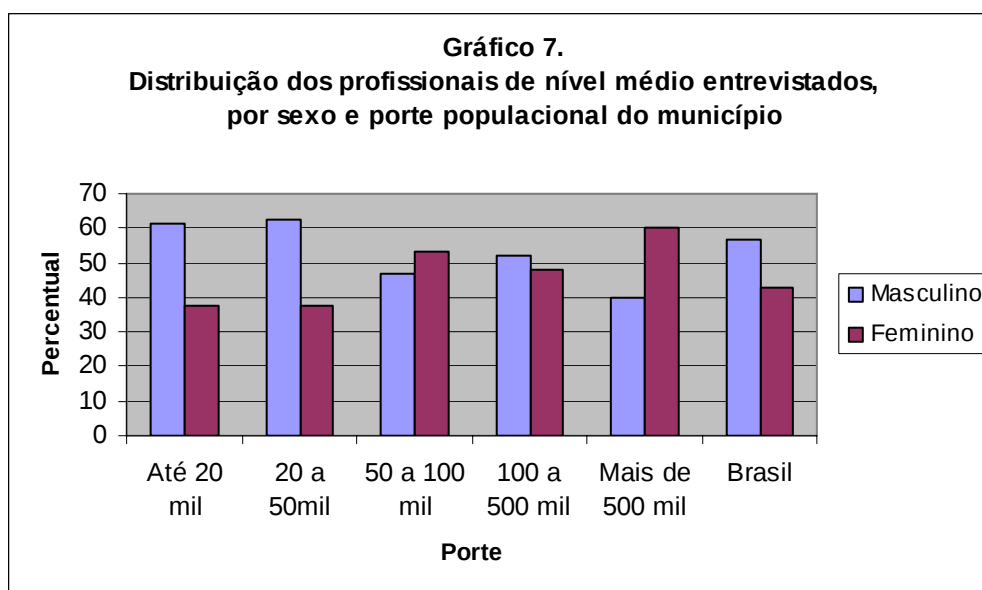
Tabela 8.
Distribuição dos coordenadores municipais com experiência em vigilância, por área de atuação anterior e faixa populacional. Brasil, 2006.

Porte	Vigilância Sanitária	Vigilância Epidemiológica	Vigilância Ambiental	Vigilância Saúde do trabalhador	N
	%	%	%	%	
Até 20 mil	48,8	58,1	14,0	2,3	43
20 a 50mil	80,0	33,3	26,7	13,3	15
50 a 100 mil	68,2	50,0	9,1	0,0	22
100 a 500 mil	46,7	66,7	13,3	0,0	15
Mais de 500 mil	57,1	42,9	42,9	14,3	14
Brasil	57,8	52,3	18,3	4,6	109

Fonte: Pesquisa "Atribuições do Pessoal de Nível Médio que atua na Área de Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental" - Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado/ NESCON/ FM/ UFMG. Brasil, 2006.

3.1.2.2 Perfil do Profissional de Nível Médio

Foram entrevistados 428 trabalhadores de nível médio nos 383 municípios participantes da pesquisa. Diferentemente dos coordenadores de vigilância, entre os profissionais de nível médio amostrados no estudo há um predomínio de indivíduos do sexo masculino (56,5%), que se verifica também em quase todas as regiões do país. A exceção fica por conta da região Sul, onde a proporção de mulheres atinge quase 53% do total (Tabela 21, APÊNDICE B). Quando estratificados segundo o porte populacional (Gráfico 7), os percentuais são também mais altos para o sexo feminino nos municípios com população entre 50 e 100 mil (53,3%) e naqueles com mais de 500 mil habitantes (60%). Nos estratos até 50 mil habitantes a proporção de homens gira em torno de 62%.



Fonte: Pesquisa "Atribuições do Pessoal de Nível Médio que atua na Área de Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental" - Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado/ NESCON/ FM/ UFMG.

No que diz respeito à escolaridade dos participantes, os resultados mostram que a imensa maioria possui o segundo grau completo (90%), restando outros 4% que ainda não completaram esse nível do ciclo escolar e menos de 1% com o primeiro grau completo. É interessante notar que, apesar de não existir nenhum

técnico com nível superior completo na amostra, 5,4% deles já iniciaram processo de formação em algum curso superior. Os dados de escolaridade não apresentam variação importante quando estratificados por porte populacional do município ou região geográfica dos municípios (Tabelas 23 e 24, APÊNDICE B).

O cargo ocupado pelos trabalhadores de nível médio da vigilância participantes da pesquisa recebe diferentes denominações nas diversas regiões e municípios brasileiros (Tabela 9). Cerca de dois terços dos trabalhadores citaram sete cargos, e pelo menos mais oito cargos diferentes foram apontados por 4% dos entrevistados, enquanto outros 30% simplesmente não responderam à pergunta. Observa-se que cerca de 40% dos cargos citados podem ser associados à vigilância sanitária e pelo menos outros 22% à epidemiológica.

Tabela 9.
Distribuição dos profissionais de nível médio entrevistados, segundo o cargo ocupado. Brasil, 2006.

Cargo do Técnico	n	%
Agente/ Fiscal/ Técnico da VISA	80	18,7
Agente/ Fiscal/ Inspetor/ Técnico Sanitário	74	17,3
Auxiliar de Enfermagem	37	8,6
Técnico de Enfermagem	37	8,6
Fiscal/ Técnico da VE	22	5,1
Fiscal	16	3,7
Agente de Saúde	16	3,7
Agente de Controle de Vetores	6	1,4
Agente de Saúde Pública	3	0,7
Agente de campo	2	0,5
Agente Administrativo da VE	1	0,2
Agente de Vigilância Ambiental	1	0,2
Coordenador da Funasa	1	0,2
Supervisor de área	1	0,2
Técnico da VISA e VA	1	0,2
Técnico do Núcleo de Vigilância	1	0,2
Não-resposta	129	30,1
Total	428	100,0

Fonte: Pesquisa "Atribuições do Pessoal de Nível Médio que atua na Área de Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental" - Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado/ NESCON/ FM/ UFMG.

O tempo de permanência no cargo reflete o grau de rotatividade no serviço e a possibilidade de consolidação das práticas dentro da vigilância. Para os profissionais dos municípios amostrados predominou o tempo de 4 a 8 anos de permanência (31,3%), seguido pelo grupo que possui mais de 8 anos (28,7%), ou seja, 60% dos entrevistados ocupam o cargo há 4 anos ou mais.

Esse dado mostra que uma boa proporção dos serviços de vigilância mantém uma estabilidade que já supera pelo menos um período de gestão governamental. Quase 28% dos profissionais possuem entre um e três anos e outros 12% estão no cargo há menos de um ano. O tempo de permanência é menor nas regiões Centro-Oeste e Norte e maior no Sul e Sudeste do país (Tabela 10).

Tabela 10.

Distribuição dos profissionais de nível médio entrevistados, segundo o tempo de permanência no cargo atual, por região geográfica. Brasil, 2006.

Região	Menos de 1 ano	De 1 a 3 anos	De 4 a 8 anos	Mais de 8 anos	Não-resposta	Total
	%	%	%	%	%	%
CO	4,7	39,5	27,9	27,9	0,0	100,0
N	19,5	34,1	29,3	17,1	0,0	100,0
NE	6,3	29,7	42,3	21,6	0,0	100,0
S	8,0	32,2	24,1	35,6	0,0	100,0
SE	18,5	18,5	28,8	33,6	0,7	100,0
Brasil	11,9	27,8	31,3	28,7	0,2	100,0

Fonte: Pesquisa "Atribuições do Pessoal de Nível Médio que atua na Área de Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental" - Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado/ NESCON/ FM/ UFMG.

A distribuição dos municípios segundo o porte populacional deixa claro que o tempo de permanência é tanto maior quanto maior for a população. Nas cidades com mais de 500 mil habitantes, 60% dos entrevistados estão no cargo há mais de 8 anos, que, se forem somados aos 17,5% de 4 a 8 anos, perfazem 77,5% dos trabalhadores com 4 anos ou mais de permanência no cargo dentro desse estrato populacional. Se aplicado o mesmo raciocínio para os demais estratos, observa-se claramente uma tendência de decréscimo desse percentual na medida em que diminui o porte dos municípios (Tabela 25, APÊNDICE B).

Quando se avalia o tempo de experiência dos trabalhadores de vigilância na área da saúde no Brasil como um todo, verifica-se que cerca de dois terços atuam

nessa área há seis anos ou mais e apenas 5,6% há menos de um ano (Tabela 26, APÊNDICE B). A proporção de trabalhadores que estão na saúde há mais de 10 anos é maior nas regiões Sul (50,6%), Sudeste (45,28%) e Nordeste (40,5%). É possível observar que os trabalhadores com mais tempo de experiência se encontram nos municípios com mais de 500 mil habitantes, pois 70% possuem mais de 10 anos de atuação na área. Também nesse caso parece existir uma relação direta entre o tempo de experiência e o porte do município (Tabela 27, APÊNDICE B).

Tabela 11.
Distribuição dos profissionais de nível médio entrevistados, segundo a formação profissional declarada. Brasil, 2006.

Formação profissional	n	%
Técnico de enfermagem	84	19,6
Auxiliar de Enfermagem	41	9,6
Técnico em Contabilidade	20	4,7
Técnico em Agropecuária	9	2,1
Técnico em Saneamento	9	2,1
Técnico de Laboratório	4	0,9
Administração	2	0,5
Magistério	2	0,5
Fiscal em VISA e Saúde ambiental	2	0,5
Advogado (estudante)	1	0,2
Agente Sanitário	1	0,2
Agente de Saúde	1	0,2
Analista de Sistema	1	0,2
Auxiliar técnico	1	0,2
Operador de Computador	1	0,2
Técnico de Saúde Pública	1	0,2
Técnico em Nutrição e Dietética	1	0,2
Técnico em vigilância em saúde	1	0,2
Nenhuma	146	34,1
Não-resposta	100	23,4
Total	428	100,0

Fonte: Pesquisa "Atribuições do Pessoal de Nível Médio que atua na Área de Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental" - Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado/ NESCON/ FM/ UFMG.

Com relação à formação profissional dos profissionais entrevistados na pesquisa, a Tabela 11 mostra que a maior proporção é da área de enfermagem

(29,2%), sendo 19,6% técnicos e 9,6% auxiliares, seguido de técnicos de contabilidade (4,7%), agropecuária e saneamento (2,1%) e de laboratório (0,9%). Pouco mais de um terço dos respondentes afirmaram não ter nenhum tipo de formação profissional (34,1%) enquanto outros 23,4% não responderam à questão.

Entre os entrevistados, 82,5% pertencem ao quadro de funcionários da prefeitura municipal e 15,2% possuem contratos precários, tendo sido contratados somente para atuar no cargo atual. Com relação aos efetivos, podem ser observadas diferenças percentuais importantes entre as regiões do país, que variam de 90,7% na região Centro-Oeste até 73% no Nordeste (Tabela 28, APÊNDICE B).

Já o porte populacional parece não ser um fator definitivo na distribuição dos dados, embora o percentual de funcionários efetivos seja maior nos estratos de 100 a 500 mil (86,6%) e de mais de 500 mil (87,5%), conforme demonstrado na Tabela 29, APÊNDICE B.

O tipo de vínculo predominante em todas as regiões e estratos populacionais pesquisados é o estatutário (64,7%), seguido pela CLT (11,7%), contrato temporário (8,2%) e prestadores de serviço (6,5%). Na região Nordeste a proporção de estatutários é de 54,1%, inferior, portanto, à média nacional e às demais regiões do país (Tabela 30, APÊNDICE B). Nessa região encontra-se a maior proporção de contratos temporários (11,7%) e de contratos por prestação de serviços (12,6%). Os vínculos tendem a ser mais precários em municípios de menor porte.

Em municípios com população superior a 500 mil habitantes, mais de 87% dos trabalhadores entrevistados possuem vínculo estatutário, enquanto nos três estratos populacionais inferiores esse percentual atinge um máximo de 61% e o mínimo de 54% (Tabela 31, APÊNDICE B).

A Tabela 12 apresenta os dados referentes à área de atuação dos trabalhadores de nível médio, considerando que, em alguns municípios, estes podem atuar em mais de uma área da vigilância. A distribuição dos entrevistados mostra que há um equilíbrio entre a VISA (56,3%) e a VE (52,6%) dentro da amostra, e que na vigilância ambiental atuam 10,5% e apenas 3,7% na área de saúde do trabalhador.

Tabela 12.
Distribuição dos profissionais de nível médio entrevistados, segundo a área de vigilância em que atuam e a região geográfica. Brasil, 2006.

Região	Epidemiológica	Sanitária	Ambiental	Saúde do Trabalhador
	%	%	%	%
CO	46,5	53,5	20,9	2,3
N	39,0	61,0	4,9	4,9
NE	56,8	56,8	8,1	3,6
S	59,8	55,2	19,5	8,0
SE	50,7	56,2	5,5	1,4
Brasil	52,6	56,3	10,5	3,7

Fonte: Pesquisa "Atribuições do Pessoal de Nível Médio que atua na Área de Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental" - Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado/ NESCON/ FM/ UFMG.

No que diz respeito aos profissionais que atuam na VISA observa-se uma variação regional que vai de 61% no Norte a 53,5% no Centro-Oeste, além de predomínio da faixa populacional de 20 a 50 mil habitantes (64%) em relação ao estrato de 500 mil habitantes (50%) (Tabela 32, APÊNDICE B).

Para os que admitem trabalhar na VE a distribuição regional mostra uma diferença maior entre as regiões Sul (59,8%) e Norte (39%), assim como entre os estratos populacionais de municípios até 20 mil (60%) e aqueles que possuem de 50 a 100 mil habitantes (42,2%). Os profissionais que atuam na área da vigilância ambiental são encontrados em maior proporção nas regiões Centro-Oeste (21%) e Sul (19,5%), contrastando com a região Norte, onde apenas 4,9% dos entrevistados afirmam atuar nessa área.

Quase 15% dos entrevistados de municípios com até 20 mil habitantes atuam na vigilância ambiental, enquanto nos com mais de 500 mil habitantes somente 2,5% admitem trabalhar nessa área. Essa diferença se deve em parte, à estrutura mais simples encontrada nos municípios menores, que faz com que os poucos profissionais existentes se desdobrem para atuar em diversas áreas da vigilância. Nos maiores municípios, a maior diversidade dos problemas, implica na necessidade de contar com uma estrutura de vigilância mais complexa, na qual os trabalhadores tendem a ter uma atuação mais especializada, direcionada a uma única área. A atuação na área da saúde do trabalhador foi admitida por apenas 3,7% do total de participantes da pesquisa, fato que reflete a pouca inserção que tem essa área no

campo da vigilância. A distribuição regional destes profissionais mostra que eles estão proporcionalmente mais presentes na região Sul (8%) e menos no Sudeste (1,4%). Na estratificação por porte, chama a atenção o fato dos municípios de até 20 mil habitantes concentrarem a quase totalidade daqueles (15/16) que atuam na vigilância em saúde do trabalhador (Tabela 32, APÊNDICE B).

Em torno de 80% dos trabalhadores de nível médio amostrados admitiram não possuir nenhuma experiência anterior na área de vigilância antes de assumir o trabalho atual. Essa proporção mostra pouca variação quando os dados são estratificados por região e porte populacional (Tabelas 33 e 34, APÊNDICE B).

3.1.2.3 Grupos de Ações de Vigilância

A pesquisa buscou identificar as ações que são executadas pelos profissionais de nível médio das vigilâncias em seu cotidiano de trabalho nos municípios, e a percepção da pertinência da realização dessas atividades. Ações de vigilância selecionadas e agrupadas em oito categorias distintas foram apresentadas aos entrevistados, que primeiramente respondiam se as realizavam ou não, e, posteriormente, opinavam se deveriam ou não realizá-las. Na análise, os dados foram estratificados segundo o porte populacional e a região geográfica dos municípios onde atuam os participantes da amostra. Também foi feita avaliação dos dados em função do tipo de vigilância a que, predominantemente, se dedica o profissional entrevistado. Nesse caso, foram consideradas três categorias: aqueles que afirmam trabalhar exclusivamente em vigilância sanitária (VISA), os que atuam unicamente na vigilância epidemiológica (VE) e finalmente os que trabalham em mais de uma área da vigilância (Outros).

3.1.2.3.1 Ações de Notificação

A notificação de eventos e agravos constitui-se num instrumento fundamental para o processo de vigilância em saúde, pois é a partir dela que são desencadeadas

todas as demais etapas. Nas tabelas 43 a 45 (APÊNDICE B) são apresentados os resultados referentes à realização de quatro ações básicas de notificação selecionadas pela equipe da pesquisa.

De modo geral, observa-se que a proporção de profissionais que admitem realizar esse tipo de ação no país se situa em torno de 50%, com variação de 46 a 54,4%, donde se conclui que pouco menos da metade dos entrevistados simplesmente não tem a prática da notificação na sua rotina de trabalho. É possível verificar a existência de diferenças importantes entre as regiões do país. Por exemplo, nos estados do Sul é maior a proporção de trabalhadores que notificam surtos de doenças e agravos de interesse epidemiológico (63,2%), quase 20 pontos percentuais acima do valor observado na região Norte e 9% da média nacional.

Para as outras ações listadas o comportamento dos dados se mostra semelhante, com valores mais altos de notificação nas regiões Sul e Sudeste e mais baixos no Norte e Centro-Oeste. Apesar da obrigatoriedade de notificar eventos adversos ser reconhecida pela maioria dos profissionais de saúde, é interessante notar que a proporção daqueles que acham que não deveriam notificar esse tipo de eventos chega a 53,5% nos estados do Centro Oeste, valor 14% superior à média nacional. Na região Sul essa proporção é menor, onde quase 30% dos entrevistados consideram que não devem notificar eventos adversos.

Já a avaliação dos resultados por porte populacional parece apontar um padrão de respostas bastante diferenciado quando se comparam os dois estratos extremos. Os percentuais de realização das ações de notificação observados nos municípios com menos de 20 mil habitantes são quase sempre maiores, comparados aos dos municípios mais populosos (mais de 500 mil). Por outro lado, é nesse último estrato que se verificam maiores proporções daqueles que consideram que não deveriam executar ações de notificação. Um bom exemplo está nos casos de animais com suspeita de transmissão de zoonoses, cujo dever de notificação é rechaçado por 70% dos respondentes residentes em municípios com mais de 500 mil habitantes.

Mais de 64% dos trabalhadores participantes da pesquisa concordam que deveriam notificar casos de doenças de notificação compulsória e agravos de interesse à saúde, sendo que esse percentual chega a quase 74% no Sul do Brasil.

A área da vigilância à qual está ligado parece ter uma grande influência no ato de notificar. Profissionais exclusivos da VE apresentam os maiores percentuais em todas as ações estudadas na pesquisa, quando comparados com os de outras áreas (tabela 45). Um exemplo marcante pode ser dado pelas doenças de notificação compulsória, para as quais 78,4% dos entrevistados da VE responderam afirmativamente, contra 26% dos da VISA. Nesse sentido, pode-se observar que menos de um terço dos profissionais de nível médio da VISA possuem o hábito de notificar incorporado.

Para o grupo de trabalhadores que atuam em mais de uma área da vigilância (Outros) o percentual de notificação está próximo aos 59%, o que reflete o perfil polivalente desses profissionais, responsáveis também pelas ações de VE nos municípios.

Quando se trata de notificar casos de animais com suspeita de transmissão de zoonoses (com ou sem morte do animal) observa-se que menos de 50% dos profissionais que atuam exclusivamente em VE executam essa atividade, sendo esse percentual ainda menor (36,2%) entre os que atuam na VISA. Mais uma vez verifica-se que os profissionais atuantes em mais de uma área são os que mais realizam esse tipo de notificação (59,8%).

Entre os profissionais da VE, os que apresentam mais altos percentuais de notificação pertencem aos estados da região Sul e, pelo contrário, os do Centro-Oeste são os que menos notificam. Já para os que trabalham na VISA, a atividade de notificar é admitida por apenas um terço dos entrevistados, sendo percentualmente maior no Centro-Oeste e menor nos estados da região Nordeste.

3.1.2.3.2 Ações de Investigação

A investigação é uma etapa fundamental no processo de vigilância, que quase sempre é realizada a partir da notificação de algum caso de doença ou desvio de qualidade. Foram relacionados nessa pesquisa dois blocos de atividades consideradas de investigação. O primeiro deles está direcionado aos casos suspeitos de doenças ou agravos à saúde que chegam à equipe de vigilância a

partir de uma notificação feita por algum profissional de saúde ou por outros setores da sociedade. No segundo bloco estão relacionadas ações referentes ao desvio de qualidade de produtos e serviços de interesse à saúde, que podem ou não ser desencadeadas a partir de notificação (denúncia).

Quando analisados em sua totalidade, os resultados apresentados nas tabelas 46 a 48 mostram uma grande variabilidade de execução entre estratos regionais e de porte populacional, com valores percentuais que muitas vezes superam os 50%.

De início, chama a atenção o fato de eventos como surtos e casos suspeitos de doenças transmissíveis serem investigados por 61,7% dos entrevistados, enquanto outros de grande importância, como os óbitos evitáveis são objeto de investigação para apenas 21,7%. Da mesma forma, doenças relacionadas ao trabalho e reações adversas pós-vacinais e transfusionais têm merecido a atenção de cerca de um terço dos profissionais de vigilância. Merece ser ressaltado o fato de que, no Brasil, 57% dos trabalhadores de nível médio pesquisados consideram que não deveriam investigar óbitos infantis e 48,6% rechaçam a investigação de reações adversas após vacinação ou transfusão sanguínea.

No que diz respeito aos casos suspeitos de doenças e agravos, a análise regional destaca positivamente a região Sul, cujos percentuais de execução de ações de investigação são sempre superiores às demais regiões do país. No outro extremo, estão os estados do Norte, que, na maioria das vezes, mostram os menores valores percentuais (Tabela 46, APÊNDICE B). Para investigação de casos suspeitos de doenças transmissíveis, observa-se que a diferença entre as regiões Sul e Norte chega a 27,5%. Ao avaliar a opinião sobre as ações de investigação de óbitos evitáveis e de investigação de surtos, 70,7% e 61% dos entrevistados da região Norte, respectivamente, acham que não deveriam realizar essas ações.

Os resultados mostram que os municípios de menor porte (até 20 mil) são os que mais executam investigações de casos suspeitos de doenças e de outros agravos, com registros percentuais sempre superiores a todos os outros estratos e à média nacional (Tabela 47, APÊNDICE B). É interessante notar que os valores mais baixos de execução de ações de investigação estão situados no estrato imediatamente superior, ou seja, em municípios com população entre 20 e 50 mil habitantes. Observa-se também que nos municípios acima de 500 mil habitantes as

proporções de execução de investigação tendem a ser sempre menores que as verificadas em municípios de porte intermediário (50 a 100 mil). Nos dois estratos mais populosos estão os maiores percentuais de entrevistados que julgam que não deveriam desenvolver esse tipo de ação de investigação. Nos municípios com mais de 500 mil habitantes 77,5% dos entrevistados consideram que não deveriam investigar óbitos evitáveis.

O tipo de vigilância a que se dedica o profissional é fator determinante para a execução de ações de investigação de casos suspeitos de doenças e outros agravos (Tabela 48, APÊNDICE B). Considerando apenas essas ações listadas, os que trabalham exclusivamente em VE são sempre os que mais investigam (54% em média), tendo como contraponto, os profissionais de VISA, cujos percentuais médios giram em torno de 25%. Apesar disso, também na VISA podem ser encontrados valores equivalentes às demais áreas da vigilância, como para algumas ações de investigação de surtos (57%) e das condições de vida (46,6%). Para os trabalhadores de mais de uma área da vigilância esse percentual médio é mais alto (48%), devendo-se considerar que uma parcela significativa deles trabalha com a VE.

Quando são analisados os dados do bloco de ações referentes à qualidade de produtos e serviços de interesse da saúde, vale observar que os percentuais de execução são quase sempre superiores a 50%, e que a proporção dos que acham que não deveriam executá-las varia de 30 a 40% (Tabela 46, APÊNDICE B). De modo geral, as diferenças entre as regiões do país não são tão grandes, embora na região Nordeste sejam observados valores mais altos de execução comparativamente às demais, sendo algumas vezes superada pela região Norte. Por outro lado, no Centro-Oeste foram registrados valores menores que as demais regiões. Para todas as ações de investigação desse bloco, é possível verificar na tabela 47 que os percentuais mais altos se referem aos municípios com porte populacional entre 20 a 50 mil, enquanto os mais baixos se situam nos municípios de mais de 500 mil habitantes. Interessante notar que a proporção dos que acham que não deveriam realizar ações de investigação é sempre superior no estrato de cidades mais populosas, em média 53% do total.

Ainda dentro do segundo bloco de ações, a avaliação dos dados segundo o tipo de vigilância à qual o trabalhador está ligado mostrou que a proporção dos que

executam é muito maior entre os que atuam na VISA (em média 89%), seguido por aqueles que trabalham em mais de um tipo de vigilância (em média 64%). Para os que são da VE os percentuais de execução são quase sempre inferiores a 10%.

3.1.2.3.3 Ações de controle e monitoramento

Nesse grupo foram inseridas atividades relacionadas ao controle e monitoramento de vetores e animais, enfocando três tipos de ação: eliminação de focos e/ou criatórios de vetores; controle de roedores e insetos em áreas de risco e coleta de amostras.

Analizados de forma geral, os resultados, apresentados nas tabelas 49 a 51, mostram que os percentuais de execução dessas atividades são bastante baixos, como por exemplo, no caso da realização de eutanásia de animais, admitida por apenas 16,4% dos entrevistados e que foi apontada por 70% destes como uma atividade que não deveria ser executada por eles. A eliminação de focos de vetores de endemias é executada por 38,6% e rechaçada por mais de 55% dos participantes da pesquisa, enquanto que para controle de roedores e insetos esses percentuais são de 41% e 46% respectivamente. Nas ações de coleta de amostras observa-se o valor mais alto de execução dentro desse grupo, com 56,8% respondendo positivamente para a realização de coleta para análise fiscal. Somente 30,8% dos entrevistados consideraram que não deveriam realizar essa atividade.

Quando se avalia a distribuição regional dos dados é possível observar que, em grande parte das ações desse grupo, os percentuais de respostas positivas para execução de ações são superiores na região Centro-Oeste e menores na região Sudeste. Como esperado, nos estados do Sudeste são sempre mais altas as proporções de trabalhadores de nível médio que opinam que não deveriam executar esse tipo de ação. Para as atividades de coleta de amostras os maiores percentuais de realização estão na região Sul (Tabela 49, APÊNDICE B).

Os resultados mostram ainda que os profissionais dos municípios de menor porte (até 20 mil) apresentam valores mais altos de execução para todas as ações de controle e monitoramento listadas nesse grupo, enquanto os dos municípios de

maior porte (acima de 500 mil) são os que menos executam (Tabela 50, APÊNDICE B). Também nesse caso, são mais elevados, nos maiores municípios, os percentuais dos que acham que não deveriam executar ações de controle e monitoramento.

A distribuição dos dados segundo o tipo de vigilância em que atua o entrevistado mostra que os maiores valores percentuais foram encontrados no grupo daqueles que admitem trabalhar em mais de uma área da vigilância (“outros”). Esse resultado é observado em praticamente todas as ações listadas, com destaque para a eliminação de focos e criadouros de vetores (64,4%), o controle de roedores e insetos (60,9%) e a captura de vetores (55,2%) e animais para exames (49,4%).

A coleta de amostras para análise fiscal foi admitida por quase 84% dos entrevistados da VISA, 70% dos que atuam em mais de uma vigilância e em apenas 22% dos que se dizem trabalhadores exclusivos da VE. Já a atividade de coleta de amostras para diagnóstico laboratorial de doenças, que é típica dos serviços de VE, foi identificada por 49,7% dos profissionais dessa área, 33,3% no grupo dos “outros” e em somente 16% dos de VISA. Esses dois últimos resultados reforçam a idéia de que os profissionais classificados como “outros” possuem um perfil mais abrangente, que permite que transitem com desenvoltura pelas diversas áreas da vigilância (Tabela 51, APÊNDICE B).

3.1.2.3.4 Ações de assistência ao paciente/usuário

A administração de medicamentos ao paciente é uma das etapas do processo de tratamento e controle das endemias e faz parte da rotina de trabalho de muitos profissionais que atuam nessa área. A pesquisa explora a participação dos entrevistados nessa atividade, relacionando-a com cinco doenças endêmicas em diversas regiões do país. Os resultados são apresentados nas Tabelas 52 a 54 do APÊNDICE B.

Do total de trabalhadores de nível médio participantes da pesquisa, apenas 17,3% responderam que fazem administração de medicamentos para o controle de endemias, enquanto 68,7% afirmaram que essa seria uma atividade à qual não deveriam se dedicar. O percentual dos que acham “que não deveriam” varia de

acordo com a região do país, sendo mais baixo no Centro-Oeste (55,8%) e chegando a ser superior a 75% na região Sudeste (Tabela 52, APÊNDICE B). As regiões Centro-Oeste e Sul apresentam percentuais um pouco mais elevados de execução desse tipo de ação, 23,3% e 21,8% respectivamente, valores significativamente maiores que os observados nas regiões Sudeste (13%) e Norte (10%). No que tange ao porte do município, a execução de ações parece não ter influência no padrão das respostas, observando-se pouca diferença entre os cinco estratos populacionais. Porém, se analisados do ponto de vista da opinião negativa em relação à realização desse tipo de ação, verifica-se que há uma tendência de aumento da proporção, na medida em que cresce o tamanho do município. A tabela 53 mostra que quase 83% dos entrevistados em municípios de mais de 500 mil habitantes e menos de 61% nos de até 20 mil acham que não deveriam realizá-las.

Entre as endemias consideradas na pesquisa, a administração de medicamentos para a tuberculose e a hanseníase se destaca com mais altos percentuais de execução por parte dos profissionais das vigilâncias, em todas as regiões e portes municipais.

Quando os dados são analisados em função do tipo de vigilância em que atua o profissional, observa-se que a administração de medicamentos para o controle de endemias é uma atividade mais afeita à VE, sendo realizada por 33,5% dos entrevistados dessa área. Somente 12,6% dos que atuam em mais de uma área da vigilância e 4% dos de VISA afirmam desenvolver essa ação. É interessante notar que cerca de 48% dos profissionais de VE consideram que não deveriam desenvolver esse tipo de atividade; percentual que chega a quase 87% no caso dos profissionais de VISA e 72% para a categoria “outros” (Tabela 54, APÊNDICE B).

3.1.2.3.5 Ações de proteção à saúde

A proteção à saúde é um dos principais objetivos a serem alcançados a partir das ações de vigilância. O desenvolvimento de um “olhar” que permita identificar as situações de risco para a saúde humana e a possibilidade de se antecipar à ocorrência dos agravos e das doenças é um dos principais objetivos daqueles que trabalham com vigilância em saúde. A pesquisa apresenta uma lista abrangente de

veículos de transmissão de doenças e de meios que podem favorecer a ocorrência de agravos, buscando medir a sensibilidade do técnico de vigilância de identificar situações de risco presentes no território, durante as suas ações de rotina.

De um modo geral, é possível verificar nas Tabelas 55 a 57 do APÊNDICE B, que os maiores percentuais de execução estão relacionados à identificação de situações de risco para doenças de veiculação hídrica (54,4%) e de transmissão vetorial (48,8%); para agravos associados aos sistemas de esgotamento sanitário (52,3%) e de água (47,7%), que são ações trabalhadas há várias décadas pelos profissionais de saúde pública no Brasil. A proporção mais baixa de respostas afirmativas se refere à identificação de situações que levem à transmissão de doenças de veiculação sanguínea (25,9%), seguida pelas não-transmissíveis (28%), de veiculação respiratória (30,8%) e pelas doenças relacionadas ao trabalho (34%). Trata-se de doenças que passaram a ser objeto de monitoramento pela vigilância mais recentemente, não tendo sido ainda totalmente incorporadas pelos profissionais que atuam nessa área (Tabela 55). Da mesma forma, as situações de risco relacionadas à exposição ambiental a agentes químicos e aos desastres naturais são ainda mais novas, tendo passado a serem consideradas problemas de saúde principalmente a partir da estruturação da vigilância ambiental.

O porte populacional dos municípios parece ter pouca influência na execução desse tipo de ação, embora possam ser observados valores percentuais um pouco mais elevados nos estratos de até 50 mil habitantes (Tabela 56). Não existem diferenças significativas entre as regiões (Tabela 55).

No que diz respeito ao tipo de vigilância na qual o trabalhador atua, verifica-se na Tabela 57 que a distribuição acompanha claramente perfil tradicionalmente definido para cada uma das áreas. Os profissionais ligados à VE identificam prioritariamente as situações de risco relativas às doenças de veiculação respiratória (51,5%), sanguínea (46%), vetorial (66%) e não transmissíveis (38,3%). Para os profissionais da VISA a preocupação é voltada para identificar riscos de doenças de veiculação alimentar (67,8%) e problemas de saúde associados ao saneamento básico: esgotamento sanitário (75,3%), abastecimento de água (68,4%) e coleta de resíduos sólidos (59,8%). Já os profissionais classificados como “outros” apresentam altos percentuais de execução em quase todas as ações listadas, com destaque para as doenças de veiculação hídrica (60%), relacionadas ao trabalho (42,5%) e

identificação de situações de risco associadas à ocorrência de desastres naturais (43,7%).

Quando se avalia a percepção dos entrevistados sobre a pertinência de realizar ou não as atividades propostas, observa-se que os profissionais da VE tendem a apresentar altos percentuais de rechaço às ações tradicionalmente realizadas pelos trabalhadores da VISA ou de outras áreas da vigilância, que, por sua vez, afirmam majoritariamente que não deveriam realizar atividades que são próprias da Vigilância Epidemiológica.

3.1.2.3.6 Ações de promoção, prevenção e educação em saúde

Para avaliar a atuação dos profissionais de vigilância na promoção e prevenção através de ações educativas junto à população foram inseridas questões próprias dessa área e outras que extrapolam o próprio campo da saúde e exigem uma articulação intersetorial para a sua execução. Os resultados são apresentados nas Tabelas 58 a 60 do APÊNDICE B.

No Brasil como um todo, os dados mostram que, dentre as ações educativas que os entrevistados afirmaram executar, destacam-se aquelas relativas ao controle de vetores (74,5%), ao consumo de água (55,4%), à segurança alimentar (52,8%) e à qualidade de serviços de saúde (52,8%). Além dessas, foram citadas a orientação de prestadores de serviços (55,6%), as ações de inspeção em estabelecimentos com a participação do usuário (51,6%) e a divulgação de alertas sanitários (65,4%). As ações educativas menos executadas se referem aos acidentes de trânsito (7%) e à prevenção de violências (11,2%) (Tabela 58). Ao considerar a opinião dos participantes sobre se deveria ou não realizar as atividades listadas, os valores mais elevados se referem às ações de profilaxia (58%), aos acidentes de trânsito (56,3%), à busca ativa de faltosos (52,6%) e à prevenção de violências (51,6%).

Embora em grande parte das ações listadas na pesquisa possam ser observados percentuais mais altos na região Sul e valores mais baixos na região Sudeste, não se pode afirmar que existam diferenças importantes na distribuição dos dados entre as regiões do país. O mesmo não se pode dizer em relação ao

porte populacional, pois se verifica claramente que os municípios com até 50 mil habitantes concentram os percentuais mais altos de execução das ações educativas propostas, enquanto os de maior porte (mais de 500 mil) apresentam os valores quase sempre mais baixos (Tabela 59).

A avaliação dos dados segundo o tipo de vigilância mostra valores percentuais bastante próximos em boa parte das ações desse grupo, reforçando o caráter multidisciplinar e intersetorial dessas ações. Um bom exemplo é a execução de ações de estímulo ao uso racional de medicamentos, que é admitida por 32,2% dos profissionais de VISA, 26,3% dos de VE e 35,6% daqueles que atuam em outros tipos de vigilância. Da mesma forma, nas ações de controle de tabagismo observa-se uma participação expressiva de profissionais de vigilância de todas as áreas. É interessante notar que a busca ativa de faltosos a tratamentos, que se situa tradicionalmente mais próximo ao campo da VE, é executada por 61,7% daqueles que atuam nessa área e somente 6,8% dos que trabalham na VISA. Por outro lado a realização de ações de orientação de produtores e prestadores de serviços, uma ação típica de VISA, é admitida por quase 87% desses profissionais e apenas 18,6% dos de VE (Tabela 60). O padrão de respostas verificado entre os profissionais que atuam em mais de uma vigilância mostra que realmente eles cumprem um papel mais abrangente, com um leque maior de ações nos municípios em que atuam. Entre as ações rechaçadas pelos trabalhadores de VE destacam-se aquelas que são próprias da VISA como a inspeção em estabelecimentos (78,4%) e a orientação aos prestadores de serviços (65,3%). Além dessas, também as ações educativas relativas aos acidentes de trânsito (50,3%) e as atividades físicas/corporais (45,5%) foram rechaçadas.

Para os que atuam na VISA, entre as ações que não deveriam ser executadas por eles destacam-se, entre outras, a busca ativa de faltosos (80,5%), a quimioprofilaxia (75,3%), a aplicação de vacina anti-rábica (60%) e ações preventivas para acidentes de trânsito (59%). (Tabela 60)

3.1.2.3.7 Ações relativas ao sistema de informação

Para avaliar o conhecimento e a utilização dos sistemas de informação em saúde foram listadas algumas ações e tipos de sistemas existentes. De modo geral, chamam a atenção os baixos percentuais de execução das ações e o pouco conhecimento acerca dos sistemas apresentados pelos profissionais da vigilância. O preenchimento de formulários para alimentação dos sistemas foi a ação com maior percentual de execução (63,3%), seguida pela utilização de informações no planejamento (42,1%) e de ferramentas de informática (31,8%). Verifica-se que o SINAN é o mais conhecido (42,1%), seguido pelo SISAGUA (32,5%), SINAVISA (31%), SINASC (25,9%) e SIM (21,3%). Chama a atenção o pouco conhecimento demonstrado em relação ao SISPNI, que por se tratar do programa de imunização, deveria ser do conhecimento pelo menos dos profissionais da VE. Quando comparados os dados das regiões, verifica-se que os profissionais de nível médio das regiões Sul e Centro-Oeste parecem executar um pouco mais as ações listadas nesse grupo, assim como conhecer os sistemas de informação (Tabela 61, APÊNDICE B). Se avaliados em função do porte populacional dos municípios, os resultados mostram que não há diferença importante entre os estratos, embora os municípios de maior porte (acima de 500 mil) apresentem quase sempre percentuais de execução mais baixos do que os outros (Tabela 62, APÊNDICE B).

Mais uma vez, o tipo de vigilância à qual estão ligados os profissionais influencia diretamente a execução das ações listadas no instrumento da pesquisa. Os profissionais da VE executam a coleta de declarações de óbito em cartório (37,7%) e de declarações de nascidos vivos em maternidades (39%); conseqüentemente são os que mais conhecem o SIM (31%) e o SINASC (41,3%). Ainda assim, cerca de 45% dos trabalhadores de nível médio de VE entrevistados afirmaram que a coleta de dados em cartórios e maternidades são ações que não deveriam ser executadas por eles. (Tabela 63, APÊNDICE B). Observa-se que 69,5% dos profissionais da VE afirmaram conhecer o SINAN, contra apenas 19% dos que atuam na VISA. Para esses, os sistemas mais conhecidos são o SINAVISA (49,4%) e o SISAGUA (46%), que estão diretamente associados com a prática nessa área da vigilância. Chama a atenção o fato de terem sido registrados altos percentuais de utilização de informações demográficas, epidemiológicas, sociais e culturais para todos os tipos de vigilância, o que pode ser considerado um avanço. Da mesma forma, o preenchimento de formulários para alimentação dos sistemas de

informação também foi uma ação considerada positivamente em todos os tipos de vigilância (Tabela 63, APÊNDICE B). Para mais de 80% dos profissionais em VISA, a coleta de dados em cartórios e maternidades são ações que não deveriam ser executadas por eles.

3.1.2.3.8 Ações relativas ao planejamento e gestão

Foram elaboradas várias questões para avaliar a participação dos trabalhadores de nível médio de vigilância nas ações de planejamento e gestão na esfera municipal. De modo geral, verificam-se altos percentuais de execução em boa parte das questões apresentadas. Do total de trabalhadores entrevistados, 74% afirmam participar do planejamento de ações no campo da vigilância, sendo importante frisar, que menos de 5% consideram que não deveriam executar essa atividade. Os dados mostram uma participação maior na elaboração do TAM para a área de VISA (44,4%), seguida pela PPI para a área de VE (37,4%) e apenas 2,3% para as ações de saúde do trabalhador. No país como um todo, quase 60% participam da avaliação das atividades previstas no Plano de Ação de Vigilância em Saúde e mais de 51% das campanhas de vacinação previstas no Programa Nacional de Imunização. Em relação a essas ações, os aspectos regionais parecem ter pouca influência na distribuição dos dados, embora seja possível verificar que os percentuais de participação nas ações de planejamento na região Norte são quase sempre inferiores às demais regiões do país (Tabela 64, APÊNDICE B). Mais uma vez, observa-se que nos municípios de porte até 50 mil habitantes, a proporção dos que afirmam planejar é um pouco maior do que os demais estratos (Tabela 65, APÊNDICE B).

Mais de 70% dos entrevistados programam atividades conjuntas com outros setores dentro e fora da saúde, principalmente com serviços de atenção básica (51,2%) e de abastecimento público de água (38,3%). Enquanto quase 60% dos trabalhadores afirmam trabalhar na organização do processo de trabalho da equipe, menos de 40% admite participar da elaboração de diagnóstico territorial e mapeamento de problemas e riscos para a saúde. Para 37% dos entrevistados, o

reconhecimento geográfico das questões de saúde não é uma atividade que deva ser realizada por eles.

Observam-se altos percentuais de respostas afirmativas quando são avaliadas questões que tradicionalmente se situam no campo da VISA, tais como aplicação de legislação sanitária, realização de inspeções em estabelecimentos e utilização de mecanismos próprios dos processos administrativos sanitários. Se para esse último grupo de atividades os percentuais de realização são mais altos, também são proporcionalmente elevados os de rechaço (não deveria fazer), evidenciando as divisões e especificidades no processo de trabalho existentes no campo da vigilância. Os resultados mostram que as inspeções são planejadas e programadas com antecedência para 73,6% dos profissionais, mas são também feitas sem programação alguma após denúncia (72%) ou por solicitação do Ministério Público e órgãos de defesa do consumidor (65%). As variações regionais e de porte populacional não alteram de forma importante os dados da pesquisa (Tabela 64 e Tabela 65, APÊNDICE B)

Os resultados estratificados segundo o tipo de vigilância em que o técnico atua prioritariamente mostram que em todas elas existem atividades em que o planejamento é realizado, mas estas guardam sempre uma relação direta com as práticas tradicionais para cada área. Assim, a participação na elaboração da Programação Pactuada Integrada é majoritária para os profissionais da VE (66,5%), enquanto a pactuação através do Termo Ajuste de Metas é quase totalmente realizada por trabalhadores da VISA (73%). Os que foram classificados como “outros” apresentam sempre percentuais de execução também altos para quase todas as ações listadas, uma vez que atuam em todos os campos da vigilância (Tabela 66, APÊNDICE B).

Todas as atividades ligadas à inspeção e aplicação do instrumental da administração e legislação sanitárias obtiveram elevados percentuais de realização pelos profissionais da VISA e baixíssimos por aqueles que atuam exclusivamente na VE. Obviamente a situação é inversa quando se trata de avaliar os percentuais de respostas negativas, ou seja, de ações que não deveriam ser realizadas pelos profissionais de nível médio. Chama a atenção o equilíbrio existente em algumas ações, tais como a avaliação anual do Plano de Ação de Vigilância em Saúde e o levantamento de necessidades para o planejamento, cujos percentuais de execução

são elevados e os de rechaço são relativamente baixos. É, no entanto, o trabalho com outros setores e instituições a ação em que se observam maiores percentuais e melhor equilíbrio, sugerindo que a intersectorialidade já é realidade no trabalho das vigilâncias. Importante ressaltar a ótima participação admitida pelos trabalhadores de todas as áreas na interação com a atenção básica (Tabela 66, APÊNDICE B).

3.2 Resultados dos Grupos Focais

3.2.1 Estrutura de vigilância nos municípios participantes

Os participantes selecionados para os grupos focais foram estimulados a apresentar a forma como estão estruturados os serviços de vigilância em seus municípios. Verificou-se que nos organogramas municipais, as vigilâncias aparecem com distintas denominações (setor, coordenação, departamento, diretoria ou mesmo superintendência), de forma isolada ou integrando estruturas maiores de saúde coletiva ou vigilância em saúde.

Essa diversidade de padrões organizacionais parece ser diretamente influenciada pelo porte populacional dos municípios. Os que possuem mais de 100 mil habitantes se estruturam, em geral, em grupos/equipes específicas para cada uma das áreas (VE, VA e VISA) que muitas vezes, estão sob uma mesma coordenação ou diretoria de Vigilância em Saúde. Poucos possuem estruturas descentralizadas em regionais ou distritos, as quais agregam atividades de vigilância epidemiológica, sanitária, ambiental e controle de endemias. Ainda no grupo dos municípios de maior porte, é comum encontrar serviços de vigilância divididos em dois blocos: o primeiro reúne a Vigilância Ambiental e Sanitária e o segundo a Vigilância Epidemiológica. Muitos municípios contam com as áreas de controle de vetores e de zoonoses integrada à vigilância ambiental, não sendo poucos os casos em que o trabalho das endemias é terceirizado. Observa-se que, mesmo nos municípios maiores, a vigilância da saúde do trabalhador é uma atividade inexistente ou ainda incipiente e descolada do trabalho das outras vigilâncias.

Nos municípios com menos de 100 mil habitantes, a situação tende a ser bem diferente do ponto de vista organizacional. Nesse grupo, os de menor porte possuem em geral uma equipe muito reduzida, que procura cobrir parte das ações básicas nas diversas áreas da vigilância. Na grande maioria das cidades existem estruturas de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental ainda incipientes, as quais ora estão articuladas ora estão separadas e possuem processos de trabalho distintos. Mesmo inexistindo uma estrutura formal de vigilância em saúde que congregue e articule os trabalhos parcelares dessas vigilâncias, percebe-se um funcionamento mais orgânico entre as vigilâncias nos municípios menores, enquanto nos maiores os trabalhos se dão com menor articulação. Nos municípios de menor porte, as endemias e as zoonoses têm papel relevante, principalmente naqueles onde há predominância de população rural dispersa no território.

Alguns participantes relataram que a excessiva divisão do trabalho pode gerar perda de informações. *“Se as vigilâncias fossem mais próximas, as informações não seriam perdidas”* (trabalhador VISA, região Norte)

Os profissionais que integram as equipes são enfermeiros, médicos veterinários, farmacêuticos, técnicos e auxiliares de enfermagem, agentes de endemias, agentes comunitários, dentre outros. Os municípios maiores têm algumas variações com a inserção de médicos, químicos, biólogos, dentistas, nutricionistas, e outras categorias profissionais, principalmente nas equipes de vigilância sanitária. Percebe-se uma tendência à substituição dos profissionais com vínculos precários por profissionais concursados, fato que deverá possibilitar maior integração no trabalho da vigilância em saúde.

3.2.2 Desenvolvimento de ações de vigilância

3.2.2.1 Notificação

Um percentual significativo dos respondentes da pesquisa nacional (37%) afirmou que não deveriam executar qualquer atividade de notificação – seja relativa a doenças, agravos, zoonoses, surtos ou eventos adversos. Os profissionais de

nível médio e coordenadores de vigilância que participaram dos grupos focais foram convidados a explicar esse resultado.

Os coordenadores de vigilância concordam que os profissionais de nível médio das vigilâncias notificam muito pouco. Para eles a falta de perfil profissional e questões salariais são fatores que estão associados a baixa incorporação da notificação no cotidiano desses trabalhadores. Os trabalhadores desconhecem seu papel e não sabem o que fazer; ficam quase sempre limitados às suas áreas específicas de atuação e acreditam que não devem notificar. Além da falta de capacitação técnica, apontam que muitas vezes não há delegação de poder para notificar, seja por parte da coordenação de vigilância, seja pelos profissionais de outras áreas específicas.

Para os profissionais de nível médio de vigilância, a notificação é parte do trabalho da vigilância e, portanto, sugerem que pode ter havido um mau entendimento no momento da entrevista. Para muitos, o resultado encontrado poderia estar relacionado a uma parcela de trabalhadores da vigilância sanitária que não realizam atividades de notificação:

“(..) os trabalhadores da VE é que fazem esse tipo de notificação; o resultado pode estar relacionado aos trabalhadores da VISA que não devem fazer esse tipo de notificação” (trabalhador de município de grande porte, Sudeste);

“(...) porque estas são atividades de responsabilidade do setor de vigilância epidemiológica e não estamos envolvidos diretamente” (trabalhador de município de pequeno porte, Sudeste).

Foi observado que os profissionais de nível médio desconhecem o processo de trabalho da vigilância e a importância da notificação, que falta entrosamento entre as áreas e uma formação mais ampla que possibilite que o trabalhador conheça o todo. A desarticulação das práticas de vigilância, por vezes evidente na fragmentação organizacional, é apontada como uma das principais razões da percepção da não-responsabilidade pela notificação. Para eles a excessiva divisão do trabalho pode gerar perda de informações importantes.

No entanto, eles reconhecem que, devido a especialização no trabalho da vigilância, cada profissional acaba se restringindo a sua área de atuação, não reconhecendo como sua atribuição notificar eventos das outras áreas, a menos que seja uma ação conjunta.

“(...) embora as vigilâncias estejam em um mesmo departamento, são organizadas em três sessões e três chefias diferentes – são independentes”. (trabalhador de município de grande porte, Sudeste).

Profissionais de municípios maiores, por terem uma gama mais diversa de problemas a serem enfrentados e um processo de trabalho mais fragmentado do que os municípios de menor porte tendem a ver a atividade de notificação como secundária e não como parte de suas atribuições.

Destacam-se nos municípios de menor porte, a baixa capacidade resolutiva do profissional de nível médio, em função de sua pouca qualificação profissional para identificar agravos e notificar; a ausência de informação quanto às suas atribuições; o desinteresse em conhecer e desenvolver outras atividades dadas suas limitações; a inserção no trabalho por indicação política e não por qualificação técnica, e por fim, a notificação é vista como um ato mecânico/burocrático realizado com a finalidade de cumprir uma determinação técnico-financeira para captar recursos, e não para desencadear investigações. Outros agravantes à realização de notificações nos municípios pequenos são: a rotatividade de profissionais decorrentes de mudanças políticas; a precariedade das condições de trabalho e o baixo número de profissionais para desenvolver as atividades, e, a ausência de diálogo entre os profissionais de nível superior capacitados e os trabalhadores de nível médio.

No entanto, os profissionais dos pequenos municípios reconhecem a importância da notificação e crêem que todos devem executar essas ações. Afirmam que são eles que desenvolvem todas as atividades, dada a rotatividade de pessoal de nível superior e por isso, tendem a ser mais valorizados do que no município de grande porte. Para eles, o fato das pessoas se conhecerem nas pequenas localidades facilita o processo de notificação. Enfatizam que o Estado tem pouca ou nenhuma responsabilidade com as ações de vigilância e controle de doenças e agravos nos municípios, o que obriga o gestor a otimizar os poucos recursos existentes, o que acaba resultando em uma maior integralidade nas ações realizadas.

Segundo alguns profissionais de nível médio, falta conhecimento sobre o que é uma notificação. O aprendizado se dá no serviço, não passam por nenhum tipo de treinamento:

“(...) estou aqui há um ano e não tive treinamento algum, aprendi a fazer fazendo”.

O posicionamento de alguns profissionais oriundos de municípios de pequeno porte da região Sul difere um pouco na análise geral, ao identificar a ação de notificação como atribuição do nível superior, cabendo ao técnico apenas acolher e repassar a informação para o médico/profissional de nível superior. Há um entendimento de que cabe ao técnico apenas acompanhar e não notificar.

3.2.2.2 Investigação

Os participantes dos grupos focais foram indagados sobre os motivos da baixa execução das atividades de investigação pelos profissionais de nível médio da vigilância encontrada na pesquisa, especialmente em relação aos agravos de interesse à saúde, às doenças não-transmissíveis, óbitos evitáveis, doenças relacionadas ao trabalho e reações adversas.

Foi considerado que, muitas vezes, o profissional de nível médio participa da investigação, mas não sabe que isto é investigar, o que justificaria o índice baixo de trabalhadores que responderam que não investigam.

Segundo os coordenadores, estes profissionais fazem as rotinas da investigação, porém é o profissional de nível superior quem faz o fechamento. Apontaram que, em geral, eles não estão capacitados para fazer investigação. A alta rotatividade do pessoal e o envolvimento com outras atividades que impedem sua ida a campo foram assinalados como pontos prejudiciais à realização desse trabalho.

Profissionais de nível médio de municípios maiores argumentam que, com a especialização do trabalho, cada área só faz a investigação que é de sua competência. Caso o problema notificado não seja da área de um trabalhador, este

acaba repassando a notificação ao responsável pela área afim, para que este possa fazer a investigação (por exemplo: notificação de alimentos, a Vigilância Epidemiológica não investiga). Uma parcela dos entrevistados entende que a função de investigar é do profissional de nível superior, pois este tem formação acadêmica, cabendo ao nível médio apenas a tarefa de apoiar o processo investigativo. Para eles, profissionais desse nível não seriam suficientemente qualificados para essa ação.

Representantes de municípios menores asseguram que realizam todo o processo de investigação, encaminhando os resultados para o médico e o secretário de saúde. Afirmam ainda que, durante essa etapa, os profissionais de nível médio não são ouvidos, por isso mesmo, muitos processos ficam inconclusos. Enfatizam que as ações de investigação deveriam ser atribuições dos níveis superior e médio, desde que ambos fossem adequadamente capacitados e qualificados para esse fim. Foi dito que no município pequeno os agravos, em sua maioria, são notificados e investigados pelas equipes locais, sendo mais frequentes eventos relacionados às endemias. Trabalhadores que atuam na VE afirmaram que participam da investigação de alguns casos apoiando profissionais de nível superior, sendo o enfermeiro muitas vezes o responsável pela investigação. Há casos, porém em que a investigação é feita por trabalhadores de nível médio. Em alguns municípios são os membros das equipes das unidades básicas de saúde (PSF) que realizam a investigação de doenças não transmissíveis, deixando para os trabalhadores da VE a tarefa de investigar óbitos evitáveis (exemplo tétano). Para eles, alguns casos exigem atuação conjunta da VISA e VE – por exemplo, em casos de surto alimentar. No caso da vigilância sanitária, os trabalhadores deram o exemplo em que atuam na fiscalização de estabelecimentos, preparam relatórios e encaminham para o controle de zoonoses.

Alguns profissionais fecham fichas apesar de acreditarem que esse não é um papel do trabalhador de nível médio. É bastante comum encontrar relatos de fechamento de casos de doenças como dengue e meningite *“a responsabilidade de fechar fichas é muito grande”*.

Há municípios de menor porte, em que os entrevistados relataram que não realizam investigação de óbitos e doenças. Em outro, a investigação é sempre acompanhada pelo nível superior em todas as etapas.

“(...) e quando vai investigar, vem o pessoal de nível superior de outro distrito – enfermeira do PSF, nutricionista, farmacêutico etc – e pedem para a gente acompanhar” (trabalhador, pequenos municípios, sudeste).

Informações geradas em reuniões periódicas com o PSF são captadas pela equipe de Vigilância Epidemiológica, originando assim notificações e investigações. Da mesma maneira, profissionais da VISA recebem denúncias através da população e dos agentes de saúde, que desencadeiam ações de investigação no local.

Também foi ressaltada a falta de capacitação para fazer as investigações, especialmente quando de área distinta da atuação do profissional de vigilância. Para alguns, o processo de trabalho sobrecarrega os trabalhadores, propiciando um desinteresse em qualquer atividade adicional.

“(...) Falta capacitação profissional. Eu sou de nível médio. Eu não estou preparado para entrar numa área de nível superior, eu encaminho para a pessoa responsável”.

“(...) se eu trabalho somente com doenças transmissíveis, eu não interfiro na investigação de outras questões”.

Como exemplos da participação dos trabalhadores de nível médio nas investigações, os coordenadores de vigilância citaram as ações de bloqueio de foco e vacinação anti-rábica (cães e morcegos), verificação de prontuários em hospitais, atendimento a denúncias, verificação de casos suspeitos de tuberculose e outras doenças transmissíveis e investigação de surtos de toxi-infecção alimentar.

O grupo enfatizou a necessidade de definição do papel do trabalhador de nível médio na vigilância. Para o grupo esses trabalhadores devem atuar na busca de dados e informações de meningites e outras doenças infecciosas e devem participar da investigação atuando com outros profissionais. Por exemplo, em casos de surtos em creches, a vigilância atua de forma conjunta.

3.2.3 Controle e Monitoramento

A pesquisa indicou que quase 55% dos entrevistados acham que não deveriam executar ações de controle de vetores e animais, de prevenção e controle de roedores e insetos nas áreas de risco e também na captura de vetores e animais para exame. Foi solicitado que os participantes dos grupos focais fizessem uma avaliação sobre este resultado e que opinassem sobre quem seriam os responsáveis por desenvolver tais atividades.

Os coordenadores de vigilância mencionaram que, possivelmente, a maior parte dos respondentes da pesquisa trabalha em outras áreas e não está preparada tecnicamente para atuar nesse campo. Explicaram que existem profissionais do Centro de Controle de Zoonoses (CCZ) que são especializados nesses procedimentos. Foi citado que, no caso específico da eutanásia, caberia ao profissional de nível médio apenas notificar, por ser esta ação atribuição exclusiva do médico veterinário. Observou-se que, em alguns Estados, as atividades de prevenção e controle de roedores e insetos são realizadas por pessoas terceirizadas.

Praticamente todos os grupos afirmaram que essas ações são atribuições do controle de zoonoses, e que esse fato pode ter influenciado o alto percentual de respostas negativas. Apesar de considerarem que essas atividades são de responsabilidade do setor de zoonoses, enfatizaram a necessidade de capacitação profissional para que possam compreender o processo inteiro e buscar uma atuação conjunta (epidemiologia e zoonoses). Os participantes observaram que a área da vigilância é muito ampla e existem funções especializadas que muitos desconhecem.

“(...) o agente de zoonoses possui um treinamento bastante específico que os demais trabalhadores da vigilância não conhecem bem” (trabalhador, grandes municípios, sudeste).

Trabalhadores oriundos de municípios de grande porte também ressaltaram a especialização das equipes, destacando que as atividades de controle e monitoramento são atribuições da Vigilância Ambiental e enfatizando a necessidade de capacitação técnica para execução dessa atividade. Em geral observa-se uma divisão bastante clara entre as áreas da vigilância sendo que o responsável pelo controle de vetores é o pessoal de endemias e pelos animais (cães e gatos) o

responsável é a vigilância sanitária. O controle de roedores muitas vezes também é realizado pela VISA. Para ações de controle de algumas endemias, como por exemplo a malária, alguns participantes citaram a FUNASA como órgão responsável. A parte de animais é da zoonoses, é separado. Como exemplo da divisão de trabalho foi citado o caso do barbeiro (doença de Chagas):

“(...) o trabalho é feito em equipe: por exemplo, na captura de barbeiro, um técnico recolhe a amostra, outro técnico da epidemiologia vai para coletar o sangue do indivíduo e o veterinário para coletar o sangue do animal”.

Entre os grupos dos municípios de pequeno porte foram relatadas diferentes situações no que concerne às ações de controle e monitoramento de vetores. Enquanto em um município a equipe de vigilância realiza essas atividades, em outro elas são terceirizadas, ou executadas pelos agentes de endemias. Para alguns, a execução de ações de controle de vetores e animais, de prevenção e controle de roedores e insetos, exige qualificação e aporte de tecnologias, nem sempre disponíveis para a sua realização. Apesar de executarem as atividades os profissionais assinalam que além da capacitação específica, é importante atuar em conjunto com outros setores (agricultura, educação e meio ambiente) para obter maior eficácia.

Entende-se também que, dependendo do tipo de atividade a ser executada, o profissional mais capacitado para execução dessa atividade seria o médico veterinário.

3.2.4 Assistência

Os participantes foram estimulados a explicar o fato de mais de 80% dos trabalhadores entrevistados da pesquisa afirmarem que não executam atividades de assistência, especialmente a administração de medicamentos para o controle de endemias.

Para os coordenadores, o cotidiano das vigilâncias é marcado pela fragmentação e falta aos profissionais de nível médio qualificação para atuar em áreas diferentes, o que faz com que respondam negativamente quando solicitados

para executar uma ação assistencial. Argumentam que em muitas localidades esse tipo de ação vem sendo executada por profissionais da atenção básica. Foi mencionado que essas são atividades afeitas aos serviços de vigilância epidemiológica e também de zoonose, mas passa longe das atribuições da vigilância sanitária.

Entre os trabalhadores de nível médio participantes dos grupos focais, muitos são da opinião de que não devem administrar medicamentos, e que essa atividade deve ser exercida por profissionais de nível superior.

“(...) assim a gente acaba tirando funções dos médicos em vez de aproximá-los da vigilância” (trabalhador, grandes municípios, sudeste).

Na maior parte dos casos a administração do medicamento é realizada nas unidades de saúde pelos profissionais da atenção básica, sobretudo enfermeiros e técnicos de enfermagem. Parece ser consenso entre eles de que essa ação, quando realizada por trabalhadores de nível médio, deve se restringir aos medicamentos administrados por via oral. Há também consenso de que as medicações administradas por outras vias devem ser feitas por profissionais ligados à assistência e nas unidades de saúde, sob supervisão da equipe de Saúde da Família. Em relação à possível ilegalidade dessa ação de assistência, especialmente da administração de medicamento, foi dito que...

“(...) há um protocolo estabelecido pelo MS, onde consta em que condições os trabalhadores podem desenvolver a atividade de assistência”.

Alguns participantes de município maiores consideraram que vigilância sanitária e a vigilância ambiental não realizam estas atividades. Ressaltaram que, em alguns municípios, é o profissional da vigilância epidemiológica que faz o bloqueio vacinal e que não cabe aos que trabalham com vetores e zoonoses desenvolverem essas ações.

Não foram observadas grandes diferenças de opinião nos grupos em função do porte populacional do município. Enfatizou-se a atribuição do nível superior na prescrição e a necessidade de conhecimento específico e capacitação sobre os medicamentos.

“(...) o técnico pode até orientar, comentar sobre os riscos, mas sabe que não adianta, pois a solução depende de outras instâncias”.

Alguns trabalhadores de nível médio entendem que devem ter uma prática sanitária mais ampla e pautada no risco, porém são impedidos ou não estimulados a fazê-la. Afirmam existir, dentro dos serviços, uma vontade contrária ao exercício de uma visão mais ampla sobre os problemas de saúde e intervenções mais abrangentes sobre o processo saúde-doença. Segundo eles, esse fato decorre da estrutura gerencial centralizada, que inibe uma ação mais autônoma dos trabalhadores. Em muitos casos o gestor da saúde é um político, com pouco conhecimento técnico na área e uma visão restrita dos problemas e da situação de saúde da população.

Como exemplos de ação assistencial realizada por trabalhadores de nível médio da vigilância foram citados o tratamento da malária na região Norte e a quimioprofilaxia da meningite.

3.2.5 Promoção, Prevenção e Educação em Saúde

A baixa participação dos profissionais de nível médio em ações de promoção, prevenção e educação em saúde, registrada pela pesquisa, foi apresentada para opinião dos participantes dos grupos focais. Entre as ações menos executadas, estão aquelas referentes aos acidentes de trânsito, ao controle do tabagismo, às atividades físicas/corporais, à prevenção das violências e à busca de faltosos ao Programa de Imunização.

Em relação a esta questão, os coordenadores de vigilância apontam que algumas ações não são vistas como importantes para proteção e prevenção de agravos à saúde, como por exemplo, a questão da violência e que isso se deve a falta de um entendimento adequado do que é saúde pública e os seus determinantes. Outro fator importante se refere ao fato do setor saúde trabalhar em função do que é cobrado para o recebimento de recursos. Como o financiamento destinado ao desenvolvimento destas ações ainda é incipiente, elas não são priorizadas.

Participantes do grupo de municípios maiores consideram que o profissional de nível médio deve participar das ações de promoção, prevenção e educação, mas estas atividades não seriam entendidas como funções do trabalhador da vigilância. Afirmam que essas não seriam competências da vigilância, já que outros setores da saúde devem trabalhar melhor essa temática. Segundo eles, os agentes comunitários de saúde assumiram algumas funções anteriormente realizadas pelos trabalhadores da vigilância, como a busca de faltosos.

De modo semelhante, os participantes do grupo dos municípios menores participam pouco das ações de promoção e educação em saúde. Quando se envolvem, limitam-se quase que exclusivamente às atividades correlatas àquelas desempenhadas cotidianamente. Boa parte dessa participação, porém, é realizada em conjunto, o que sinaliza um importante potencial de articulação na atenção básica:

“(...) A gente faz o mutirão do lixo, da dengue... aí a gente participa com os agentes da dengue... de resto só em eventos da VISA” (trabalhador, pequenos municípios, sudeste).

“(...) Só fazemos na área da VISA: produzimos informativos para os estabelecimentos, orientações” (trabalhador, pequenos municípios, sudeste).

“(...) A busca de faltosos é feita junto com a moça da sala de vacina” (trabalhador, pequenos municípios, sudeste).

O relato dos participantes permite dizer que trabalhadores da saúde de diversas áreas participam de atividades de Educação em Saúde em eventos na cidade, pedágios, palestras e outras atividades. Nos municípios de pequeno porte as ações de promoção, prevenção e educação em saúde compreendem as participações realizadas em diversas realidades, algumas promovidas pelo órgão local ou até em apoio à programação advinda do nível estadual ou federal. Há trabalhos realizados em campanhas educativas vinculadas a programação da secretaria de saúde, da educação, do meio ambiente, da agricultura, entre outros. O fato é que, essas ações muitas vezes não necessariamente são planejadas exclusivamente pela vigilância.

Quando indagados sobre o que pensam a respeito dos resultados apresentados, os profissionais dos municípios maiores relatam que os técnicos

especializados vêm um problema específico que não é de sua área de competência e logo afirmam que não devem desenvolver ações a esse respeito. Em relação à violência dizem que ela ainda não chegou como responsabilidade para atuação das vigilâncias, e que existem órgãos específicos e especializados para desenvolver essas ações, inclusive no interior da sociedade civil. Também não há interesse em atuar sob problemas de violência por medo de represálias. Com relação à busca aos faltosos, afirmam que essa é uma atribuição tanto da vigilância epidemiológica quanto do PSF, mas nunca da vigilância sanitária.

No grupo de municípios pequenos, os profissionais ressaltam que algumas das pessoas entrevistadas responderam a esta questão baseadas em suas atividades pessoais e não na equipe. O entendimento da questão em pauta foi trabalhado no grupo em relação às ações educativas, onde afirmam ser o pessoal de nível médio habilitado a desenvolver as ações de informação, educação e comunicação, embora cada área específica tome para si a responsabilidade de executá-las em particular. Dizem haver uma desconexão entre as ações das vigilâncias e aquelas desenvolvidas pelas unidades de saúde, e que seria interessante se as secretarias municipais de saúde tivessem capacidade operativa para desenvolver todas as ações arroladas na questão.

3.2.6 Sistemas de Informação

As pesquisas no Brasil acerca da qualidade e do uso da informação nos serviços têm apresentado percentuais abaixo do desejado, demonstrando problemas existentes nessa área, seja em função dos inúmeros bancos de dados, seja por sua difícil interatividade ou mesmo por sua pouca confiabilidade. Na pesquisa em pauta, constatou-se o que está colocado na literatura sobre esse assunto, reforçando a baixa efetividade da informação como política e suporte ao trabalho em saúde. Esse fato se repete no Brasil como um todo, com números muito inexpressivos de utilização dos bancos de dados em especial aqueles que historicamente são os mais procurados como SINAN (Sistema de Informação dos Agravos de Notificação), SIM (Sistema de Mortalidade) e SINASC (Sistema de Nascidos Vivos).

Ao serem perguntados sobre qual seria a razão desse baixo índice de utilização dos sistemas de informação os profissionais dos grupos focais concordaram em dois aspectos: a inexistência de uma política de valorização da informação no nível local, ressaltando sua importância para o processo de trabalho em saúde e principalmente para a tomada de decisão, e, a ausência de capacitações sistemáticas para qualificar os profissionais no manuseio desses bancos (alimentação, retroalimentação e uso). No entanto há diferenças significativas na forma de entenderem e trabalharem com a informação.

Na opinião dos coordenadores de vigilância, falta capacitação para que técnico de nível médio trabalhe com o sistema de informações. Os programas requerem orientações técnicas e para isso é necessário um conhecimento específico, conseqüentemente, muita gente não trabalha com os sistemas e não conhece os agravos. Além disso, não há esclarecimento sobre a importância dos dados coletados e das informações produzidas, no que tange a sua apropriação pelos trabalhadores do SUS e utilização nos serviços locais de saúde. Para eles a rotatividade de pessoal capacitado também prejudica a alimentação dos sistemas. É importante que o profissional de nível superior responsável pela operação do sistema envolva os demais membros da equipe de saúde na análise e discussão dos resultados.

Nos municípios maiores, fica claro que a maioria dos profissionais entende que quem não está treinado é o profissional de nível médio, uma vez que as capacitações são dirigidas exclusivamente para o nível superior. Ressaltam que essa ferramenta de trabalho é pouco valorizada tanto pelos gestores quanto pelos servidores da ponta, os quais, muitas vezes não reconhecem nem as siglas referentes aos bancos, dificultando o seu acesso.

Já os profissionais dos municípios menores, reconhecem a importância da informação, dizem que os municípios alimentam os bancos diretamente no nível local e os encaminha para o nível central do Estado. Afirmam que alguns municípios têm profissionais capacitados para esse fim, mas enfatizam que a rotatividade de pessoal prejudica a coleta e sistematização dos dados, comprometendo a qualidade da informação.

Trabalhadores da VISA afirmam que, apesar de não alimentarem os sistemas de informação em saúde, sentem a necessidade de conhecê-los e compreender o

seu funcionamento. Falta treinamento para conhecer os diversos sistemas de informação.

Foi avaliado que muitos profissionais de nível médio de vigilância consideram que a ação de alimentar os sistemas de informação é de responsabilidade do digitador, embora reconheçam que, na maior parte das vezes, esse profissional não compreende os dados digitados. Para eles, essa atividade deveria ser atribuída a um técnico treinado e com conhecimentos do campo de ação da vigilância.

Existe uma multiplicidade sistemas de informação, que por serem muitas vezes específicos para alguma área da vigilância, são pouco reconhecidos por profissionais de outras áreas. Para alguns, o não entendimento do significado das siglas apresentadas durante a entrevista pode ter influenciado no padrão de respostas observado.

Ausência de estrutura de informática nos municípios e a dificuldade de acesso aos computadores e à internet ainda é uma realidade para muitos dos participantes.

3.2.7 Planejamento e Gestão

As atividades de Planejamento e Gestão foram consideradas por cerca 74% dos entrevistados na pesquisa telefônica como aquelas desenvolvidas nas atividades de vigilância, e quase a totalidade (90%) afirma que deveriam participar mais. Nos grupos focais os relatos são semelhantes embora haja alguma experiência diferenciada entre eles acerca de como participam dessas ações no interior da vigilância em seu município.

Os coordenadores de vigilância salientaram a importância da participação dos profissionais de nível médio em todo processo de planejamento, por entenderem que são esses os maiores conhecedores da realidade local e da comunidade. Para eles a situação varia muito entre os municípios. Em alguns, os trabalhadores de nível médio não planejam, apenas coletam as informações necessárias para o planejamento e executam as tarefas que lhes forem determinadas. Em outros municípios, eles não discutem metas e indicadores, mas participam dando opiniões no planejamento das ações. Há ainda aqueles municípios, onde os profissionais de

nível médio discutem em conjunto com toda a equipe do município a pertinência dos indicadores que vêm dos níveis federal e estadual para fazerem suas adequações e decidirem as ações a serem desenvolvidas.

Uma grande parcela dos trabalhadores participantes dos grupos focais afirmou que não se considera participante efetivo do planejamento das ações de vigilância, uma vez que se limitam a levantar dados e a elaborar os relatórios a serem utilizados pelos profissionais de nível superior no momento do planejamento.

Entre aqueles que relatam participação no planejamento evidencia-se o trabalho em equipe e a valorização dessa atividade como capaz de realizar a integração de ações:

“(...) tem reunião toda segunda. Nas reuniões de trabalho se discute o que vai ser feito e o que vai ser deixado para trás. Somos só dez, mas toda equipe participa do planejamento.” (trabalhador, pequenos municípios, sudeste)

“(...) A atuação é interligada entre o trabalho das Agentes Comunitárias complementam as ações da Vigilância. Por exemplo: o controle da leishmaniose envolve a vigilância sanitária e o controle de endemias. A falta de saneamento pode implicar no surgimento de mais mosquitos. Sempre são realizadas reuniões de planejamento”.(trabalhador, pequenos municípios, sudeste)

Nos municípios maiores de 100 mil habitantes, mesmo afirmando que fazem reuniões semanalmente (VISA e VE), percebe-se que o planejamento e gestão são ações mais focais, voltadas para implementação de rotinas, programas e ação sobre grandes eventos tais como: vacinações, inspeções, controle de vetores, festas juninas, carnaval dentre outras. O planejamento como ferramenta para a tomada de decisão está voltado para o cumprimento da Programação e Pactuação Integrada (PPI/VS), sendo este o instrumento que norteia as ações. Ressaltam que na maioria dos municípios os profissionais de nível médio não planejam, apenas executam, num claro movimento de subordinação onde poucos pensam e muitos executam. O pessoal de nível médio se ressentido de não ser ouvido por grande parte dos gestores, porém destacam que apenas aqueles comprometidos com o SUS se dispõem a ouvi-los.

Nos municípios menores de 100 mil habitantes, percebe-se uma maior organicidade e integração na realização das ações de planejamento e gestão, inclusive com o exercício da intersectorialidade (p.ex. articulação com secretarias de

obra e educação), dado que no nível local as equipes são menores, e as ações tendem a ser desenvolvidas em conjunto. No entanto, também planejam ações determinadas pela PPI/VS, pelo Termo de Ajuste e Metas da VISA (TAM), campanhas de vacinação. Afirmam que quem pactua é o pessoal de nível superior, porém quem conhece a realidade são aqueles de nível médio, embora em várias situações os profissionais que desenvolvem ações de campo não sejam ouvidos. Por esse distanciamento entre quem conhece a realidade e quem planeja, as ações de planejamento e gestão em sua maioria são irreais, sem base empírica, por isso não se cumprem as metas e não se desenvolvem as ações programadas.

“(...) Há um planejamento estrutural da prefeitura, mas, no cotidiano não temos espaço para pensar. Apagamos incêndio”.

3.2.8 Formação de um profissional para atuar na área da vigilância

Com base no conjunto das atividades listadas como atribuições dos trabalhadores de nível médio da vigilância e nas discussões realizadas até então, foi solicitado que os participantes dos grupos focais avaliassem como deve ser a formação de um técnico para atuar na área da vigilância.

Para os coordenadores de vigilância é importante formar um profissional com um perfil amplo, sugerindo um curso técnico de vigilância em saúde, com a formação básica geral para todos os profissionais de nível médio, seguida de especialização em áreas específicas. Foi ressaltada a necessidade de que o egresso do curso tenha as noções de integralidade e intersetorialidade e que compreenda a importância do trabalho em equipe. Esse grupo propõe a articulação entre teoria e prática, com módulos presenciais articulados com trabalhos de campo e acompanhamento de preceptoria. Também foi sugerida a formação regionalizada e com pelo menos um ano de duração. Os coordenadores demonstraram preocupação com a inclusão dos trabalhadores já inseridos nos serviços. Além disso, pontuaram que os cursos devem incluir também o pessoal que tem o ensino fundamental (introduzindo uma complementação da escolaridade básica), assim

como aqueles que têm um perfil de formação diferenciado, não se restringindo apenas ao pessoal da área de enfermagem (auxiliar ou técnico).

Muitos profissionais de nível médio argumentaram que a formação deve ser abrangente e integral, mas que deve possibilitar, quando necessário, aprofundar especificidades em cada área (vigilâncias, planejamento, gestão, informação, educação e saúde, entre outras). O processo formativo deve contemplar conhecimentos científicos sólidos, mas reconhecer os saberes tácitos dos trabalhadores voltados para construção de um novo olhar sobre o processo saúde-doença e o território de atuação. Devem ser sistemáticos e ofertados a todos os profissionais para que estes tenham livre escolha de participar. Quanto à aprendizagem para mudança de práticas enfatizam a importância do trabalho integrado, desenvolvido em equipe e articulado com outros parceiros.

No geral, os trabalhadores reconhecem a abrangência das ações no âmbito da vigilância em saúde, sendo então necessária uma formação que traga conteúdos que contextualizem este campo, em dimensões política, ética, tecnológica e da complexidade que é campo da saúde. Por outro lado, apontam para as especificidades de cada área – epidemiológica, sanitária, ambiental e do trabalhador – e assim, indicam um aporte de conhecimentos que conformem estas áreas, dando subsídios para enfrentar as realidades de cada nível de gestão.

É importante ressaltar que, parte dos trabalhadores dos municípios maiores, acredita que o curso deva ser direcionado desde o início para cada área específica, pois os trabalhadores atuam em atividades diferentes.

No grupo dos municípios de menor porte enfatizou-se a necessidade de se investir em processos formativos diferenciados – técnicos, tecnólogo, especializações técnicas e *latu sensu*, e garantir que o pessoal de nível médio qualificado possa exercer de fato os conhecimentos aprendidos em seu processo de trabalho.

As falas desse bloco podem indicar caminhos a serem buscados, na perspectiva de se construir perfis de competências, currículos e itinerários formativos compatíveis com os processos de trabalho das vigilâncias, que permitam aos trabalhadores de nível médio escolher e optar por qual proposta curricular melhor atenda sua demanda de formação técnica e humana.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A **notificação** de casos é uma atividade criada a partir da estruturação da VE, sendo, portanto, mais freqüente a sua realização pelos técnicos que atuam prioritariamente nessa área. É de certa forma surpreendente, saber que 30% dos profissionais de VE não consideram que seja sua atribuição a notificação de casos de animais com suspeita de transmissão de zoonoses. Esse resultado mostra que existe uma resistência em ampliar o escopo das ações de notificação e incluir novos agravos e doenças.

A pesquisa mostra que a notificação de agravos não foi incorporada à rotina de mais de dois terços dos técnicos que atuam na VISA. Para estes, a ação de notificar é entendida como parte do processo administrativo que se instaura a partir de uma irregularidade encontrada em algum estabelecimento durante a inspeção. A visão desse profissional parece estar restrita às normas estabelecidas para a produção, comércio e consumo de produtos e serviços de interesse da saúde. O monitoramento dos agravos ou doenças que são decorrentes do não cumprimento dessas normas não faz parte do universo de ações a serem desenvolvidas.

A ação de **investigação** é exercida tanto por técnicos da VE quanto da VISA, embora para estes, nem sempre seja identificada como tal.

Existe uma divisão do campo de aplicação dos processos de investigação que está associada à própria história de formação das distintas áreas da vigilância.

Se algumas ações tradicionalmente inseridas no rol da VE já vêm sendo executadas pelos profissionais da VISA, tais como investigação de algumas doenças transmissíveis e de surtos de intoxicação alimentar, os dados mostram que o campo da VISA é praticamente restrito aos técnicos que nela atuam, sendo muito poucas as atividades que são executadas pelos técnicos da VE nessa área.

As ações de **controle e monitoramento** utilizadas na pesquisa possuem um forte componente ambiental que nem sempre está compreendido no campo das vigilâncias epidemiológica e sanitária. Muitas delas são executadas por técnicos especializados no controle de endemias e controle de zoonoses que, em muitos casos, não estão incorporados às vigilâncias epidemiológica e sanitária.

As ações de vigilância em municípios de menor porte são menos compartimentadas, sendo responsabilidade dos técnicos executarem diferentes tipos de ação.

A administração de medicamentos é parte do controle de algumas doenças endêmicas e sempre esteve associada a programas específicos de caráter vertical e centralizado no Brasil. A VE trata do controle e monitoramento de doenças e sempre esteve mais envolvida na execução dessas ações.

O avanço da municipalização e da estratégia da Saúde da Família para ampliação da atenção básica no país provocou uma mudança nos programas que também estão sendo descentralizados para as unidades básicas de saúde, envolvendo mais diretamente os profissionais da assistência.

De forma geral, as **ações educativas em saúde** são desenvolvidas em temas próprios da vigilância, mas ainda encontra dificuldades para se consolidar em temas que envolvem articulação intersetorial.

5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 FERRETTI, Celso João. Formação profissional e reforma do ensino técnico no Brasil: anos 90. Educ. Soc., Campinas, v. 18, n. 59, 1997.
- 2 Fundação Nacional de Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica. 5 ed. Brasília, 2002.
- 3 GIRARDI, S. N. & CARVALHO, C. L. Configurações do mercado de trabalho dos assalariados em saúde no Brasil. Formação, Brasília, DF, v. 2, n. 6, p. 15-36, 2002.
- 4 LUCHESE, Globalização e Regulação Sanitária: os rumos da vigilância sanitária no Brasil. Tese de doutoramento. ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2001, 49-56 p.
- 5 MINISTÉRIO DA SAÚDE. Guia Curricular para Formação de Técnico em Higiene Dental para Atuar na Rede Básica do SUS. Brasília, 1994.
- 6 MINISTÉRIO DA SAÚDE. Referencial Curricular para Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde. Brasília, 1994.
- 7 MINISTÉRIO DA SAÚDE. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem: Referências Conceituais para a Organização dos Sistemas de Certificação de Competências. Brasília, 2000. Mimeografado.
- 8 PEREIRA, M.G. Epidemiologia Teoria e Prática. Rio de Janeiro, RJ, Guanabara Koogan S.A., 1995.
- 9 REA L.M. & PARKER, R. A. Designing and conducting survey research: a comprehensive guide. Second Edition. Jossey-Bass, 1997.
- 10 RIVERA, F.J. Promoção da Saúde no Sistema de Saúde In: Buss, P.M. (org) Promoção da Saúde e a Saúde Pública, Rio de Janeiro, RJ, Contribuição para o debate entre as Escolas de Saúde Pública da América Latina, 1998.
- 11 TEIXEIRA, C.F. O Futuro da Prevenção. Salvador, BA, Casa da Qualidade Editora, 2001, p.65-93.

APÊNDICE A – MÁSCARA OPERACIONAL DA ENTREVISTA TELEFÔNICA ASSISTIDA POR COMPUTADOR

Pesquisa "Atribuições do Pessoal de Nível Médio que Atua na Área de Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental."

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

Data da pesquisa: _____ Situação Pesquisador:

Agenda: _____

Identificação do Município-Dados Cadastrais

Município _____ Porte: _____ Região: _____ UF: _____

Nome do secretário: _____

Endereço da Secretaria: _____ CEP: _____

Telefone da Secretaria: _____ Email: _____

Como está organizada a Vigilância no Município? _____

Existe uma pessoa responsável especificamente pela área de Vigilância (VE, VA e VS)?

Perfil do Coordenador/Responsável pela Vigilância:

Nome do Entrevistado _____ Telefone _____

Email _____ Fax _____

Sexo Escolaridade: _____ Nome do cargo /função que ocupa: _____

Formação profissional _____

estaçãodepesquisaNESCON Código:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

Situação funcional

Tipo de vínculo

Qual a área da vigilância que atua:

Vigilância Epidemiológica Vigilância Ambiental

Vigilância Sanitária Vigilância Saúde do trabalhador

Tempo no Cargo Atual (de coordenador da vigilância)

Tempo que trabalha na Saúde

Teve experiência anterior de trabalho na área de vigilância?

☐ sanitária ☐ ambiental

☐ epidemiológica ☐ Saúde do trabalhador

Qual o número de trabalhadores no setor de Vigilância?

Vigilância	Niv Superior	Niv Médio
Sanitária	_____	_____
Epidemiológica	_____	_____
Ambiental	_____	_____
Saúde do Trabalhador	_____	_____

estaçãodepesquisaNESCON Código:

0123456789

Informe os tipos de vínculos existentes para o pessoal de nível médio que atua nas vigilâncias:

☐ Estatutário

☐ Estatutário/DAS ou cargo Comissionado

☐ DAS/cargo comissionado

☐ CLT

☐ Terceirizado

☐ Prestador de Serviço

☐ Outro, especificar:

Indique um técnico de nível médio da Vigilância para responder ao questionário

Observação:

estação de pesquisa NESCON

Código:

0123456789

Perfil do Técnico de Vigilância:

Nome do Entrevistado Telefone

Email

Sexo Escolaridade: Nome do cargo que ocupa:

Tempo na área de Vigilância

Tempo que trabalha na saúde

Formação profissional

Situação funcional

Tipo de vínculo

Qual a área da vigilância que atua:

Vigilância Epidemiológica Vigilância Saúde do trabalhador

Vigilância Sanitária

Vigilância Ambiental

Teve experiência anterior de trabalho na área de vigilância?

estação de pesquisa NESCON

Código:

1. Ações de NOTIFICAÇÃO		
Na sua atividade você NOTIFICA:	Atividades que executa	Opinião sobre a atividade
Casos de Doenças de Notificação Compulsória e Agravos de interesse à saúde.	☐	☐
Casos de animais com suspeita de transmissão de zoonoses (com ou sem a morte do animal)	☐	☐
Surtos de doenças e agravos de interesse epidemiológico (doenças diarreicas agudas, intoxicação alimentar, agrotóxicos, etc).	☐	☐
Eventos adversos (pós-vacinais, por medicamentos, prod. e serviços de interesse à saúde, etc).	☐	☐

2. Ações de INVESTIGAÇÃO:		
Na sua atividade você INVESTIGA:	Atividades que executa	Opinião sobre a atividade
Casos suspeitos de Doenças ☐ Transmissíveis ☐ Não Transmissíveis ☐ Relacionadas ao Trabalho	☐	☐
Óbitos Evitáveis (materno e infantil)	☐	☐
Reações adversas (produto transfusional, pós-vacinal)	☐	☐
Condições de vida e situação de saúde do seu território	☐	☐
Casos de morte de animais com suspeita de transmissão de zoonoses (morcego, rato, cachorro, pombo, macaco e outros)	☐	☐

estaçãodepesquisaNESCON Código:

Atividades que executa			Opinião sobre a atividade		
Surtos (doenças transmitidas por alimentos, meningites e outros)	☐	☐			
Agravos de interesse à saúde (homicídios, acidentes, diabetes etc)	☐	☐			

Na sua atividade você Fiscaliza produtos e serviços de interesse à saúde quanto a:

Fabricação/ produção	☐	☐
Armazenamento	☐	☐
Distribuição	☐	☐
Comércio	☐	☐
Consumo	☐	☐
Prestação de serviços de saúde (hospitais, unidades básicas de saúde, clínicas, outros)	☐	☐
Prestação de serviços de interesse à saúde (instituto de beleza, asilos, clubes, creches, outros)	☐	☐

estaçãodepesquisaNESCON Código:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9									
3. Ações de CONTROLE E MONITORAMENTO:									
Em relação ao controle de vetores e animais, você:					Atividades que executa Opinião sobre a atividade				
Realiza eutanásia de animais (cães, gatos, bovinos, equinos, suínos, caprinos, ovinos).					☐ ☐				
Elimina focos e/ou criadouros de endemias:					☐ ☐				
					☐ Aedes aegypti (dengue) e Albopictus ☐ flebotomíneos(leishmaniose) ☐ anofelinos(malária) ☐ outro; especificar: _____				
Adota medidas de prevenção e controle de roedores e insetos nas áreas de risco como:					☐ ☐				
					☐ borrifação ☐ desratização e anti-ratização ☐ limpeza ☐ eliminação de depósitos ☐ aplicação de moluscicida ☐ outro; especificar: _____				
estaçãodepesquisaNESCON									
Código: XXXXXXXXXX									

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9									
Na sua atividade você realiza coleta de amostras para:					Atividades que executa Opinião sobre a atividade				
Análise fiscal (medicamentos, alimentos, saneantes, água, cosméticos)					☐ ☐				
Diagnóstico laboratorial de doenças (sangue, fezes, swab)					☐ ☐				
Captura vetores para exames					☐ ☐				
Captura animais para exames					☐ ☐				
4. Ações de ASSISTÊNCIA ao paciente/usuário:									
Em relação às atividades que envolvem assistência, você:					Atividades que executa Opinião sobre a atividade				
Administra medicamentos para o controle de endemias:					☐ ☐				
					☐ malária ☐ esquistossomose ☐ filariose ☐ tuberculose ☐ hanseníase ☐ outra: _____				
estaçãodepesquisaNESCON									
Código: XXXXXXXXXX									

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

5. Ações de PROTEÇÃO À SAÚDE:

Na sua atividade você identifica situações-problemas relacionados à doenças de:

Doenças de:	Atividades que executa	Opinião sobre a atividade
Veiculação hídrica (cólera, febre tifóide, hepatite A e leptospirose, diarreias)	▼	▼
Veiculação alimentar (carne e leite)	▼	▼
Veiculação Respiratória (meningite, rubéola, hanseníases, tuberculose)	▼	▼
Veiculação Sanguínea (AIDS, hepatite B e C)	▼	▼
Veiculação Vetorial e antroponozoonoses (dengue, febre amarela, leptospirose)	▼	▼
Não Transmissíveis	▼	▼
Relacionadas ao trabalho	▼	▼

Na sua atividade você identifica situações-problemas relacionados à:

Exposição da população às situações de emergência (enchentes, seca, deslizamentos)	▼	▼
Sistemas de esgotamento sanitário e de águas residuais	▼	▼

estação de pesquisa NESCON
Código: XXXXXXXXXX

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

	Atividades que executa	Opinião sobre a atividade
Sistemas de abastecimento e armazenamento de água	▼	▼
	☒ Rede de distribuição ☒ Outras fontes de abastecimento ☒ No domicílio	
Sistema de coleta e destino final dos resíduos sólidos	▼	▼
Populações expostas a substâncias químicas e poluições (agrotóxicos, benzeno, vazamento químico e solos contaminados).	▼	▼

estação de pesquisa NESCON
Código: XXXXXXXXXX

Pesquisa "Atribuições do Pessoal de Nível Médio que Atua na Área de Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental."

11 12 13 14 15 16 17 Final

6. Ações de PROMOÇÃO, PREVENÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE:

Na sua atividade, você promove ações educativas junto à população relacionadas à:

	Atividades que executa	Opinião sobre a atividade
Controle de vetores	☐	☐
Controle do tabagismo	☐	☐
Acidentes de trânsito	☐	☐
Segurança Alimentar (capacitação de manipuladores de alimentos)	☐	☐
Uso racional de medicamentos	☐	☐
Qualidade de serviços de saúde	☐	☐
Atividades físicas/corporais	☐	☐
Prevenção das Violências.	☐	☐
Consumo de Água	☐	☐
Outros - Cite: _____	☐	☐

estaçãodepesquisaNESCON Código: _____

Pesquisa "Atribuições do Pessoal de Nível Médio que Atua na Área de Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental."

11 12 13 14 15 16 17 Final

Em suas atividades você:

	Atividades que executa	Opinião sobre a atividade
Orienta produtores e prestadores de serviços locais (boas práticas de fabricação, manipulação, processos de trabalho, infra-estrutura)	☐	☐
Desenvolve ações de inspeção em estabelecimentos com participação do usuário	☐	☐
Realiza ações de prevenção de fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis	☐	☐
Aplica vacina anti-rábica humana em cães e gatos	☐	☐
Realiza busca ativa de faltosos a tratamentos	☐	☐
	☐ Hanseníase	
	☐ Tuberculose	
	☐ Anti-rábica humana	
	☐ Programa de Imunização	
	☐ Outros _____	
Realiza ações de quimioprofilaxia.	☐	☐
Distribui hipoclorito de sódio	☐	☐

estaçãodepesquisaNESCON Código: _____

Pesquisa "Atribuições do Pessoal de Nível Médio que Atua na Área de Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental."

11 12 13 14 15 16 17 Final

Divulga alertas sanitários | ☐ ☐

7. Ações relativas ao SISTEMA DE INFORMAÇÃO:

Em relação à utilização do SISTEMA DE INFORMAÇÃO, você:

Realiza o cadastramento do:	Atividades que executa	Opinião sobre a atividade
Sistema de abastecimento de água	☐	☐
Serviços e produtos regulados pela VISA	☐	☐
Utiliza informações demográficas, epidemiológicas, sociais e culturais no planejamento na análise da situação de saúde.	☐	☐
Realiza coleta de declarações de óbitos nos cartórios.	☐	☐
Realiza coleta de declarações de nascidos vivos nas maternidades e cartórios	☐	☐
Preenche formulários/ registra os dados para alimentar os sistemas de informação	☐	☐

estaçãodepesquisaNESCON Código:

Pesquisa "Atribuições do Pessoal de Nível Médio que Atua na Área de Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental."

11 12 13 14 15 16 17 Final

	Atividades que executa	Opinião sobre a atividade
Conhece/ Utiliza os sistemas de informação:	☐	☐
	☐ SINAN ☐ SINAVISA ☐ SINASC ☐ SIVEPE ☐ SIM ☐ SISPNI ☐ SISAGUA ☐ SIH ☐ SISFAD ☐ outro	
Utiliza ferramentas de informática (Tabwim, Mapinfo, Epiinfo)	☐	☐

estaçãodepesquisaNESCON Código:

Pesquisa "Atribuições do Pessoal de Nível Médio que Atua na Área de Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental."

11 12 13 14 15 16 17 Final

8. Ações relativas ao PLANEJAMENTO e GESTÃO:

Em relação à utilização do PLANEJAMENTO e GESTÃO, você:

	Atividades que executa	Opinião sobre a atividade
Participa no planejamento das atividades de Vigilância:	☐ Sanitária (Termo de Ajuste e Metas)	☐
	☐ Ambiental (PPI)	☐
	☐ Epidemiológica (PPI)	☐
	☐ Saúde do Trabalhador	☐
Participa da avaliação anual das atividades referentes ao Plano de Ação de Vigilância em Saúde.	☐	☐
Participa do levantamento de necessidades (capacitações, recursos materiais, de apoio e financeiros) para a execução do Planejamento de Atividades.	☐	☐
Participa do planejamento das campanhas de vacinação do Programa Nacional de Imunização.	☐	☐

estaçãodepesquisaNESCON

Código:

Pesquisa "Atribuições do Pessoal de Nível Médio que Atua na Área de Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental."

11 12 13 14 15 16 17 Final

	Atividades que executa	Opinião sobre a atividade
Realiza atividades em conjunto com outros setores/instituições?	☐	☐
	☐ Atenção básica	☐
	☐ Agricultura	☐
	☐ Ministério Público	☐
	☐ Agência de abastecimento de água	☐
	☐ outro; especificar:	☐
Participa do reconhecimento geográfico para:		
Atualização de croquis	☐	☐
Organização do processo de trabalho da equipe	☐	☐
Diagnóstico territorial e mapeamento de riscos e problemas	☐	☐
Monitora a adequação/ cumprimento das exigências após inspeção/ orientação	☐	☐
Participa da elaboração de normas e rotinas	☐	☐
Elabora relatórios e documentos técnicos	☐	☐

estaçãodepesquisaNESCON

Código:

Pesquisa "Atribuições do Pessoal de Nível Médio que Atua na Área de Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental."									
11	12	13	14	15	16	17	Final		
Utiliza a legislação sanitária									
Federal							☐	☐	
Estadual							☐	☐	
Municipal							☐	☐	
Realiza inspeção/ atividades:									
Programadas							☐	☐	
Por atendimento à denúncia							☐	☐	
Por solicitação do Ministério Público e ou Órgãos de defesa do Consumidor							☐	☐	
Realiza as seguintes ações ligadas ao processo administrativo sanitário									
Concessão de licença/ alvará							☐	☐	
Notificação de não-conformidade							☐	☐	
Inutilização de produtos							☐	☐	
estação de pesquisa NESCON								Código:	

Pesquisa "Atribuições do Pessoal de Nível Médio que Atua na Área de Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental."									
11	12	13	14	15	16	17	Final		
Autuação							☐	☐	
Aplicação de multa							☐	☐	
Interdição							☐	☐	
									
estação de pesquisa NESCON								Código:	

APÊNDICE B – RELATÓRIO TABULAR

Tabela 1. Brasil, 2006.
Tipos de vigilância existentes nos municípios participantes da pesquisa.

Tipo de Vigilância	Municípios (N=383)	
	n	%
Epidemiológica (VE)	373	97,4
Sanitária (VISA)	364	95,0
Ambiental (VA)	161	42,0
Saúde do Trabalhador (VST)	26	6,8

Fonte: Pesquisa "Atribuições do Pessoal de Nível Médio que atua na Área de Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental" - Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado/ NESCON/ FM/ UFMG.

Tabela 2. Brasil, 2006.
Distribuição dos municípios pesquisados, segundo os tipos de vigilância existentes e a região geográfica.

Tipos de vigilância	N	CO %	N %	NE %	S %	SE %	Brasil %
VE + VISA	198	36,8	51,4	56,4	33,8	63,8	51,7
VE + VISA + VA	138	57,9	37,8	39,6	47,5	18,9	36,0
VE + VISA + VA + VST	20	0,0	2,7	4,0	8,8	6,3	5,2
VE + VISA + VST	6	2,6	0,0	0,0	3,8	1,6	1,6
VE + VA	3	0,0	0,0	0,0	1,3	1,6	0,8
Somente VE	8	0,0	0,0	0,0	1,3	5,5	2,1
Somente VS	2	0,0	5,4	0,0	0,0	0,0	0,5
Não respondeu	8	2,6	2,7	0,0	3,8	2,4	2,1
TOTAL	383	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Pesquisa "Atribuições do Pessoal de Nível Médio que atua na Área de Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental" - Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado/ NESCON/ FM/ UFMG.

Tabela 3. Brasil, 2006.

Distribuição dos municípios pesquisados, segundo os tipos de vigilância existentes e o porte populacional.

Tipos de vigilância	Até 20 mil		20 a 50 mil		50 a 100 mil		100 a 500 mil		Mais de 500 mil		Brasil	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
VE + VISA	198	56,1	55,7	46,7	43,6	25,0	52,1					
VE + VISA + VA	138	33,8	39,3	37,8	41,0	37,5	36,3					
VE + VISA + VA + VST	20	1,9	0,0	11,1	10,8	29,2	5,3					
VE + VISA + VST	6	1,9	0,0	2,2	2,7	0,0	1,6					
VE + VA	3	0,9	1,6	0,0	0,0	0,0	0,8					
Somente VE	8	3,8	0,0	0,0	0,0	0,0	2,1					
Somente VS	2	0,5	1,6	0,0	0,0	0,0	0,5					
Não respondeu	8	1,4	1,6	2,2	2,7	8,3	2,1					
TOTAL	383	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Pesquisa "Atribuições do Pessoal de Nível Médio que atua na Área de Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental" - Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado/ NESCON/ FM/ UFMG.

Tabela 4. Brasil, 2006.

Distribuição dos municípios pesquisados por região natural segundo a existência do responsável pelo setor de Vigilância.

Região	Sim		Não		Não-resposta		Total	
	n	%	n	%	n	%	N	%
CO	14	36,8	22	57,9	2	5,3	38	100,0
N	16	43,2	19	51,4	2	5,4	37	100,0
NE	40	39,6	58	57,4	3	3,0	101	100,0
S	39	48,8	38	47,5	3	3,8	80	100,0
SE	68	53,5	52	40,9	7	5,5	127	100,0
Brasil	177	46,2	189	49,3	17	4,4	383	100,0

Fonte: Pesquisa "Atribuições do Pessoal de Nível Médio que atua na Área de Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental" - Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado/ NESCON/ FM/ UFMG.

Tabela 5. Brasil, 2006.

Distribuição dos municípios pesquisados por faixa populacional segundo a existência do responsável pelo setor de Vigilância.

Porte	Sim		Não		Não-resposta		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Até 20 mil	92	43,0	115	53,7	7	3,3	214	100,0
20 a 50mil	29	47,5	28	45,9	4	6,6	61	100,0
50 a 100 mil	19	42,2	25	55,6	1	2,2	45	100,0
100 a 500 mil	21	53,8	15	38,5	3	7,7	39	100,0
Mais de 500 mil	16	66,7	6	25,0	2	8,3	24	100,0
Brasil	177	46,2	189	49,3	17	4,4	383	100,0

Fonte: Pesquisa "Atribuições do Pessoal de Nível Médio que atua na Área de Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental" - Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado/ NESCON/ FM/ UFMG.

Tabela 6. Brasil, 2006.

Número de trabalhadores das diferentes áreas de vigilância nos municípios pesquisados segundo o nível de escolaridade e a região natural.

Região	Vigilância Sanitária		Vigilância Epidemiológica		Vigilância Ambiental		Vigilância Saúde do trabalhador	
	Superior	Médio	Superior	Médio	Superior	Médio	Superior	Médio
CO	503	685	192	469	69	2079	0	2
N	285	382	160	246	20	180	0	0
NE	792	1027	408	745	128	1345	22	18
S	484	468	251	317	89	144	19	18
SE	978	1080	559	1033	64	428	51	45
Brasil	3042	3642	1570	2810	370	4176	92	83

Fonte: Pesquisa "Atribuições do Pessoal de Nível Médio que atua na Área de Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental" - Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado/ NESCON/ FM/ UFMG.

Tabela 7. Brasil, 2006.

Número de trabalhadores das diferentes áreas de vigilância nos municípios pesquisados segundo o nível de escolaridade e o porte populacional.

Porte	Vigilância Sanitária		Vigilância Epidemiológica		Vigilância Ambiental		Vigilância Saúde do trabalhador	
	Superior	Médio	Superior	Médio	Superior	Médio	Superior	Médio
Até 20 mil	184	386	251	579	24	104	5	12
20 a 50mil	84	238	96	275	19	105	5	1
50 a 100 mil	168	432	93	312	12	359	8	5
100 a 500 mil	397	792	287	904	53	181	20	13
Mais de 500 mil	2209	1794	843	740	262	3427	54	52
Brasil	3042	3642	1570	2810	370	4176	92	83

Fonte: Pesquisa "Atribuições do Pessoal de Nível Médio que atua na Área de Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental" - Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado/ NESCON/ FM/ UFMG.

Tabela 8. Brasil, 2006.

Distribuição dos coordenadores de vigilância, por sexo e por região natural.

Macro Região	Masculino		Feminino		Não-resposta		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
CO	18	47,4	20	52,6	0	0,0	38	100,0
N	19	51,4	17	45,9	1	2,7	37	100,0
NE	43	42,6	57	56,4	1	1,0	101	100,0
S	25	31,3	55	68,8	0	0,0	80	100,0
SE	56	44,1	70	55,1	1	0,8	127	100,0
Brasil	161	42,0	219	57,2	3	0,8	383	100,0

Fonte: Pesquisa "Atribuições do Pessoal de Nível Médio que atua na Área de Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental" - Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado/ NESCON/ FM/ UFMG.

Tabela 9. Brasil, 2006.

Distribuição dos coordenadores de vigilância, por sexo e faixa populacional do município.

Porte	Masculino		Feminino		Não-resposta		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Até 20 mil	103	48,1	110	51,4	1	0,5	214	100,0
20 a 50mil	27	44,3	34	55,7	0	0,0	61	100,0
50 a 100 mil	14	31,1	30	66,7	1	2,2	45	100,0
100 a 500 mil	14	35,9	24	61,5	1	2,6	39	100,0
Mais de 500 mil	3	12,5	21	87,5	0	0,0	24	100,0
Brasil	161	42,0	219	57,2	3	0,8	383	100,0

Fonte: Pesquisa "Atribuições do Pessoal de Nível Médio que atua na Área de Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental" - Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado/ NESCON/ FM/ UFMG.

Tabela 10. Brasil, 2006.

Distribuição dos coordenadores municipais de vigilância por nível de escolaridade e região natural.

Região	Segundo grau incompleto		Segundo grau completo		Superior incompleto		Superior completo		Não-resposta		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
CO	0	0,0	12	31,6	3	7,9	23	60,5	0	0,0	38	100,0
N	0	0,0	11	29,7	1	2,7	25	67,6	0	0,0	37	100,0
NE	1	1,0	14	13,9	3	3,0	83	82,2	0	0,0	101	100,0
S	0	0,0	22	27,5	8	10,0	50	62,5	0	0,0	80	100,0
SE	0	0,0	32	25,2	8	6,3	86	67,7	1	0,8	127	100,0
Brasil	1	0,3	91	23,8	23	6,0	267	69,7	1	0,3	383	100,0

Fonte: Pesquisa "Atribuições do Pessoal de Nível Médio que atua na Área de Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental" - Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado/ NESCON/ FM/ UFMG.

Tabela 11. Brasil, 2006.

Distribuição dos coordenadores municipais de vigilância por nível de escolaridade e porte populacional do município.

Porte	Segundo grau incompleto		Segundo grau completo		Superior incompleto		Superior completo		Não-resposta		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Até 20 mil	1	0,5	80	37,4	14	6,5	118	55,1	1	0,5	214	100,0
20 a 50mil	0	0,0	6	9,8	6	9,8	49	80,3	0	0,0	61	100,0
50 a 100 mil	0	0,0	4	8,9	1	2,2	40	88,9	0	0,0	45	100,0
100 a 500 mil	0	0,0	1	2,6	1	2,6	37	94,9	0	0,0	39	100,0
Mais de 500 mil	0	0,0	0	0,0	1	4,2	23	95,8	0	0,0	24	100,0
Brasil	1	0,3	91	23,8	23	6,0	267	69,7	1	0,3	383	100,0

Fonte: Pesquisa "Atribuições do Pessoal de Nível Médio que atua na Área de Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental" - Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado/ NESCON/ FM/ UFMG.

Tabela 12. Brasil, 2006.
Distribuição dos coordenadores municipais de vigilância, segundo a formação profissional declarada.

Formação Profissional	Brasil	
	n	%
Nível Superior	276	72,1
Enfermagem	111	29,0
Medicina Veterinária	57	14,9
Farmácia	21	5,5
Biologia	12	3,1
Engenharia	12	3,1
Matemática	6	1,6
Pedagogia	6	1,6
Medicina	5	1,3
Psicologia	5	1,3
Administração	5	1,3
Biomedicina	5	1,3
Advocacia	4	1,0
Geografia	4	1,0
Odontologia	3	0,8
Educação Física	3	0,8
Nutrição	3	0,8
Outras profissões de nível superior	14	3,7
Nível Técnico	53	13,8
Técnico / Auxiliar em Enfermagem	25	6,5
Técnico em Contabilidade	5	1,3
Técnico da Vigilância Sanitária e Saúde Ambiental	4	1,0
Técnico em Laboratório	3	0,8
Técnico em Saneamento	3	0,8
Outras profissões de nível médio	13	3,4
Nenhuma	41	10,7
Não-resposta	13	3,4
Total	383	100,0

Fonte: Pesquisa "Atribuições do Pessoal de Nível Médio que atua na Área de Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental" - Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado/ NESCON/ FM/ UFMG.

Tabela 13. Brasil, 2006.
Distribuição dos coordenadores de vigilância pesquisados por região natural, segundo a situação funcional.

Situação	CO		N		NE		S		SE		Brasil	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
É funcionário do quadro da prefeitura	32	84,2	29	78,4	59	58,4	67	83,8	90	70,9	277	72,3
Não é funcionário do quadro (contratado para o cargo que ocupa)	6	15,8	8	21,6	42	41,6	12	15	34	26,8	102	26,6
Cedido por outra instituição pública	0	0	0	0	0	0	1	1,3	2	1,6	3	0,8
Não-resposta	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,8	1	0,3
TOTAL	38	100,0	37	100,0	101	100,0	80	100,0	127	100,0	383	100,0

Fonte: Pesquisa "Atribuições do Pessoal de Nível Médio que atua na Área de Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental" - Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado/ NESCON/ FM/ UFMG.

Tabela 14. Brasil, 2006.
Distribuição dos coordenadores de vigilância pesquisados por faixa populacional segundo a situação funcional do responsável pela Vigilância.

Situação	Até 20 mil		20 a 50mil		50 a 100 mil		100 a 500 mil		Mais de 500 mil		Brasil	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
É funcionário do quadro da prefeitura	150	70,1	47	77,0	30	66,7	30	76,9	20	83,3	277	72,3
Não é funcionário do quadro (contratado para o cargo que ocupa)	60	28,0	14	23,0	15	33,3	9	23,1	4	16,7	102	26,6
Cedido por outra instituição pública	3	1,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	0,8
Não-resposta	1	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3
TOTAL	214	100,0	61	100,0	45	100,0	39	100,0	24	100,0	383	100,0

Fonte: Pesquisa "Atribuições do Pessoal de Nível Médio que atua na Área de Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental" - Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado/ NESCON/ FM/ UFMG.

Tabela 15. Brasil, 2006.
Distribuição dos coordenadores municipais de vigilância pesquisados por região natural segundo o tipo de vínculo empregatício.

Tipo de vínculo	CO	N	NE	S	SE	Brasil
Estatutário	57,9	64,9	41,6	75	55,1	56,9
Prestador de Serviço / Temporário	18,4	18,9	30,7	7,5	14,2	18,0
DAS / Cargo comissionado	13,2	13,5	24,8	3,8	15,0	14,9
CLT	10,5	0,0	2,0	11,3	15,0	8,9
Terceirizado	2,7	1,0	1,3	0,0	3,0	0,8
Não resposta	0,0	0,0	1,3	0,8	2,0	0,5
Total	100	100	100	100	100	100

Fonte: Pesquisa "Atribuições do Pessoal de Nível Médio que atua na Área de Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental" - Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado/ NESCON/ FM/ UFMG.

Tabela 16. Brasil, 2006.
Distribuição dos coordenadores municipais de vigilância pesquisados por porte populacional, segundo o tipo de vínculo empregatício.

Tipo de vínculo	Até 20 mil	20 a 50mil	50 a 100 mil	100 a 500 mil	Mais de 500 mil	Brasil
Estatutário	54,2	47,5	64,4	61,5	83,3	56,9
Prestador de Serviço / Temporário	11,2	18,0	20,0	23,1	16,7	14,9
DAS / Cargo comissionado	10,7	13,1	2,2	5,1	0,0	8,9
CLT	22	19,7	13,3	10,3	0,0	18
Terceirizado	0,9	1,6	0,0	0,0	0,0	0,8
Não resposta	0,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5
Total	100	100	100	100	100	100

Fonte: Pesquisa "Atribuições do Pessoal de Nível Médio que atua na Área de Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental" - Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado/ NESCON/ FM/ UFMG.

Tabela 17. Brasil, 2006.
Distribuição dos coordenadores municipais de vigilância pesquisados por região geográfica segundo a área de atuação.

Região	N	Vigilância Epidemiológica		Vigilância Sanitária		Vigilância Ambiental		Vigilância Saúde do trabalhador	
		n	%	n	%	n	%	n	%
CO	38	16	42,1	25	65,8	8	21,1	2	5,3
N	37	16	43,2	25	67,6	5	13,5	2	5,4
NE	101	63	62,4	61	60,4	18	17,8	2	2,0
S	80	50	62,5	48	60,0	18	22,5	11	13,8
SE	127	70	55,1	84	66,1	10	7,9	5	3,9
Brasil	383	215	56,1	243	63,4	59	15,4	22	5,7

Fonte: Pesquisa "Atribuições do Pessoal de Nível Médio que atua na Área de Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental" - Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado/ NESCON/ FM/ UFMG.

Tabela 18. Brasil, 2006.
Distribuição dos coordenadores municipais de vigilância pesquisados por faixa populacional segundo a área da vigilância em que os responsáveis atuam.

Região	N	Vigilância Epidemiológica		Vigilância Sanitária		Vigilância Ambiental		Vigilância Saúde do trabalhador	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Até 20 mil	214	127	59,3	131	61,2	31	14,5	13	6,1
20 a 50mil	61	31	50,8	41	67,2	10	16,4	2	3,3
50 a 100 mil	45	25	55,6	29	64,4	9	20,0	3	6,7
100 a 500 mil	39	19	48,7	27	69,2	6	15,4	3	7,7
Mais de 500 mil	24	13	54,2	15	62,5	3	12,5	1	4,2
Brasil	383	215	56,1	243	63,4	59	15,4	22	5,7

Fonte: Pesquisa "Atribuições do Pessoal de Nível Médio que atua na Área de Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental" - Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado/ NESCON/ FM/ UFMG.

Tabela 19. Brasil, 2006.
Distribuição dos coordenadores municipais de vigilância, segundo o tempo de permanência no cargo atual, por região natural.

Tipo de vínculo	CO		N		NE		S		SE		Brasil	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Menos de 1 ano	12	31,6	5	13,5	17	16,8	7	8,8	23	18,1	64	16,7
De 1 a 3 anos	15	39,5	23	62,2	45	44,6	26	32,5	52	40,9	161	42,0
de 4 a 8 anos	9	23,7	7	18,9	32	31,7	31	38,8	32	25,2	111	29,0
Mais de 8 anos	2	5,3	2	5,4	7	6,9	16	20,0	19	15,0	46	12,0
Não-resposta	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,8	1	0,3
TOTAL	38	100,0	37	100,0	101	100,0	80	100,0	127	100,0	383	100,0

Fonte: Pesquisa "Atribuições do Pessoal de Nível Médio que atua na Área de Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental" - Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado/ NESCON/ FM/ UFMG.

Tabela 20. Brasil, 2006.
Distribuição dos coordenadores municipais de vigilância, segundo o tempo de permanência no cargo atual, por faixa populacional.

Tipo de vínculo	Até 20 mil		20 a 50mil		50 a 100 mil		100 a 500 mil		Mais de 500 mil		Brasil	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Menos de 1 ano	39	18,2	9	14,8	8	17,8	5	12,8	3	12,5	64	16,7
De 1 a 3 anos	88	41,1	29	47,5	18	40,0	17	43,6	9	37,5	161	42,0
de 4 a 8 anos	66	30,8	15	24,6	13	28,9	11	28,2	6	25,0	111	29,0
Mais de 8 anos	20	9,3	8	13,1	6	13,3	6	15,4	6	25,0	46	12,0
Não-resposta	1	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3
TOTAL	214	100,0	61	100,0	45	100,0	39	100,0	24	100,0	383	100,0

Fonte: Pesquisa "Atribuições do Pessoal de Nível Médio que atua na Área de Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental" - Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado/ NESCON/ FM/ UFMG.

Tabela 21. Brasil, 2006.
Distribuição dos coordenadores municipais de vigilância, segundo o tempo de trabalho na área da saúde, por região natural.

Tipo de vínculo	CO		N		NE		S		SE		Brasil	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Menos de 1 ano	5	13,2	0	0,0	4	4,0	2	2,5	2	1,6	13	3,4
De 1 a 5 anos	19	50,0	19	51,4	23	22,8	24	30,0	36	28,3	121	31,6
de 6 a 10 anos	5	13,2	6	16,2	28	27,7	17	21,3	23	18,1	79	20,6
Mais de 10 anos	9	23,7	12	32,4	46	45,5	37	46,3	65	51,2	169	44,1
Não-resposta	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,8	1	0,3
TOTAL	38	100,0	37	100,0	101	100,0	80	100,0	127	100,0	383	100,0

Fonte: Pesquisa "Atribuições do Pessoal de Nível Médio que atua na Área de Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental" - Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado/ NESCON/ FM/ UFMG.

Tabela 22. Brasil, 2006.

Distribuição dos coordenadores municipais de vigilância, segundo o tempo de trabalho na área da saúde, por faixa populacional.

Tipo de vínculo	Até 20 mil		20 a 50mil		50 a 100 mil		100 a 500 mil		Mais de 500 mil		Brasil	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Menos de 1 ano	9	4,2	3	4,9	1	2,2	0	0,0	0	0,0	13	3,4
De 1 a 5 anos	89	41,6	18	29,5	6	13,3	7	17,9	1	4,2	121	31,6
de 6 a 10 anos	39	18,2	12	19,7	16	35,6	11	28,2	1	4,2	79	20,6
Mais de 10 anos	76	35,5	28	45,9	22	48,9	21	53,8	22	91,7	169	44,1
Não-resposta	1	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3
TOTAL	214	100,0	61	100,0	45	100,0	39	100,0	24	100,0	383	100,0

Fonte: Pesquisa "Atribuições do Pessoal de Nível Médio que atua na Área de Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental" - Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado/ NESCON/ FM/ UFMG.

Tabela 23. Brasil, 2006.

Distribuição dos coordenadores municipais de vigilância, segundo a experiência de trabalho anterior na área da vigilância, por região natural.

Região	Sim		Não		Não-resposta		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
CO	6	15,8	32	84,2	0	0	38	100
N	9	24,3	28	75,7	0	0	37	100
NE	36	35,6	64	63,4	1	0,99	101	100
S	17	21,3	63	78,8	0	0	80	100
SE	41	32,3	85	66,9	1	0,79	127	100
Brasil	109	28,5	272	71	2	0,52	383	100

Fonte: Pesquisa "Atribuições do Pessoal de Nível Médio que atua na Área de Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental" - Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado/ NESCON/ FM/ UFMG.

Tabela 24. Brasil, 2006.

Distribuição dos coordenadores municipais de vigilância, segundo a experiência de trabalho anterior na área da vigilância, por porte populacional.

Região	Sim		Não		Não-resposta		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Até 20 mil	43	20,1	170	79,4	1	0,47	214	100
20 a 50mil	15	24,6	45	73,8	1	1,64	61	100
50 a 100 mil	22	48,9	23	51,1	0	0	45	100
100 a 500 mil	15	38,5	24	61,5	0	0	39	100
Mais de 500 mil	14	58,3	10	41,7	0	0	24	100
Brasil	109	28,5	272	71	2	0,52	383	100

Fonte: Pesquisa "Atribuições do Pessoal de Nível Médio que atua na Área de Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental" - Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado/ NESCON/ FM/ UFMG.

Tabela 25. Brasil, 2006.

Distribuição dos coordenadores municipais com experiência em vigilância, por área de atuação anterior e região natural.

Região	Vigilância Sanitária		Vigilância Epidemiológica		Vigilância Ambiental		Vigilância Saúde do trabalhador		N
	n	%	n	%	n	%	n	%	
CO	2	33,3	2	33,3	2	33,3	0	0	6
N	5	55,6	5	55,6	1	11,1	1	11,1	9
NE	21	58,3	22	61,1	10	27,8	2	5,6	36
S	11	64,7	5	29,4	2	11,8	1	5,9	17
SE	24	58,5	23	56,1	5	12,2	1	2,4	41
Brasil	63	57,8	57	52,3	20	18,3	5	4,6	109

Fonte: Pesquisa "Atribuições do Pessoal de Nível Médio que atua na Área de Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental" - Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado/ NESCON/ FM/ UFMG.

Tabela 26. Brasil, 2006.

Distribuição dos coordenadores municipais com experiência em vigilância, por área de atuação anterior e faixa populacional.

Região	Vigilância Sanitária		Vigilância Epidemiológica		Vigilância Ambiental		Vigilância Saúde do trabalhador		N
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Até 20 mil	21	48,8	25	58,1	6	14	1	2,3	43
20 a 50mil	12	80	5	33,3	4	26,7	2	13,3	15
50 a 100 mil	15	68,2	11	50	2	9,1	0	0	22
100 a 500 mil	7	46,7	10	66,7	2	13,3	0	0	15
Mais de 500 mil	8	57,1	6	42,9	6	42,9	2	14,3	14
Brasil	63	57,8	57	52,3	20	18,3	5	4,6	109

Fonte: Pesquisa "Atribuições do Pessoal de Nível Médio que atua na Área de Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental" - Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado/ NESCON/ FM/ UFMG.

TÉCNICOS DE NÍVEL MÉDIO

Tabela 27. Brasil, 2006.

Distribuição dos profissionais de nível médio entrevistados, por sexo e região geográfica.

Região	Masculino		Feminino		Não-resposta		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
CO	22	51,2	21	48,8	0	0	43	100,0
N	28	68,3	13	31,7	0	0	41	100,0
NE	71	64	40	36	0	0	111	100,0
S	39	44,8	46	52,9	2	2,3	87	100,0
SE	82	56,2	64	43,8	0	0	146	100,0
Brasil	242	56,5	184	43	2	0,5	428	100,0

Fonte: Pesquisa "Atribuições do Pessoal de Nível Médio que atua na Área de Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental" - Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado/ NESCON/ FM/ UFMG.

Tabela 28. Brasil, 2006.

Distribuição dos profissionais de nível médio entrevistados, por sexo e porte populacional do município.

Porte	Masculino		Feminino		Não-resposta		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Até 20 mil	132	61,4	81	37,7	2	0,9	215	100,0
20 a 50mil	38	62,3	23	37,7	0	0,0	61	100,0
50 a 100 mil	21	46,7	24	53,3	0	0,0	45	100,0
100 a 500 mil	35	52,2	32	47,8	0	0,0	67	100,0
Mais de 500 mil	16	40,0	24	60,0	0	0,0	40	100,0
Brasil	242	56,5	184	43,0	2	0,5	428	100,0

Fonte: Pesquisa "Atribuições do Pessoal de Nível Médio que atua na Área de Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental" - Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado/ NESCON/ FM/ UFMG.

Tabela 29. Brasil, 2006.

Distribuição dos profissionais de nível médio entrevistados, por nível de escolaridade e região geográfica.

Região	Primeiro grau completo		Segundo grau incompleto		Segundo grau completo		Superior incompleto		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
CO	0	0,0	0	0,0	41	95,3	2	4,7	43	100,0
N	0	0,0	0	0,0	37	90,2	4	9,8	41	100,0
NE	1	0,9	7	6,3	95	85,6	8	7,2	111	100,0
S	0	0,0	4	4,6	79	90,8	4	4,6	87	100,0
SE	2	1,4	6	4,1	133	91,1	5	3,4	146	100,0
Brasil	3	0,7	17	4,0	385	90,0	23	5,4	428	100,0

Fonte: Pesquisa "Atribuições do Pessoal de Nível Médio que atua na Área de Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental" - Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado/ NESCON/ FM/ UFMG.

Tabela 30. Brasil, 2006.

Distribuição dos profissionais de nível médio entrevistados, por nível de escolaridade e faixa populacional.

Região	Primeiro grau completo		Segundo grau incompleto		Segundo grau completo		Superior incompleto		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Até 20 mil	3	1,4	11	5,1	191	88,8	10	4,7	215	100,0
20 a 50mil	0	0,0	4	6,6	53	86,9	4	6,6	61	100,0
50 a 100 mil	0	0,0	1	2,2	40	88,9	4	8,9	45	100,0
100 a 500 mil	0	0,0	1	1,5	63	94,0	3	4,5	67	100,0
Mais de 500 mil	0	0,0	0	0,0	38	95,0	2	5,0	40	100,0
Brasil	3	0,7	17	4,0	385	90,0	23	5,4	428	100,0

Fonte: Pesquisa "Atribuições do Pessoal de Nível Médio que atua na Área de Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental" - Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado/ NESCON/ FM/ UFMG.

Tabela 31. Brasil, 2006.

Distribuição dos profissionais de nível médio entrevistados, segundo o cargo ocupado.

Cargo do Técnico	n	%
Agente/ Fiscal/ Técnico da VISA	80	18,7
Agente/ Fiscal/ Inspetor/ Técnico Sanitário	74	17,3
Auxiliar de Enfermagem	37	8,6
Técnico de Enfermagem	37	8,6
Fiscal/ Técnico da VE	22	5,1
Fiscal	16	3,7
Agente de Saúde	16	3,7
Agente de Controle de Vetores	6	1,4
Agente de Saúde Pública	3	0,7
Agente de campo	2	0,5
Agente Administrativo da VE	1	0,2
Agente de Vigilância Ambiental	1	0,2
Coordenador da Funasa	1	0,2
Supervisor de área	1	0,2
Técnico da VS e VA	1	0,2
Técnico do Núcleo de Vigilância	1	0,2
Não-resposta	129	30,1
Total	428	100,0

Fonte: Pesquisa "Atribuições do Pessoal de Nível Médio que atua na Área de Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental" - Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado/ NESCON/ FM/ UFMG.

Tabela 32. Brasil, 2006.
Distribuição dos profissionais de nível médio entrevistados, segundo o tempo de permanência no cargo atual, por região geográfica.

Região	Menos de 1 ano		De 1 a 3 anos		De 4 a 8 anos		Mais de 8 anos		Não-resposta		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
CO	2	4,7	17	39,5	12	27,9	12	27,9	0	0,0	43	100,0
N	8	19,5	14	34,1	12	29,3	7	17,1	0	0,0	41	100,0
NE	7	6,3	33	29,7	47	42,3	24	21,6	0	0,0	111	100,0
S	7	8,0	28	32,2	21	24,1	31	35,6	0	0,0	87	100,0
SE	27	18,5	27	18,5	42	28,8	49	33,6	1	0,7	146	100,0
Brasil	51	11,9	119	27,8	134	31,3	123	28,7	1	0,2	428	100,0

Fonte: Pesquisa "Atribuições do Pessoal de Nível Médio que atua na Área de Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental" - Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado/ NESCON/ FM/ UFMG.

Tabela 33. Brasil, 2006.
Distribuição dos profissionais de nível médio entrevistados, segundo o tempo de permanência no cargo atual, por faixa populacional do município.

Porte	Menos de 1 ano		De 1 a 3 anos		De 4 a 8 anos		Mais de 8 anos		Não-resposta		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Até 20 mil	31	14,4	73	34,0	61	28,4	49	22,8	1	0,5	215	100,0
20 a 50mil	7	11,5	15	24,6	24	39,3	15	24,6	0	0,0	61	100,0
50 a 100 mil	7	15,6	6	13,3	18	40,0	14	31,1	0	0,0	45	100,0
100 a 500 mil	5	7,5	17	25,4	24	35,8	21	31,3	0	0,0	67	100,0
Mais de 500 mil	1	2,5	8	20,0	7	17,5	24	60,0	0	0,0	40	100,0
Brasil	51	11,9	119	27,8	134	31,3	123	28,7	1	0,2	428	100,0

Fonte: Pesquisa "Atribuições do Pessoal de Nível Médio que atua na Área de Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental" - Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado/ NESCON/ FM/ UFMG.

Tabela 34. Brasil, 2006.
Distribuição dos profissionais de nível médio entrevistados, segundo o tempo de atuação na área da saúde, por região geográfica.

Região	Menos de 1 ano		De 1 a 5 anos		de 6 a 10 anos		Mais de 10 anos		Não-resposta		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
CO	1	2,3	15	34,9	12	27,9	15	34,9	0	0,0	43	100,0
N	6	14,6	12	29,3	9	22,0	14	34,1	0	0,0	41	100,0
NE	3	2,7	32	28,8	31	27,9	45	40,5	0	0,0	111	100,0
S	3	3,4	27	31,0	13	14,9	44	50,6	0	0,0	87	100,0
SE	11	7,5	35	24,0	33	22,6	66	45,2	1	0,7	146	100,0
Brasil	24	5,6	121	28,3	98	22,9	184	43,0	1	0,2	428	100,0

Fonte: Pesquisa "Atribuições do Pessoal de Nível Médio que atua na Área de Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental" - Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado/ NESCON/ FM/ UFMG.

Tabela 35. Brasil, 2006.
Distribuição dos profissionais de nível médio entrevistados, segundo o tempo de atuação na área da saúde, por porte populacional do município.

Região	Menos de 1 ano		De 1 a 5 anos		de 6 a 10 anos		Mais de 10 anos		Não-resposta		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Até 20 mil	11	5,1	81	37,7	42	19,5	80	37,2	1	0,5	215	100,0
20 a 50 mil	5	8,2	13	21,3	19	31,1	24	39,3	0	0,0	61	100,0
50 a 100 mil	3	6,7	7	15,6	12	26,7	23	51,1	0	0,0	45	100,0
100 a 500 mil	4	6,0	15	22,4	19	28,4	29	43,3	0	0,0	67	100,0
Mais de 500 mil	1	2,5	5	12,5	6	15,0	28	70,0	0	0,0	40	100,0
Brasil	24	5,6	121	28,3	98	22,9	184	43,0	1	0,2	428	100,0

Fonte: Pesquisa "Atribuições do Pessoal de Nível Médio que atua na Área de Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental" - Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado/ NESCON/ FM/ UFMG.

Tabela 36. Brasil, 2006.
Distribuição dos profissionais de nível médio entrevistados, segundo a formação profissional declarada.

Profissão do Técnico	n	%
Técnico de enfermagem	84	19,6
Auxiliar de Enfermagem	41	9,6
Técnico em Contabilidade	20	4,7
Técnico em Agropecuária	9	2,1
Técnico em Saneamento	9	2,1
Técnico Laboratorial	4	0,9
Administração	2	0,5
Magistério	2	0,5
Fiscal em VISA e Saúde ambiental	2	0,5
Advogado	1	0,2
Agente Sanitário	1	0,2
Agente de Saúde	1	0,2
Analista de Sistema	1	0,2
Auxiliar técnico	1	0,2
Operador de Computador	1	0,2
Técnico de Saúde Pública	1	0,2
Técnico em Nutrição e Dietética	1	0,2
Técnico em vigilância em saúde	1	0,2
Nenhuma	146	34,1
Não-resposta	100	23,4
Total	428	100,0

Fonte: Pesquisa "Atribuições do Pessoal de Nível Médio que atua na Área de Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental" - Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado/ NESCON/ FM/ UFMG.

Tabela 37. Brasil, 2006.
Distribuição dos profissionais de nível médio entrevistados, segundo a situação funcional e a região geográfica.

Situação funcional	CO		N		NE		S		SE		Brasil	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
É funcionário do quadro da prefeitura	39	90,7	33	80,5	81	73,0	71	81,6	129	88,4	353	82,5
Não é funcionário do quadro (contratado para o cargo que ocupa)	3	7,0	5	12,2	28	25,2	15	17,2	14	9,6	65	15,2
Cedido por outra instituição pública	1	2,3	3	7,3	2	1,8	1	1,1	3	2,1	10	2,3
Total	43	100,0	41	100,0	111	100,0	87	100,0	146	100,0	428	100,0

Fonte: Pesquisa "Atribuições do Pessoal de Nível Médio que atua na Área de Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental" - Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado/ NESCON/ FM/ UFMG.

Tabela 38. Brasil, 2006.
Distribuição dos profissionais de nível médio entrevistados, segundo a situação funcional e a faixa populacional.

Situação funcional	Até 20 mil		20 a 50 mil		50 a 100 mil		100 a 500 mil		Mais de 500 mil		Brasil	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
É funcionário do quadro da prefeitura	175	81,4	51	83,6	34	75,6	58	86,6	35	87,5	353	82,5
Não é funcionário do quadro (contratado para o cargo que ocupa)	35	16,3	8	13,1	10	22,2	7	10,4	5	12,5	65	15,2
Cedido por outra instituição pública	5	2,3	2	3,2	1	2,2	2	3	0	0	10	2,3
Total	215	100	61	100	45	100	67	100	40	100	428	100

Fonte: Pesquisa "Atribuições do Pessoal de Nível Médio que atua na Área de Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental" - Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado/ NESCON/ FM/ UFMG.

Tabela 39. Brasil, 2006.
Distribuição dos profissionais de nível médio, segundo o tipo de vínculo empregatício e região geográfica.

Tipo de vínculo	CO		N		NE		S		SE		Brasil	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Estatutário	27	62,8	31	75,6	64	57,7	66	75,8	99	67,9	287	67,0
DAS/cargo comissionado	3	7,0	1	2,4	7	6,3	2	2,3	3	2,1	16	3,7
CLT	6	14,0	1	2,4	6	5,4	11	12,6	26	17,8	50	11,7
Prestador de Serviço/Temporário	7	16,3	7	17,1	29	26,1	8	9,1	17	11,6	68	15,9
Terceirizado	0	0,0	0	0,0	1	0,9	0	0,0	1	0,7	2	0,5
Não-resposta	0	0,0	1	2,4	4	3,6	0	0,0	0	0,0	5	1,2
Total	43	100,0	41	100,0	111	100,0	87	100,0	146	100,0	428	100,0

Fonte: Pesquisa "Atribuições do Pessoal de Nível Médio que atua na Área de Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental" - Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado/ NESCON/ FM/ UFMG.

Tabela 40. Brasil, 2006.
Distribuição dos profissionais de nível médio, segundo o tipo de vínculo empregatício e faixa populacional do município.

Tipo de vínculo	Até 20 mil		20 a 50mil		50 a 100 mil		100 a 500 mil		Mais de 500 mil		Brasil	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Estatutário	139	64,6	34	55,7	26	57,8	53	79,1	35	87,5	287	67
DAS/cargo comissionado	12	5,6	2	3,3	1	2,2	1	1,5	0	0	16	3,7
CLT	25	11,6	10	16,4	7	15,6	5	7,5	3	7,5	50	11,7
Prestador de Serviço/Temporário	37	17,2	14	23	10	22,1	5	7,5	2	5	68	15,9
Terceirizado	1	0,5	0	0	0	0	1	1,5	0	0	2	0,5
Outros	1	0,5	1	1,6	1	2,2	2	3	0	0	5	1,2
Total	215	100	61	100	45	100	67	100	40	100	428	100

Fonte: Pesquisa "Atribuições do Pessoal de Nível Médio que atua na Área de Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental" - Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado/ NESCON/ FM/ UFMG.

Tabela 41. Brasil, 2006.
Distribuição dos profissionais de nível médio de vigilância, segundo a área em que atuam e a região geográfica.

Região	N	Epidemiológica		Sanitária		Ambiental		Saúde do Trabalhador	
		n	%	n	%	n	%	n	%
CO	43	20	46,5	23	53,5	9	20,9	1	2,3
N	41	16	39,0	25	61,0	2	4,9	2	4,9
NE	111	63	56,8	63	56,8	9	8,1	4	3,6
S	87	52	59,8	48	55,2	17	19,5	7	8,0
SE	146	74	50,7	82	56,2	8	5,5	2	1,4
Brasil	428	225	52,6	241	56,3	45	10,5	16	3,7

Fonte: Pesquisa "Atribuições do Pessoal de Nível Médio que atua na Área de Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental" - Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado/ NESCON/ FM/ UFMG.

Tabela 42. Brasil, 2006.
Distribuição dos profissionais de nível médio de vigilância, segundo a área em que atuam e a faixa populacional do município.

Porte	N	Epidemiológica		Sanitária		Ambiental		Saúde do Trabalhador	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Até 20 mil	215	129	60,0	119	55,3	32	14,9	15	7,0
20 a 50mil	61	26	42,6	39	63,9	6	9,8	0	0,0
50 a 100 mil	45	19	42,2	26	57,8	4	8,9	0	0,0
100 a 500 mil	67	31	46,3	37	55,2	2	3,0	1	1,5
Mais de 500 mil	40	20	50,0	20	50,0	1	2,5	0	0,0
Brasil	428	225	52,6	241	56,3	45	10,5	16	3,7

Fonte: Pesquisa "Atribuições do Pessoal de Nível Médio que atua na Área de Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental" - Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado/ NESCON/ FM/ UFMG.

Tabela 43. Brasil, 2006.

Distribuição dos profissionais de nível médio entrevistados, segundo experiência anterior de trabalho em vigilância, por região geográfica.

Região	Sim		Não		Total	
	n	%	n	%	n	%
CO	7	16,3	36	83,7	43	100,0
N	7	17,1	34	82,9	41	100,0
NE	26	23,4	85	76,6	111	100,0
S	18	20,7	69	79,3	87	100,0
SE	28	19,2	118	80,8	146	100,0
Brasil	86	20,1	342	79,9	428	100,0

Fonte: Pesquisa "Atribuições do Pessoal de Nível Médio que atua na Área de Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental" - Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado/ NESCON/ FM/ UFMG.

Tabela 44. Brasil, 2006.

Distribuição dos profissionais de nível médio entrevistados, segundo experiência anterior de trabalho em vigilância e faixa populacional do município.

Região	Sim		Não		Total	
	n	%	n	%	n	%
Até 20 mil	45	20,9	170	79,1	215	100,0
20 a 50mil	12	19,7	49	80,3	61	100,0
50 a 100 mil	9	20,0	36	80,0	45	100,0
100 a 500 mil	11	16,4	56	83,6	67	100,0
Mais de 500 mil	9	22,5	31	77,5	40	100,0
Brasil	86	20,1	342	79,9	428	100,0

Fonte: Pesquisa "Atribuições do Pessoal de Nível Médio que atua na Área de Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental" - Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado/ NESCON/ FM/ UFMG.

Tabela 45. Brasil, 2006.

Distribuição dos Trabalhadores de Vigilância por Ações de Notificação segundo região geográfica, atividades que executam e opinião sobre as atividades.

AÇÕES DE NOTIFICAÇÃO	Executa e Não Deveria x Região											
	CO		N		NE		S		SE		Brasil	
	Executa	Não deveria executar	Executa	Não deveria executar	Executa	Não deveria executar	Executa	Não deveria executar	Executa	Não deveria executar	Executa	Não deveria executar
	N = 43		N = 41		N = 111		N = 87		N = 146		N = 428	
Na sua atividade você NOTIFICA:												
Casos de Doenças de Notificação Compulsória e Agravos de interesse à saúde.	53,5	32,6	46,3	46,3	50,5	37,8	57,5	26,4	54,1	36,3	53,0	35,3
Casos de animais com suspeita de transmissão de zoonoses (com ou sem a morte do animal)	46,5	25,6	34,1	51,2	47,7	43,2	54,0	28,7	42,5	47,9	45,8	40,9
Surtos de doenças e agravos de interesse epidemiológico (doenças diarreicas agudas, intoxicação alimentar, agrotóxicos, etc).	46,5	41,9	43,9	41,5	53,2	35,1	63,2	24,1	55,5	32,9	54,4	33,4
Eventos adversos (pós-vacinais, por medicamentos, prod. e serviços de interesse à saúde, etc).	37,2	53,5	41,5	39,0	38,7	44,1	51,7	29,9	52,1	37,0	46,0	39,3

Fonte: Pesquisa "Atribuições do Pessoal de Nível Médio que atua na Área de Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental" - Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado/ NESCON/ FM/ UFMG.

Tabela 46. Brasil, 2006.

Distribuição dos Trabalhadores de Vigilância por Ações de Notificação segundo faixa populacional, atividades que executam e opinião sobre as atividades.

AÇÕES DE NOTIFICAÇÃO	Executa e Não Deveria x Porte											
	Até 20 mil		20 a 50 mil		50 a 100 mil		100 a 500 mil		Mais de 500 mil		Total	
	Executa	Não deveria executar	Executa	Não deveria executar	Executa	Não deveria executar	Executa	Não deveria executar	Executa	Não deveria executar	Executa	Não deveria executar
	N = 215		N = 61		N = 45		N = 67		N = 40		N = 428	
Na sua atividade você NOTIFICA:												
Casos de Doenças de Notificação Compulsória e Agravos de interesse à saúde.	57,7	27,9	47,5	41,0	48,9	40,0	46,3	46,3	52,5	42,5	53,0	35,3
Casos de animais com suspeita de transmissão de zoonoses (com ou sem a morte do animal)	54,4	27,9	50,8	37,7	40,0	44,4	26,9	65,7	30,0	70	45,8	40,9
Surtos de doenças e agravos de interesse epidemiológico (doenças diarreicas agudas, intoxicação alimentar, agrotóxicos, etc).	56,7	29,8	44,3	39,3	55,6	33,3	52,2	38,8	60,0	35	54,4	33,4
Eventos adversos (pós-vacinais, por medicamentos, prod. e serviços de interesse à saúde, etc).	50,7	32,1	41,0	42,6	46,7	33,3	35,8	56,7	45,0	50	46,0	39,3

Fonte: Pesquisa "Atribuições do Pessoal de Nível Médio que atua na Área de Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental" - Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado/NESCON/ FM/ UFMG.

Tabela 47. Brasil, 2006.

Distribuição dos Trabalhadores de Vigilância por Ações de Notificação segundo o tipo de vigilância em que atuam.

AÇÕES DE NOTIFICAÇÃO	Executa x Tipo de Vigilância			
	Somente Epidemiológica	Somente Sanitária	Outros	Total
	N = 167	N = 174	N = 87	N = 428
Na sua atividade você NOTIFICA:				
Casos de Doenças de Notificação Compulsória e Agravos de interesse à saúde.	78,4	25,9	58,6	53,0
Casos de animais com suspeita de transmissão de zoonoses (com ou sem a morte do animal)	48,5	36,2	59,8	45,8
Surtos de doenças e agravos de interesse epidemiológico (doenças diarreicas agudas, intoxicação alimentar, agrotóxicos, etc).	76,0	30,5	60,9	54,4
Eventos adversos (pós-vacinais, por medicamentos, prod. e serviços de interesse à saúde, etc).	63,5	26,4	51,7	46,0

Fonte: Pesquisa "Atribuições do Pessoal de Nível Médio que atua na Área de Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental" - Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado/ NESCON/ FM/ UFMG.

Tabela 48. Brasil, 2006.

Distribuição dos Trabalhadores de Vigilância por Ações de Investigação segundo região geográfica, atividades que executam e opinião sobre as atividades.

AÇÕES DE INVESTIGAÇÃO	Executa e Não Deveria x Região											
	CO		N		NE		S		SE		Brasil	
	Executa	Não deveria executar	Executa	Não deveria executar	Executa	Não deveria executar	Executa	Não deveria executar	Executa	Não deveria executar	Executa	Não deveria executar
	N = 43		N = 41		N = 111		N = 87		N = 146		N = 428	
Na sua atividade você INVESTIGA:												
Casos suspeitos de Doenças	58,1	27,9	48,8	34,1	55,9	27,9	70,1	20,7	58,2	32,9	59,1	28,7
Transmissíveis	53,5		41,5		47,7		69,0		49,3		52,6	
Não Transmissíveis	32,6		34,1		35,1		50,6		40,4		39,7	
Relacionadas ao Trabalho	30,2		24,4		26,1		43,7		32,2		32,0	
Óbitos Evitáveis (materno e infantil)	23,3	51,2	14,6	70,7	21,6	57,7	36,8	43,7	14,4	63,0	21,7	57,2
Reações adversas (produto transfusional, pós-vacinal)	34,9	48,8	26,8	48,8	27,9	55,9	43,7	36,8	35,6	50,0	34,3	48,6
Condições de vida e situação de saúde do seu território	27,9	30,2	56,1	19,5	52,3	23,4	43,7	23,0	51,4	30,1	48,1	25,9
Casos de morte de animais com suspeita de transmissão de zoonoses (morcego, rato, cachorro, pombo, macaco e outros)	51,2	27,9	34,1	48,8	46,8	45,0	44,8	39,1	31,5	53,4	40,4	45,3
Surtos (doenças transmitidas por alimentos, meningites e outros)	65,1	23,3	56,1	19,5	54,1	27,9	74,7	14,9	60,3	23,3	61,7	22,4
Agravos de interesse à saúde (homicídios, acidentes, diabetes, etc)	25,6	55,8	14,6	61,0	25,2	51,4	37,9	41,4	21,2	59,6	25,5	53,5
Na sua atividade você Fiscaliza produtos e serviços de interesse à saúde quanto a:												
Fabricação/ produção	37,2	46,5	56,1	36,6	56,8	34,2	51,7	35,6	51,4	41,8	51,9	38,6
Armazenamento	46,5	44,2	58,5	36,6	60,4	30,6	52,9	35,6	54,8	41,1	55,4	37,1
Distribuição	39,5	51,2	58,5	36,6	58,6	32,4	54,0	35,6	52,1	43,2	53,5	39,0
Comércio	44,2	44,2	58,5	36,6	57,7	32,4	54,0	36,8	54,1	42,5	54,4	38,3
Consumo	41,9	46,5	58,5	36,6	57,7	32,4	51,7	39,1	52,1	43,2	53,0	39,3
Prestação de serviços de saúde (hospitais, unidades básicas de saúde, clínicas, outros)	44,2	46,5	48,8	36,6	58,6	36,0	46,0	44,8	41,1	50,0	47,7	43,7
Prestação de serviços de interesse à saúde (instituto de beleza, asilos, clubes, creches, outros)	51,2	41,9	58,5	39,0	55,0	36,0	49,4	36,8	52,1	40,4	52,8	38,6

Fonte: Pesquisa "Atribuições do Pessoal de Nível Médio que atua na Área de Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental" - Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado/ NESCON/ FM/ UFMG.

Tabela 49. Brasil, 2006.
Distribuição dos Trabalhadores de Vigilância por Ações de Investigação segundo faixa populacional, atividades que executam e opinião sobre as atividades.

AÇÕES DE INVESTIGAÇÃO	Executa e Não Deveria x Porte											
	Até 20 mil		20 a 50 mil		50 a 100 mil		100 a 500 mil		Mais de 500 mil		Total	
	Executa	Não deveria executar	Executa	Não deveria executar	Executa	Não deveria executar	Executa	Não deveria executar	Executa	Não deveria executar	Executa	Não deveria executar
	N = 215		N = 61		N = 45		N = 67		N = 40		N = 428	
Na sua atividade você INVESTIGA:												
Casos suspeitos de Doenças	68,4	20,5	42,6	39,3	57,8	24,4	52,2	40,3	47,5	42,5	59,1	28,7
Transmissíveis	62,3		36,1		48,9		46,3		40,0		52,6	
Não Transmissíveis	47,9		26,2		37,8		34,3		27,5		39,7	
Relacionadas ao Trabalho	38,6		18,0		35,6		26,9		22,5		32,0	
Óbitos Evitáveis (materno e infantil)	26,5	48,8	16,4	67,2	22,2	62,2	17,9	59,7	10,0	77,5	21,7	57,2
Reações adversas (produto transfusional, pós-vacinal)	39,5	40,5	19,7	65,6	35,6	46,7	31,3	53,7	32,5	60	34,3	48,6
Condições de vida e situação de saúde do seu território	55,3	20,0	45,9	31,1	44,4	22,2	35,8	41,8	37,5	27,5	48,1	25,9
Casos de morte de animais com suspeita de transmissão de zoonoses (morcego, rato, cachorro, pombo, macaco e outros)	54,0	29,3	37,7	49,2	33,3	55,6	20,9	70,1	12,5	72,5	40,4	45,3
Surtos (doenças transmitidas por alimentos, meningites e outros)	62,8	16,7	52,5	27,9	66,7	22,2	59,7	31,3	67,5	30	61,7	22,4
Agravos de interesse à saúde (homicídios, acidentes, diabetes etc)	32,1	44,7	16,4	60,7	24,4	55,6	17,9	67,2	17,5	65	25,5	53,5
Na sua atividade você Fiscaliza produtos e serviços de interesse à saúde quanto a:												
Fabricação/ produção	51,6	36,3	62,3	31,1	57,8	37,8	49,3	43,3	35,0	55	51,9	38,6
Armazenamento	53,5	35,3	67,2	27,9	57,8	37,8	53,7	43,3	47,5	50	55,4	37,1
Distribuição	52,6	37,2	62,3	29,5	55,6	40,0	52,2	44,8	45,0	52,5	53,5	39,0
Comércio	54,4	36,3	63,9	27,9	53,3	40,0	52,2	44,8	45,0	52,5	54,4	38,3
Consumo	51,6	37,7	62,3	31,1	53,3	40,0	53,7	43,3	45,0	52,5	53,0	39,3
Prestação de serviços de saúde (hospitais, unidades básicas de saúde, clínicas, outros)	46,5	42,8	60,7	34,4	55,6	37,8	40,3	50,7	37,5	57,5	47,7	43,7
Prestação de serviços de interesse à saúde (instituo de beleza, asilos, clubes, creches, outros)	52,1	34,9	62,3	34,4	51,1	37,8	50,7	49,3	47,5	47,5	52,8	38,6

Fonte: Pesquisa "Atribuições do Pessoal de Nível Médio que atua na Área de Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental" - Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado/ NESCON/FM/ UFMG.

Tabela 50. Brasil, 2006.

Distribuição dos Trabalhadores de Vigilância por Ações de Investigação segundo o tipo de vigilância em que atuam.

AÇÕES DE INVESTIGAÇÃO	Executa x Tipo de Vigilância			
	Somente Epidemiológica	Somente Sanitária	Outros	Total
	N = 167	N = 174	N = 87	N = 428
Na sua atividade você INVESTIGA:				
Casos suspeitos de Doenças	80,8	32,8	70,1	59,1
<i>Transmissíveis</i>	76,0	24,7	63,2	52,6
<i>Não Transmissíveis</i>	52,1	21,3	52,9	39,7
<i>Relacionadas ao Trabalho</i>	43,1	16,7	41,4	32,0
Óbitos Evitáveis (materno e infantil)	40,1	5,2	19,5	21,7
Reações adversas (produto transfusional, pós-vacinal)	61,7	10,3	29,9	34,3
Condições de vida e situação de saúde do seu território	49,1	46,6	49,4	48,1
Casos de morte de animais com suspeita de transmissão de zoonoses (morcego, rato, cachorro, pombo, macaco e outros)	40,7	29,3	62,1	40,4
Surtos (doenças transmitidas por alimentos, meningites e outros)	67,1	56,9	60,9	61,7
Agravos de interesse à saúde (homicídios, acidentes, diabetes etc)	31,7	13,8	36,8	25,5
Na sua atividade você Fiscaliza produtos e serviços de interesse à saúde quanto a:				
Fabricação/ produção	7,8	88,5	63,2	51,9
Armazenamento	8,4	93,7	69,0	55,4
Distribuição	7,2	91,4	66,7	53,5
Comércio	6,0	94,3	67,8	54,4
Consumo	7,2	92,5	62,1	53,0
Prestação de serviços de saúde (hospitais, unidades básicas de saúde, clínicas, outros)	18,0	72,4	55,2	47,7
Prestação de serviços de interesse à saúde (instituto de beleza, asilos, clubes, creches, outros)	9,0	89,1	64,4	52,8

Fonte: Pesquisa "Atribuições do Pessoal de Nível Médio que atua na Área de Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental" - Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado/ NESCON/ FM/ UFMG.

Tabela 51. Brasil, 2006.

Distribuição dos Trabalhadores de Vigilância por Ações de Controle e Monitoramento segundo região geográfica, atividades que executam e opinião sobre as atividades.

Ações de CONTROLE E MONITORAMENTO	Executa e Não Deveria x Região											
	CO		N		NE		S		SE		Brasil	
	Executa	Não deveria executar	Executa	Não deveria executar	Executa	Não deveria executar	Executa	Não deveria executar	Executa	Não deveria executar	Executa	Não deveria executar
	N = 43		N = 41		N = 111		N = 87		N = 146		N = 428	
Em relação ao controle de vetores e animais, você:												
Realiza eutanásia de animais (cães, gatos, bovinos, eqüinos, suínos, caprinos, ovinos).	25,6	65,1	22,0	65,9	22,5	62,2	12,6	70,1	9,6	78,1	16,4	69,9
Elimina focos e/ou criadouros de endemias:	46,5	39,5	36,6	58,5	41,4	54,1	36,8	56,3	35,6	59,6	38,6	55,4
Aedes aegypti (dengue) e Albopictus	41,9		34,1		41,4		36,8		32,2		36,7	
Flebotomíneos (leishmaniose)	37,2		17,1		27,0		23,0		20,5		24,1	
Anofelinos(malária)	30,2		24,4		14,4		19,5		14,4		18,0	
Outro	7,0		4,9		12,6		3,4		6,8		7,5	
Adota medidas de prevenção e controle de roedores e insetos nas áreas de risco como:												
	44,2	34,9	41,5	41,5	43,2	46,8	42,5	42,5	37,7	52,1	41,1	46,0
Borrifação	30,2		22,0		27,9		23,0		19,2		23,6	
Desratização e anti-ratização	20,9		7,3		19,8		16,1		14,4		16,1	
Limpeza	32,6		22,0		30,6		27,6		21,2		26,2	
Eliminação de depósitos	32,6		19,5		22,5		20,7		18,5		21,5	
Aplicação de moluscicida	14,0		9,8		10,8		16,1		9,6		11,7	
Outro	9,3		19,5		13,5		9,2		18,5		14,5	
Na sua atividade você realiza coleta de amostras para:												
Análise fiscal (medicamentos, alimentos, saneantes, água, cosméticos)	51,2	27,9	58,5	34,1	57,7	28,8	62,1	31,0	54,1	32,2	56,8	30,8
Diagnóstico laboratorial de doenças (sangue, fezes, swab)	30,2	48,8	26,8	70,7	34,2	50,5	36,8	54,0	31,5	61,6	32,7	56,8
Captura vetores para exames	30,2	48,8	24,4	70,7	31,5	56,8	33,3	56,3	30,1	61,6	30,6	58,9
Captura animais para exames	20,9	58,1	29,3	65,9	29,7	56,8	27,6	57,5	20,5	67,8	25,2	61,7

Fonte: Pesquisa "Atribuições do Pessoal de Nível Médio que atua na Área de Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental" - Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado/NESCON/ FM/ UFMG.

Tabela 52. Brasil, 2006.
Distribuição dos Trabalhadores de Vigilância por Ações de Controle e Monitoramento segundo faixa populacional, atividades que executam e opinião sobre as atividades.

Ações de CONTROLE E MONITORAMENTO	Executa e Não Deveria x Porte											
	Até 20 mil		20 a 50 mil		50 a 100 mil		100 a 500 mil		Mais de 500 mil		Total	
	Executa	Não deveria executar	Executa	Não deveria executar	Executa	Não deveria executar	Executa	Não deveria executar	Executa	Não deveria executar	Executa	Não deveria executar
	N = 215		N = 61		N = 45		N = 67		N = 40		N = 428	
Em relação ao controle de vetores e animais, você:												
Realiza eutanásia de animais (cães, gatos, bovinos, eqüinos, suínos, caprinos, ovinos).	22,8	58,6	19,7	67,2	15,6	71,1	1,5	94,0	2,5	92,5	16,4	69,9
Elimina focos e/ou criadouros de endemias:	50,2	42,8	37,7	54,1	26,7	64,4	23,9	77,6	15,0	77,5	38,6	55,4
Aedes aegypti (dengue) e Albopictus	48,8		32,8		26,7		22,4		12,5		36,7	
Flebotomíneos (leishmaniose)	34,0		29,5		8,9		9,0		5,0		24,1	
Anofelinos (malária)	27,9		21,3		2,2		4,5		0,0		18,0	
Outro	10,7		6,6		4,4		4,5		0,0		7,5	
Adota medidas de prevenção e controle de roedores e insetos nas áreas de risco como:	49,3	34,0	41,0	44,3	33,3	60,0	26,9	64,2	30,0	67,5	41,1	46,0
Borrifação	32,1		32,8		11,1		7,5		5,0		23,6	
Desratização e anti-ratização	19,5		27,9		13,3		4,5		2,5		16,1	
Limpeza	36,3		29,5		11,1		13,4		5,0		26,2	
Eliminação de depósitos	27,4		31,1		11,1		10,4		5,0		21,5	
Aplicação de moluscicida	16,7		16,4		0,0		4,5		2,5		11,7	
Outro	13,0		6,6		22,2		14,9		25,0		14,5	
Na sua atividade você realiza coleta de amostras para:												
Análise fiscal (medicamentos, alimentos, saneantes, água, cosméticos)	59,1	25,1	55,7	27,9	62,2	33,3	49,3	41,8	52,5	45	56,8	30,8
Diagnóstico laboratorial de doenças (sangue, fezes, swab)	37,7	48,4	26,2	60,7	26,7	62,2	22,4	74,6	40,0	60	32,7	56,8
Captura vetores para exames	42,8	40,0	36,1	54,1	17,8	75,6	11,9	89,6	2,5	97,5	30,6	58,9
Captura animais para exames	34,9	44,7	29,5	55,7	22,2	73,3	6,0	92,5	2,5	97,5	25,2	61,7

Fonte: Pesquisa "Atribuições do Pessoal de Nível Médio que atua na Área de Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental" - Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado/ NESCON/ FM/ UFMG.

Tabela 53. Brasil, 2006.

Distribuição dos Trabalhadores de Vigilância por Ações de Controle e Monitoramento segundo o tipo de vigilância em que atuam.

Ações de CONTROLE E MONITORAMENTO	Executa x Tipo de Vigilância			
	Somente Epidemiológica	Somente Sanitária	Outros	Total
	N = 167	N = 174	N = 87	N = 428
Em relação ao controle de vetores e animais, você:				
Realiza eutanásia de animais (cães, gatos, bovinos, eqüinos, suínos, caprinos, ovinos).	15,0	9,2	33,3	16,4
Elimina focos e/ou criadouros de endemias:	38,9	25,3	64,4	38,6
<i>Aedes aegypti (dengue) e Albopictus</i>	37,7	22,4	63,2	36,7
<i>Flebotomíneos (leishmaniose)</i>	25,7	11,5	46,0	24,1
<i>Anofelinos (malária)</i>	19,2	6,3	39,1	18,0
<i>Outro</i>	10,8	2,3	11,5	7,5
Adota medidas de prevenção e controle de roedores e insetos nas áreas de risco como:	33,5	38,5	60,9	41,1
<i>Borrifação</i>	22,8	17,2	37,9	23,6
<i>Desratização e anti-ratização</i>	13,2	11,5	31,0	16,1
<i>Limpeza</i>	25,1	19,0	42,5	26,2
<i>Eliminação de depósitos</i>	20,4	13,8	39,1	21,5
<i>Aplicação de moluscicida</i>	7,8	9,2	24,1	11,7
<i>Outro</i>	12,0	16,7	14,9	14,5
Na sua atividade você realiza coleta de amostras para:				
Análise fiscal (medicamentos, alimentos, saneantes, água, cosméticos)	22,2	83,9	69,0	56,8
Diagnóstico laboratorial de doenças (sangue, fezes, swab)	49,7	16,1	33,3	32,7
Captura vetores para exames	31,1	17,8	55,2	30,6
Captura animais para exames	20,4	17,8	49,4	25,2

Fonte: Pesquisa "Atribuições do Pessoal de Nível Médio que atua na Área de Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental" - Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado/ NESCON/ FM/ UFMG.

Tabela 54. Brasil, 2006.

Distribuição dos Trabalhadores de Vigilância por Ações de Assistência ao Paciente/Usuário segundo região geográfica, atividades que executam e opinião sobre as atividades.

Ações de ASSISTÊNCIA ao paciente/usuário	Executa e Não Deveria x Região											
	CO		N		NE		S		SE		Brasil	
	Executa	Não deveria executar	Executa	Não deveria executar	Executa	Não deveria executar	Executa	Não deveria executar	Executa	Não deveria executar	Executa	Não deveria executar
	N = 43		N = 41		N = 111		N = 87		N = 146		N = 428	
Em relação às atividades que envolvem assistência, você												
Administra medicamentos para o controle de endemias:	23,3	55,8	9,8	63,4	19,8	72,1	21,8	62,1	13,0	75,3	17,3	68,7
Malária	7,0		2,4		7,2		8,0		2,1		5,1	
Esquistossomose	9,3		0,0		9,0		6,9		5,5		6,5	
Filariose	4,7		0,0		1,8		4,6		0,7		2,1	
Tuberculose	14,0		4,9		12,6		13,8		7,5		10,5	
Hanseníase	14,0		4,9		13,5		10,3		6,2		9,6	
Outra	7,0		2,4		5,4		4,6		4,1		4,7	

Fonte: Pesquisa "Atribuições do Pessoal de Nível Médio que atua na Área de Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental" - Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado/ NESCON/ FM/ UFMG.

Tabela 55. Brasil, 2006.

Distribuição dos Trabalhadores de Vigilância por Ações de Assistência ao Paciente/Usuário segundo faixa populacional, atividades que executam e opinião sobre as atividades.

Ações de ASSISTÊNCIA ao paciente/usuário	Executa e Não Deveria x Porte											
	Até 20 mil		20 a 50 mil		50 a 100 mil		100 a 500 mil		Mais de 500 mil		Total	
	Executa	Não deveria executar	Executa	Não deveria executar	Executa	Não deveria executar	Executa	Não deveria executar	Executa	Não deveria executar	Executa	Não deveria executar
	N = 215		N = 61		N = 45		N = 67		N = 40		N = 428	
Em relação às atividades que envolvem assistência, você												
Administra medicamentos para o controle de endemias:	17,7	60,9	16,4	73,8	15,6	73,3	19,4	77,6	15,0	82,5	17,3	68,7
Malária	6,0		8,2		2,2		4,5		0,0		5,1	
Esquistossomose	7,0		8,2		2,2		7,5		5,0		6,5	
Filariose	2,3		1,6		0,0		4,5		0,0		2,1	
Tuberculose	12,1		8,2		6,7		11,9		7,5		10,5	
Hanseníase	11,2		9,8		4,4		10,4		5,0		9,6	
Outra	2,3		3,3		6,7		11,9		5,0		4,7	

Fonte: Pesquisa "Atribuições do Pessoal de Nível Médio que atua na Área de Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental" - Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado/ NESCON/ FM/ UFMG.

Tabela 56. Brasil, 2006.
Distribuição dos Trabalhadores de Vigilância por Ações de Assistência ao
Paciente/Usuário segundo o tipo de vigilância em que atuam.

Ações de ASSISTÊNCIA ao paciente/usuário	Executa x Tipo de Vigilância			
	Somente Epidemiológica	Somente Sanitária	Outros	Total
	N = 167	N = 174	N = 87	N = 428
Em relação às atividades que envolvem assistência, você				
Administra medicamentos para o controle de endemias:	33,5	4,0	12,6	17,3
<i>Malária</i>	10,2	0,6	4,6	5,1
<i>Esquistossomose</i>	12,6	1,7	4,6	6,5
<i>Filariose</i>	3,6	1,1	1,1	2,1
<i>Tuberculose</i>	21,6	2,3	5,7	10,5
<i>Hanseníase</i>	19,8	1,7	5,7	9,6
<i>Outra</i>	9,6	1,7	1,1	4,7

Fonte: Pesquisa "Atribuições do Pessoal de Nível Médio que atua na Área de Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental" - Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado/ NESCON/ FM/ UFMG

Tabela 57. Brasil, 2006.
Distribuição dos Trabalhadores de Vigilância por Ações de Proteção à Saúde segundo região geográfica, atividades que executam e opinião sobre as atividades.

Ações de PROTEÇÃO À SAÚDE	Executa e Não Deveria x Região											
	CO		N		NE		S		SE		Brasil	
	Executa	Não deveria executar	Executa	Não deveria executar	Executa	Não deveria executar	Executa	Não deveria executar	Executa	Não deveria executar	Executa	Não deveria executar
	N = 43		N = 41		N = 111		N = 87		N = 146		N = 428	
Na sua atividade você identifica situações-problemas relacionados à doenças de:												
Veiculação hídrica (cólera, febre tifóide, hepatite A e leptospirose, diarreias)	53,5	27,9	34,1	34,1	45,0	28,8	62,1	29,9	46,6	39,0	48,8	32,9
Veiculação alimentar (carne e leite)	51,2	32,6	43,9	36,6	46,8	34,2	66,7	23,0	56,8	26,7	54,4	29,4
Veiculação Respiratória (meningite, rubéola, hanseníases, tuberculose)	37,2	48,8	26,8	53,7	29,7	46,8	39,1	49,4	26,0	61,6	30,8	53,3
Veiculação Sanguínea (AIDS, hepatite B e C)	32,6	46,5	12,2	65,9	23,4	55,0	33,3	52,9	25,3	62,3	25,9	57,2
Veiculação Vetorial e antropozoonoses (dengue, febre amarela, leptospirose)	55,8	30,2	41,5	39,0	44,1	41,4	50,6	34,5	51,4	43,2	48,8	39,3
Não Transmissíveis	34,9	46,5	22,0	63,4	28,8	49,5	27,6	54,0	27,4	58,9	28,0	54,7
Relacionadas ao trabalho	44,2	41,9	24,4	63,4	30,6	46,8	44,8	41,4	30,1	50,0	34,1	47,9
Na sua atividade você identifica situações-problemas relacionados à:												
Exposição da população às situações de emergência (enchentes, seca, deslizamentos)	32,6	41,9	19,5	41,5	35,1	40,5	28,7	52,9	32,2	52,1	31,1	47,2
Sistemas de esgotamento sanitário e de águas residuais	48,8	25,6	48,8	31,7	55,9	36,9	49,4	48,3	53,4	37,0	52,3	37,6
Sistemas de abastecimento e armazenamento de água	39,5	37,2	56,1	26,8	51,4	32,4	47,1	44,8	45,2	44,5	47,7	39,0
Rede de distribuição	34,9		56,1		47,7		46,0		37,7		43,5	
Outras fontes de abastecimento	30,2		39,0		32,4		33,3		21,2		29,2	
No domicílio	34,9		46,3		42,3		44,8		39,0		41,4	
Sistema de coleta e destino final dos resíduos sólidos	25,6	46,5	48,8	24,4	46,8	38,7	35,6	54,0	40,4	46,6	40,4	43,9
Populações expostas a substâncias químicas e poluições (agrotóxicos, benzeno, vazamento químico e solos contaminados).	32,6	39,5	29,3	31,7	36,9	46,8	26,4	52,9	24,7	61,0	29,4	50,7

Fonte: Pesquisa "Atribuições do Pessoal de Nível Médio que atua na Área de Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental" - Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado/ NESCON/ FM/ UFMG.

Tabela 58. Brasil, 2006.

Distribuição dos Trabalhadores de Vigilância por Ações de Proteção à Saúde segundo faixa populacional, atividades que executam e opinião sobre as atividades.

Ações de PROTEÇÃO À SAÚDE	Executa e Não Deveria x Porte											
	Até 20 mil		20 a 50mil		50 a 100 mil		100 a 500 mil		Mais de 500 mil		Total	
	Executa	Não deveria executar	Executa	Não deveria executar	Executa	Não deveria executar	Executa	Não deveria executar	Executa	Não deveria executar	Executa	Não deveria executar
	N = 215		N = 61		N = 45		N = 67		N = 40		N = 428	
Na sua atividade você identifica situações-problemas relacionados à doenças de:												
Veiculação hídrica (cólera, febre tifóide, hepatite A e leptospirose, diarréias)	51,2	24,7	41,0	41,0	55,6	28,9	44,8	49,3	47,5	42,5	48,8	32,9
Veiculação alimentar (carne e leite)	48,4	27,0	60,7	34,4	60,0	26,7	59,7	35,8	62,5	27,5	54,4	29,4
Veiculação Respiratória (meningite, rubéola, hanseníases, tuberculose)	32,1	47,0	24,6	59,0	24,4	62,2	37,3	59,7	30,0	57,5	30,8	53,3
Veiculação Sanguínea (AIDS, hepatite B e C)	27,4	48,4	14,8	68,9	22,2	68,9	32,8	62,7	27,5	65	25,9	57,2
Veiculação Vetorial e antropozoonoses (dengue, febre amarela, lesptospirose)	54,4	28,8	39,3	49,2	44,4	42,2	46,3	53,7	42,5	52,5	48,8	39,3
Não Transmissíveis	32,6	48,4	18,0	70,5	28,9	53,3	25,4	64,2	22,5	50	28,0	54,7
Relacionadas ao trabalho	38,6	41,4	32,8	57,4	31,1	48,9	28,4	53,7	25,0	57,5	34,1	47,9
Na sua atividade você identifica situações-problemas relacionados à:												
Exposição da população às situações de emergência (enchentes, seca, deslizamentos)	32,6	43,3	36,1	45,9	26,7	53,3	20,9	58,2	37,5	45	31,1	47,2
Sistemas de esgotamento sanitário e de águas residuais	54,9	30,7	67,2	29,5	46,7	44,4	43,3	52,2	37,5	55	52,3	37,6
Sistemas de abastecimento e armazenamento de água	50,7	33,0	59,0	31,1	46,7	37,8	35,8	56,7	35,0	55	47,7	39,0
<i>Rede de distribuição</i>	48,8		52,5		37,8		31,3		27,5		43,5	
<i>Outras fontes de abastecimento</i>	34,0		36,1		24,4		19,4		15,0		29,2	
<i>No domicílio</i>	46,5		50,8		35,6		29,9		25,0		41,4	
Sistema de coleta e destino final dos resíduos sólidos	40,9	41,9	47,5	32,8	53,3	37,8	29,9	62,7	30,0	47,5	40,4	43,9
Populações expostas a substâncias químicas e poluições (agrotóxicos, benzeno, vazamento químico e solos contaminados).	28,8	45,1	44,3	41,0	33,3	46,7	23,9	68,7	15,0	70	29,4	50,7

Fonte: Pesquisa "Atribuições do Pessoal de Nível Médio que atua na Área de Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental" - Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado/ NESCON/ FM/ UFMG.

Tabela 59. Brasil, 2006.
Distribuição dos Trabalhadores de Vigilância por Ações de Proteção à Saúde segundo o tipo de vigilância em que atuam.

Ações de PROTEÇÃO À SAÚDE	Executa x Tipo de Vigilância			
	Somente Epidemiológica	Somente Sanitária	Outros	Total
	N = 167	N = 174	N = 87	N = 428
Na sua atividade você identifica situações-problemas relacionados à doenças de:				
Veiculação hídrica (cólera, febre tifóide, hepatite A e leptospirose, diarreias)	53,9	38,5	59,8	48,8
Veiculação alimentar (carne e leite)	41,9	67,8	51,7	54,4
Veiculação Respiratória (meningite, rubéola, hanseníases, tuberculose)	51,5	10,9	31,0	30,8
Veiculação Sanguínea (AIDS, hepatite B e C)	46,1	7,5	24,1	25,9
Veiculação Vetorial e antroponozoonoses (dengue, febre amarela, leptospirose)	65,9	28,7	56,3	48,8
Não Transmissíveis	38,3	14,9	34,5	28,0
Relacionadas ao trabalho	37,1	27,0	42,5	34,1
Na sua atividade você identifica situações-problemas relacionados à:				
Exposição da população às situações de emergência (enchentes, seca, deslizamentos)	25,7	29,9	43,7	31,1
Sistemas de esgotamento sanitário e de águas residuais	22,2	75,3	64,4	52,3
Sistemas de abastecimento e armazenamento de água	18,0	68,4	63,2	47,7
<i>Rede de distribuição</i>	13,2	63,8	60,9	43,5
<i>Outras fontes de abastecimento</i>	8,4	37,9	51,7	29,2
<i>No domicílio</i>	15,6	59,2	55,2	41,4
Sistema de coleta e destino final dos resíduos sólidos	16,2	59,8	48,3	40,4
Populações expostas a substâncias químicas e poluições (agrotóxicos, benzeno, vazamento químico e solos contaminados).	14,4	40,2	36,8	29,4

Fonte: Pesquisa "Atribuições do Pessoal de Nível Médio que atua na Área de Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental" - Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado/ NESCON/ FM/ UFMG.

Tabela 60. Brasil, 2006.

Distribuição dos Trabalhadores de Vigilância por Ações de Promoção, Prevenção e Educação em Saúde segundo região geográfica, atividades que executam e opinião sobre as atividades.

Ações de PROMOÇÃO, PREVENÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE	Executa e Não Deveria x Região											
	CO		N		NE		S		SE		Brasil	
	Executa	Não deveria executar	Executa	Não deveria executar	Executa	Não deveria executar	Executa	Não deveria executar	Executa	Não deveria executar	Executa	Não deveria executar
	N = 43		N = 41		N = 111		N = 87		N = 146		N = 428	
Na sua atividade, você promove ações educativas junto à população relacionadas à:												
Controle de vetores	81,4	7,0	75,6	14,6	76,6	12,6	79,3	11,5	67,8	16,4	74,5	13,3
Controle do tabagismo	37,2	27,9	26,8	26,8	31,5	34,2	35,6	34,5	21,2	41,8	29,0	35,5
Acidentes de trânsito	7,0	53,5	2,4	46,3	13,5	52,3	10,3	52,9	1,4	65,1	7,0	56,3
Segurança Alimentar (capacitação de manipuladores de alimentos)	44,2	27,9	56,1	17,1	52,3	21,6	58,6	16,1	51,4	21,9	52,8	20,8
Uso racional de medicamentos	32,6	30,2	39,0	22,0	38,7	29,7	35,6	29,9	18,5	49,3	30,6	35,7
Qualidade de serviços de saúde	41,9	27,9	63,4	9,8	57,7	12,6	59,8	12,6	45,2	31,5	52,8	20,3
Atividades físicas/corporais	25,6	44,2	12,2	43,9	21,6	39,6	27,6	36,8	16,4	51,4	20,6	43,9
Prevenção das Violências.	20,9	39,5	7,3	46,3	13,5	50,5	14,9	44,8	5,5	61,6	11,2	51,6
Consumo de Água	51,2	18,6	56,1	12,2	58,6	18,0	66,7	14,9	47,3	21,2	55,4	18,0
Outros	2,3	23,3	4,9	4,9	5,4	15,3	4,6	6,9	4,1	17,8	4,4	14,3
Em suas atividades você:												
Orienta produtores e prestadores de serviços	53,5	34,9	63,4	22,0	54,1	33,3	52,9	31,0	56,8	35,6	55,6	32,7
Desenvolve ações de inspeção em estabelecimentos com participação do usuário	46,5	41,9	56,1	39,0	55,9	36,9	48,3	39,1	50,7	39,7	51,6	39,0
Realiza ações de prevenção de fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis	23,3	51,2	29,3	46,3	29,7	43,2	34,5	43,7	25,3	61,6	28,5	50,7
Aplica vacina anti-rábica humana em cães e gatos	55,8	37,2	46,3	46,3	54,1	35,1	17,2	67,8	42,5	52,7	42,1	49,1
Realiza busca ativa de faltosos a tratamentos	46,5	41,9	34,1	48,8	31,5	54,1	35,6	48,3	31,5	58,2	34,1	52,6
Hanseníase	39,5		31,7		23,4		25,3		24,7		26,6	
Tuberculose	39,5		29,3		25,2		28,7		23,3		27,1	
Anti-rábica humana	32,6		19,5		19,8		27,6		21,9		23,4	
Programa de Imunização	37,2		17,1		16,2		23,0		11,6		18,2	
Outros	2,3		7,3		2,7		3,4		5,5		4,2	
Realiza ações de quimioprofilaxia.	30,2	46,5	14,6	68,3	18,9	62,2	33,3	47,1	18,5	61,6	22,4	57,9
Distribui hipoclorito de sódio	39,5	39,5	34,1	34,1	54,1	33,3	43,7	37,9	30,1	47,3	40,4	39,7
Divulga alertas sanitários	55,8	34,9	75,6	9,8	72,1	15,3	62,1	19,5	62,3	20,5	65,4	19,4

Fonte: Pesquisa "Atribuições do Pessoal de Nível Médio que atua na Área de Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental" - Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado/ NESCON/ FM/ UFMG.

Tabela 61. Brasil, 2006.

Distribuição dos Trabalhadores de Vigilância por Ações de Promoção, Prevenção e Educação em Saúde segundo faixa populacional, atividades que executam e opinião sobre as atividades.

Ações de PROMOÇÃO, PREVENÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE	Executa e Não Deveria x Porte											
	Até 20 mil		20 a 50 mil		50 a 100 mil		100 a 500 mil		Mais de 500 mil		Total	
	Executa	Não deveria executar	Executa	Não deveria executar	Executa	Não deveria executar	Executa	Não deveria executar	Executa	Não deveria executar	Executa	Não deveria executar
	N = 215		N = 61		N = 45		N = 67		N = 40		N = 428	
Na sua atividade, você promove ações educativas junto à população relacionadas à:												
Controle de vetores	83,7	5,6	70,5	16,4	64,4	24,4	65,7	17,9	57,5	30	74,5	13,3
Controle do tabagismo	34,0	27,9	31,1	39,3	20,0	51,1	23,9	37,3	17,5	50	29,0	35,5
Acidentes de trânsito	9,3	47,0	9,8	59,0	2,2	71,1	3,0	59,7	2,5	80	7,0	56,3
Segurança Alimentar (capacitação de manipuladores de alimentos)	51,2	18,6	59,0	24,6	55,6	15,6	53,7	19,4	47,5	35	52,8	20,8
Uso racional de medicamentos	35,8	28,4	31,1	45,9	24,4	40,0	26,9	37,3	15,0	52,5	30,6	35,7
Qualidade de serviços de saúde	54,0	17,2	55,7	26,2	46,7	20,0	53,7	22,4	47,5	25	52,8	20,3
Atividades físicas/corporais	20,9	39,1	26,2	45,9	20,0	46,7	11,9	49,3	25,0	55	20,6	43,9
Prevenção das Violências.	15,3	41,9	9,8	60,7	4,4	60,0	3,0	58,2	12,5	70	11,2	51,6
Consumo de Água	61,9	10,2	57,4	27,9	46,7	22,2	47,8	25,4	40,0	27,5	55,4	18,0
Outros	3,7	13,0	6,6	19,7	4,4	17,8	6,0	13,4	2,5	10	4,4	14,3
Em suas atividades você:												
Orienta produtores e prestadores de serviços locais	56,7	27,4	63,9	27,9	51,1	35,6	50,7	43,3	50,0	47,5	55,6	32,7
Desenvolve ações de inspeção em estab. com participação do usuário	54,4	34,9	55,7	36,1	46,7	35,6	47,8	49,3	42,5	52,5	51,6	39,0
Realiza ações de prevenção de fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis	32,6	44,2	24,6	52,5	28,9	55,6	20,9	59,7	25,0	62,5	28,5	50,7
Aplica vacina anti-rábica humana em cães e gatos	46,5	41,4	47,5	49,2	53,3	40,0	32,8	61,2	12,5	80	42,1	49,1
Realiza busca ativa de faltosos a tratamentos	41,9	42,8	24,6	65,6	26,7	57,8	29,9	61,2	22,5	65	34,1	52,6
<i>Hanseníase</i>	31,6		21,3		20,0		26,9		15,0		26,6	
<i>Tuberculose</i>	33,0		21,3		17,8		25,4		17,5		27,1	
<i>Anti-rábica humana</i>	31,6		14,8		17,8		14,9		12,5		23,4	
<i>Programa de Imunização</i>	23,7		16,4		11,1		10,4		12,5		18,2	
<i>Outros</i>	3,7		4,9		2,2		4,5		7,5		4,2	
Realiza ações de quimioprofilaxia.	21,4	54,0	14,8	65,6	17,8	60,0	29,9	61,2	32,5	60	22,4	57,9
Distribui hipoclorito de sódio	46,0	33,0	49,2	31,1	31,1	53,3	25,4	50,7	32,5	55	40,4	39,7
Divulga alertas sanitários	69,3	14,4	77,0	16,4	57,8	26,7	55,2	28,4	52,5	27,5	65,4	19,4

Fonte: Pesquisa "Atribuições do Pessoal de Nível Médio que atua na Área de Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental" - Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado/ NESCON/ FM/ UFMG.

Tabela 62. Brasil, 2006.
Distribuição dos Trabalhadores de Vigilância por Ações de Promoção, Prevenção e Educação em Saúde segundo o tipo de vigilância em que atuam.

Ações de PROMOÇÃO, PREVENÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE	Executa x Tipo de Vigilância			
	Somente Epidemiológica	Somente Sanitária	Outros	Total
	N = 167	N = 174	N = 87	N = 428
Na sua atividade, você promove ações educativas junto à população relacionadas à:				
Controle de vetores	79,0	66,1	82,8	74,5
Controle do tabagismo	37,1	20,1	31,0	29,0
Acidentes de trânsito	6,0	6,3	10,3	7,0
Segurança Alimentar (capacitação de manipuladores de alimentos)	26,3	75,3	58,6	52,8
Uso racional de medicamentos	26,3	32,2	35,6	30,6
Qualidade de serviços de saúde	48,5	56,3	54,0	52,8
Atividades físicas/corporais	18,0	22,4	21,8	20,6
Prevenção das Violências.	9,0	9,2	19,5	11,2
Consumo de Água	37,7	66,7	66,7	55,4
Outros	5,4	2,9	5,7	4,4
Em suas atividades você:				
Orienta produtores e prestadores de serviços locais (boas práticas de fabricação, manipulação, processos de trabalho, infra-estrutura)	18,6	86,8	64,4	55,6
Desenvolve ações de inspeção em estabelecimentos com participação do usuário	10,2	83,3	67,8	51,6
Realiza ações de prevenção de fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis	36,5	19,5	31,0	28,5
Aplica vacina anti-rábica humana em cães e gatos	44,9	35,6	49,4	42,1
Realiza busca ativa de faltosos a tratamentos	61,7	8,6	32,2	34,1
<i>Hanseníase</i>	50,9	5,7	21,8	26,6
<i>Tuberculose</i>	52,1	6,3	20,7	27,1
<i>Anti-rábica humana</i>	40,7	8,0	20,7	23,4
<i>Programa de Imunização</i>	33,5	5,2	14,9	18,2
<i>Outros</i>	7,2	1,7	3,4	4,2
Realiza ações de quimioprofilaxia.	41,9	6,9	16,1	22,4
Distribui hipoclorito de sódio	28,1	47,1	50,6	40,4
Divulga alertas sanitários	48,5	81,6	65,5	65,4

Fonte: Pesquisa "Atribuições do Pessoal de Nível Médio que atua na Área de Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental" - Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado/ NESCON/ FM/ UFMG.

Tabela 63. Brasil, 2006.
Distribuição dos Trabalhadores de Vigilância por Ações do Sistema de Informação segundo região geográfica, atividades que executam e opinião sobre as atividades.

Ações relativas ao SISTEMA DE INFORMAÇÃO:	Executa e Não Deveria x Região											
	CO		N		NE		S		SE		Brasil	
	Executa	Não deveria executar	Executa	Não deveria executar	Executa	Não deveria executar	Executa	Não deveria executar	Executa	Não deveria executar	Executa	Não deveria executar
	N = 43		N = 41		N = 111		N = 87		N = 146		N = 428	
Em relação à utilização do SISTEMA DE INFORMAÇÃO, você:												
Realiza o cadastramento do Sistema de abastecimento de água	34,9	39,5	39,0	41,5	39,6	38,7	36,8	43,7	30,8	50,0	35,5	43,9
Realiza o cadastramento de serviços e produtos regulados pela VISA	37,2	41,9	36,6	36,6	42,3	37,8	40,2	42,5	37,7	43,8	39,3	41,1
Utiliza informações demográficas, epidemiológicas, sociais e culturais no planejamento na análise da situação de saúde.	48,8	25,6	48,8	22,0	47,7	24,3	47,1	23,0	30,8	39,0	42,1	29,0
Realiza coleta de declarações de óbitos nos cartórios.	20,9	58,1	14,6	70,7	18,0	63,1	29,9	51,7	15,8	69,2	19,6	63,1
Realiza coleta de declarações de nascidos vivos nas maternidades e cartórios	23,3	55,8	12,2	70,7	23,4	62,2	31,0	55,2	15,8	69,9	21,3	63,6
Preenche formulários/ registra os dados para alimentar os sistemas de informação	72,1	14,0	61,0	12,2	61,3	23,4	67,8	13,8	60,3	23,3	63,3	19,4
Conhece/ Utiliza os sistemas de informação:												
SINAN	48,8		48,8		41,4		42,5		38,4		42,1	
SINASC	27,9		22,0		25,2		33,3		22,6		25,9	
SIM	18,6		14,6		20,7		29,9		19,2		21,3	
SISAGUA	37,2		39,0		29,7		35,6		29,5		32,5	
SISFAD	16,3		12,2		9,0		4,6		3,4		7,2	
SINAVISA	48,8		34,1		25,2		29,9		30,1		31,1	
SIVEPE	14,0		12,2		3,6		3,4		2,1		4,9	
SISPNI	4,7		2,4		0,9		5,7		1,4		2,6	
SIH	4,7		0,0		2,7		1,1		0,0		1,4	
Outro	11,6		12,2		6,3		11,5		18,5		12,6	
Utiliza ferramentas de informática (Tabwim, Mapinfo, Epinfo)	20,9	14,0	24,4	2,4	30,6	18,9	40,2	12,6	32,9	17,8	31,8	15,2

Fonte: Pesquisa "Atribuições do Pessoal de Nível Médio que atua na Área de Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental" - Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado/ NESCON/ FM/ UFMG.

Tabela 64. Brasil, 2006.
Distribuição dos Trabalhadores de Vigilância por Ações do Sistema de Informação segundo faixa populacional, atividades que executam e opinião sobre as atividades.

Ações relativas ao SISTEMA DE INFORMAÇÃO:	Executa e Não Deveria x Porte											
	Até 20 mil		20 a 50 mil		50 a 100 mil		100 a 500 mil		Mais de 500 mil		Total	
	Executa	Não deveria executar	Executa	Não deveria executar	Executa	Não deveria executar	Executa	Não deveria executar	Executa	Não deveria executar	Executa	Não deveria executar
	N = 215		N = 61		N = 45		N = 67		N = 40		N = 428	
Em relação à utilização do SISTEMA DE INFORMAÇÃO, você:												
Realiza o cadastramento do Sistema de abastecimento de água	35,8	36,7	52,5	34,4	46,7	42,2	26,9	58,2	10,0	75	35,5	43,9
Realiza o cadastramento de serviços e produtos regulados pela VISA	40,0	34,0	52,5	36,1	44,4	37,8	32,8	58,2	20,0	62,5	39,3	41,1
Utiliza informações demográficas, epidemiológicas, sociais e culturais no planejamento na análise da situação de saúde.	47,4	21,9	44,3	34,4	31,1	33,3	32,8	41,8	37,5	32,5	42,1	29,0
Realiza coleta de declarações de óbitos nos cartórios.	20,0	55,8	21,3	68,9	22,2	62,2	19,4	70,1	12,5	82,5	19,6	63,1
Realiza coleta de declarações de nascidos vivos nas maternidades e cartórios	21,4	56,7	26,2	65,6	24,4	60,0	19,4	73,1	12,5	85	21,3	63,6
Preenche formulários/ registra os dados para alimentar os sistemas de informação	56,7	18,6	63,9	27,9	71,1	13,3	73,1	17,9	72,5	20	63,3	19,4
Conhece/ Utiliza os sistemas de informação:	64,2	6,5	67,2	9,8	84,4	6,7	82,1	6,0	77,5	7,5	70,8	7,0
<i>SINAN</i>	42,3		41,0		35,6		43,3		47,5		42,1	
<i>SINASC</i>	26,5		21,3		26,7		32,8		17,5		25,9	
<i>SIM</i>	23,7		16,4		24,4		20,9		12,5		21,3	
<i>SISAGUA</i>	35,3		36,1		40,0		28,4		10,0		32,5	
<i>SISFAD</i>	11,2		4,9		6,7		1,5		0,0		7,2	
<i>SINAVISA</i>	34,9		31,1		24,4		28,4		22,5		31,1	
<i>SIVEPE</i>	5,1		3,3		8,9		4,5		2,5		4,9	
<i>SISPNI</i>	3,7		3,3		0,0		1,5		0,0		2,6	
<i>SIH</i>	2,3		1,6		0,0		0,0		0,0		1,4	
<i>Outro</i>	9,8		13,1		13,3		11,9		27,5		12,6	
Utiliza ferramentas de informática (Tabwim, Mapinfo, Epinfo)	26,5	16,3	31,1	16,4	28,9	6,7	41,8	14,9	47,5	17,5	31,8	15,2

Fonte: Pesquisa "Atribuições do Pessoal de Nível Médio que atua na Área de Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental" - Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado/ NESCON/ FM/ UFMG.

Tabela 65. Brasil, 2006.

Distribuição dos Trabalhadores de Vigilância por Ações de Planejamento e Gestão segundo região geográfica, atividades que executam e opinião sobre as atividades.

Ações relativas ao PLANEJAMENTO e GESTÃO:	Executa e Não Deveria x Região											
	CO		N		NE		S		SE		Brasil	
	Executa	Não deveria executar	Executa	Não deveria executar	Executa	Não deveria executar	Executa	Não deveria executar	Executa	Não deveria executar	Executa	Não deveria executar
	N = 43		N = 41		N = 111		N = 87		N = 146		N = 428	
Em relação à utilização do PLANEJAMENTO e GESTÃO, você												
Participa no planejamento das atividades de Vigilância:	74,4	7,0	68,3	7,3	76,6	4,5	75,9	5,7	72,6	3,4	74,1	4,9
Sanitária (Termo de Ajuste e Metas)	41,9		46,3		49,5		48,3		38,4		44,4	
Ambiental (PPI)	14,0		4,9		10,8		12,6		4,1		8,6	
Epidemiológica (PPI)	41,9		26,8		40,5		36,8		37,0		37,4	
Saúde do Trabalhador	0,0		0,0		3,6		5,7		0,7		2,3	
Participa da avaliação anual das atividades referentes ao Plano de Ação de Vigilância em Saúde.	55,8	11,6	53,7	0,0	66,7	6,3	60,9	4,6	54,8	9,6	59,1	7,0
Participa do levantamento de necessidades (capacitações, recursos materiais, de apoio e financeiros) para a execução do Planejamento de Atividades.	44,2	14,0	41,5	2,4	55,0	9,9	48,3	8,0	47,9	15,1	48,8	11,0
Participa do planejamento das campanhas de vacinação do Programa Nacional de Imunização.	53,5	23,3	48,8	22,0	48,6	27,0	54,0	21,8	52,7	31,5	51,6	26,6
Realiza atividades em conjunto com outros setores/instituições?	69,8	0,0	65,9	7,3	72,1	7,2	75,9	4,6	66,4	8,2	70,1	6,3
Atenção básica	46,5		43,9		55,9		56,3		47,9		51,2	
Agricultura	23,3		34,1		35,1		47,1		33,6		35,7	
Ministério Público	41,9		26,8		39,6		43,7		32,2		36,9	
Agência de abastecimento de água	34,9		31,7		36,9		43,7		39,0		38,3	
Outro	20,9	0,0	29,3	0,0	21,6	0,0	10,3	0,0	21,9	0,0	20,1	0,0
Participa do reconhecimento geográfico para:												
Atualização de croquis	32,6	23,3	22,0	36,6	28,8	32,4	21,8	41,4	25,3	41,8	25,9	36,9
Organização do processo de trabalho da equipe	67,4	7,0	65,9	12,2	62,2	12,6	52,9	17,2	56,8	16,4	59,3	14,3
Diagnóstico territorial e mapeamento de riscos e problemas	41,9	16,3	41,5	17,1	43,2	21,6	32,2	21,8	39,0	24,0	39,3	21,5
Monitora a adequação/ cumprimento das exigências após inspeção/ orientação	72,1	11,6	53,7	19,5	66,7	17,1	64,4	13,8	63,7	24,0	64,5	18,5
Participa da elaboração de normas e rotinas	62,8	7,0	61,0	4,9	66,7	11,7	69,0	5,7	59,6	13,0	63,8	9,8
Elabora relatórios e documentos técnicos	79,1	11,6	56,1	9,8	66,7	19,8	65,5	14,9	67,1	19,9	66,8	17,1

Fonte: Pesquisa "Atribuições do Pessoal de Nível Médio que atua na Área de Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental" - Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado/ NESCON/ FM/ UFMG.

Tabela 66. Brasil, 2007 - continuação.

Distribuição dos Trabalhadores de Vigilância por Ações de Planejamento e Gestão segundo região geográfica, atividades que executam e opinião sobre as atividades.

Ações relativas ao PLANEJAMENTO e GESTÃO (continuação):	Executa e Não Deveria x Região											
	CO		N		NE		S		SE		Brasil	
	Executa	Não deveria executar	Executa	Não deveria executar	Executa	Não deveria executar	Executa	Não deveria executar	Executa	Não deveria executar	Executa	Não deveria executar
	N = 43		N = 41		N = 111		N = 87		N = 146		N = 428	
Utiliza a legislação sanitária												
Federal	53,5	16,3	53,7	22,0	47,7	18,9	55,2	16,1	47,3	20,5	50,2	18,9
Estadual	58,1	16,3	56,1	17,1	53,2	18,9	62,1	13,8	63,0	14,4	59,1	15,9
Municipal	69,8	11,6	65,9	17,1	72,1	14,4	67,8	11,5	69,9	13,7	69,6	13,6
Realiza inspeção/ atividades												
Programadas	79,1	16,3	80,5	14,6	77,5	12,6	69,0	20,7	69,9	21,9	73,6	18,0
Por atendimento à denúncia	81,4	16,3	78,0	17,1	74,8	13,5	64,4	26,4	69,9	24,0	72,0	20,3
Por solicitação do Ministério Público e ou Órgãos de defesa do Consumidor	69,8	23,3	73,2	7,3	69,4	18,0	60,9	20,7	59,6	30,1	64,7	22,2
Realiza as seguintes ações ligadas ao processo administrativo sanitário												
Concessão de licença/ alvará	37,2	51,2	51,2	41,5	52,3	38,7	52,9	37,9	46,6	46,6	48,8	42,8
Notificação de não-conformidade	44,2	51,2	56,1	36,6	44,1	40,5	47,1	42,5	48,6	44,5	47,4	43,0
Inutilização de produtos	46,5	44,2	61,0	31,7	53,2	37,8	51,7	37,9	52,1	43,8	52,6	40,0
Autuação	41,9	46,5	53,7	36,6	52,3	39,6	52,9	37,9	47,9	43,8	50,0	41,1
Aplicação de multa	34,9	51,2	34,1	39,0	36,9	42,3	33,3	44,8	36,3	50,0	35,5	46,0
Interdição	37,2	51,2	51,2	34,1	47,7	43,2	46,0	40,2	43,8	45,9	45,3	43,5

Fonte: Pesquisa "Atribuições do Pessoal de Nível Médio que atua na Área de Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental" - Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado/ NESCON/ FM/ UFMG.

Tabela 67. Brasil, 2006.
Distribuição dos Trabalhadores de Vigilância por Ações de Planejamento e Gestão segundo faixa populacional, atividades que executam e opinião sobre as atividades.

Ações relativas ao PLANEJAMENTO e GESTÃO:	Executa e Não Deveria x Porte											
	Até 20 mil		20 a 50 mil		50 a 100 mil		100 a 500 mil		Mais de 500 mil		Total	
	Executa	Não deveria executar	Executa	Não deveria executar	Executa	Não deveria executar	Executa	Não deveria executar	Executa	Não deveria executar	Executa	Não deveria executar
	N = 215		N = 61		N = 45		N = 67		N = 40		N = 428	
Em relação à utilização do PLANEJAMENTO e GESTÃO, você												
Participa no planejamento das atividades de Vigilância:	78,1	3,7	63,9	11,5	71,1	0,0	74,6	3,0	70,0	10	74,1	4,9
<i>Sanitária (Termo de Ajuste e Metas)</i>	48,8		42,6		42,2		40,3		32,5		44,4	
<i>Ambiental (PPI)</i>	12,1		13,1		4,4		0,0		2,5		8,6	
<i>Epidemiológica (PPI)</i>	43,3		29,5		31,1		28,4		40,0		37,4	
<i>Saúde do Trabalhador</i>	3,3		4,9		0,0		0,0		0,0		2,3	
Participa da avaliação anual das atividades referentes ao Plano de Ação de Vigilância em Saúde.	61,9	5,1	54,1	8,2	53,3	2,2	56,7	10,4	62,5	15	59,1	7,0
Participa do levantamento de necessidades (capacitações, recursos materiais, de apoio e financeiros) para a execução do Planej. de Atividades	53,0	7,4	37,7	18,0	35,6	13,3	50,7	13,4	55,0	12,5	48,8	11,0
Participa do planejamento das campanhas de vacinação do Programa Nacional de Imunização.	55,8	20,9	45,9	37,7	48,9	28,9	49,3	26,9	45,0	37,5	51,6	26,6
Realiza atividades em conjunto com outros setores/instituições?	67,9	4,7	68,9	9,8	73,3	11,1	77,6	1,5	67,5	12,5	70,1	6,3
<i>Atenção básica</i>	53,5		49,2		57,8		44,8		45,0		51,2	
<i>Agricultura</i>	36,3		41,0		40,0		32,8		25,0		35,7	
<i>Ministério Público</i>	33,0		47,5		40,0		43,3		27,5		36,9	
<i>Agência de abastecimento de água</i>	40,9		47,5		37,8		31,3		22,5		38,3	
<i>Outro</i>	17,2		26,2		11,1		22,4		32,5		20,1	
Participa do reconhecimento geográfico para:												
<i>Atualização de croquis</i>	31,6	28,8	41,0	34,4	20,0	46,7	6,0	47,8	12,5	55	25,9	36,9
<i>Organização do processo de trabalho da equipe</i>	63,7	10,7	68,9	11,5	51,1	20,0	47,8	16,4	50,0	27,5	59,3	14,3
<i>Diagnóstico territorial e mapeamento de riscos e problemas</i>	43,3	17,7	47,5	19,7	40,0	17,8	25,4	31,3	27,5	32,5	39,3	21,5
Monitora a adequação/ cumprimento das exigências após inspeção/ orientação	64,2	14,0	67,2	23,0	68,9	17,8	65,7	20,9	55,0	32,5	64,5	18,5
Participa da elaboração de normas e rotinas	60,9	8,4	63,9	13,1	71,1	4,4	71,6	10,4	57,5	17,5	63,8	9,8
Elabora relatórios e documentos técnicos	60,5	17,2	73,8	16,4	71,1	13,3	77,6	13,4	67,5	27,5	66,8	17,1

Fonte: Pesquisa "Atribuições do Pessoal de Nível Médio que atua na Área de Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental" - Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado/ NESCON/ FM/ UFMG.

Tabela 68. Brasil, 2007 – (continuação).

Distribuição dos Trabalhadores de Vigilância por Ações de Planejamento e Gestão segundo faixa populacional, atividades que executam e opinião sobre as atividades.

Ações relativas ao PLANEJAMENTO e GESTÃO (continuação):	Executa e Não Deveria x Porte											
	Até 20 mil		20 a 50 mil		50 a 100 mil		100 a 500 mil		Mais de 500 mil		Total	
	Executa	Não deveria executar	Executa	Não deveria executar	Executa	Não deveria executar	Executa	Não deveria executar	Executa	Não deveria executar	Executa	Não deveria executar
	N = 215		N = 61		N = 45		N = 67		N = 40		N = 428	
Utiliza a legislação sanitária												
Federal	46,5	20,5	50,8	19,7	51,1	13,3	62,7	16,4	47,5	20	50,2	18,9
Estadual	56,7	16,7	67,2	13,1	57,8	11,1	65,7	14,9	50,0	22,5	59,1	15,9
Municipal	67,0	13,0	78,7	11,5	68,9	13,3	74,6	13,4	62,5	20	69,6	13,6
Realiza inspeção/ atividades												
Programadas	71,6	18,1	80,3	11,5	68,9	20,0	76,1	20,9	75,0	20	73,6	18,0
Por atendimento à denúncia	71,2	19,1	78,7	14,8	73,3	20,0	71,6	22,4	65,0	32,5	72,0	20,3
Por solicitação do Ministério Público e ou Órgãos de defesa do Consumidor	61,4	23,7	78,7	13,1	60,0	20,0	62,7	22,4	70,0	30	64,7	22,2
Realiza as seguintes ações ligadas ao processo administrativo sanitário												
Concessão de licença/ alvará	47,0	41,4	62,3	34,4	53,3	37,8	43,3	52,2	42,5	52,5	48,8	42,8
Notificação de não-conformidade	45,1	41,9	54,1	41,0	48,9	37,8	52,2	46,3	40,0	52,5	47,4	43,0
Inutilização de produtos	50,7	39,5	63,9	32,8	55,6	35,6	52,2	46,3	42,5	47,5	52,6	40,0
Autuação	46,5	39,1	62,3	34,4	55,6	37,8	50,7	47,8	42,5	55	50,0	41,1
Aplicação de multa	33,5	43,7	42,6	37,7	33,3	46,7	41,8	47,8	27,5	67,5	35,5	46,0
Interdição	41,4	43,7	54,1	34,4	55,6	37,8	47,8	46,3	37,5	57,5	45,3	43,5

Fonte: Pesquisa "Atribuições do Pessoal de Nível Médio que atua na Área de Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental" - Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado/ NESCON/ FM/ UFMG.

Tabela 69. Brasil, 2006.
Distribuição dos Trabalhadores de Vigilância por Ações de Planejamento e Gestão segundo o tipo de vigilância em que atuam.

Ações relativas ao PLANEJAMENTO e GESTÃO:	Executa x Tipo de Vigilância			
	Somente Epidemiológica	Somente Sanitária	Outros	Total
	N = 167	N = 174	N = 87	N = 428
Em relação à utilização do PLANEJAMENTO e GESTÃO, você				
Participa no planejamento das atividades de Vigilância:	71,9	74,7	77,0	74,1
<i>Sanitária (Termo de Ajuste e Metas)</i>	8,4	73,0	56,3	44,4
<i>Ambiental (PPI)</i>	2,4	2,3	33,3	8,6
<i>Epidemiológica (PPI)</i>	66,5	6,9	42,5	37,4
<i>Saúde do Trabalhador</i>	1,2	1,1	6,9	2,3
Participa da avaliação anual das atividades referentes ao Plano de Ação de Vigilância em Saúde.	61,1	57,5	58,6	59,1
Participa do levantamento de necessidades (capacitações, recursos materiais, de apoio e financeiros) para a execução do Planejamento de Atividades.	54,5	42,0	51,7	48,8
Participa do planejamento das campanhas de vacinação do Programa Nacional de Imunização.	74,9	30,5	49,4	51,6
Realiza atividades em conjunto com outros setores/instituições?	63,5	73,6	75,9	70,1
<i>Atenção básica</i>	51,5	46,6	59,8	51,2
<i>Agricultura</i>	20,4	46,0	44,8	35,7
<i>Ministério Público</i>	23,4	46,6	43,7	36,9
<i>Agência de abastecimento de água</i>	15,6	51,1	56,3	38,3
<i>Outro</i>	19,8	24,7	11,5	20,1
Participa do reconhecimento geográfico para:				
<i>Atualização de croquis</i>	28,1	18,4	36,8	25,9
<i>Organização do processo de trabalho da equipe</i>	62,3	54,0	64,4	59,3
<i>Diagnóstico territorial e mapeamento de riscos e problemas</i>	40,7	37,4	40,2	39,3
Monitora a adequação/ cumprimento das exigências após inspeção/ orientação	38,9	83,3	75,9	64,5
Participa da elaboração de normas e rotinas	58,1	69,5	63,2	63,8
Elabora relatórios e documentos técnicos	56,9	75,9	67,8	66,8

Fonte: Pesquisa "Atribuições do Pessoal de Nível Médio que atua na Área de Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental" - Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado/ NESCON/ FM/ UFMG.

Tabela 69. Brasil, 2007 - continuação.

Distribuição dos Trabalhadores de Vigilância por Ações de Planejamento e Gestão segundo o tipo de vigilância em que atuam.

Ações relativas ao PLANEJAMENTO e GESTÃO (continuação):	Executa x Tipo de Vigilância			
	Somente Epidemiológica	Somente Sanitária	Outros	Total
	N = 167	N = 174	N = 87	N = 428
Utiliza a legislação sanitária				
Federal	21,0	75,9	55,2	50,2
Estadual	27,5	87,9	62,1	59,1
Municipal	41,3	93,1	77,0	69,6
Realiza inspeção/ atividades				
<i>Programadas</i>	46,7	94,3	83,9	73,6
<i>Por atendimento à denúncia</i>	40,7	94,8	86,2	72,0
<i>Por solicitação do Ministério Público e ou Órgãos de defesa do Consumidor</i>	32,9	89,1	77,0	64,7
Realiza as seguintes ações ligadas ao processo administrativo sanitário				
Concessão de licença/ alvará	6,6	85,1	57,5	48,8
Notificação de não-conformidade	7,2	81,0	57,5	47,4
Inutilização de produtos	6,6	89,7	66,7	52,6
Autuação	6,0	88,5	57,5	50,0
Aplicação de multa	4,2	63,2	40,2	35,5
Interdição	4,8	82,8	48,3	45,3

Fonte: Pesquisa "Atribuições do Pessoal de Nível Médio que atua na Área de Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental" - Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado/ NESCON/ FM/ UFMG.

APÊNDICE C – GRUPO FOCAL

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE
Departamento de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde

Ofício Circular ° 12/07/DEGES/SGTES/MS

Brasília, 03 de maio de 2007.

Prezado (a) Secretario (a)

O Ministério da Saúde por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – SGTES e em parceria com a Secretaria de Vigilância em Saúde e ANVISA estará realizando a Pesquisa sobre as “Atribuições dos Trabalhadores de Nível Médio que atua, na área de Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental”.

Esta pesquisa faz parte da primeira etapa de um processo que culminará com a definição do perfil profissional dos trabalhadores da área de vigilância em saúde. A secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde utilizará os resultados da pesquisa para financiamento de cursos de profissionalização em parceria com as Escolas Técnicas do SUS.

A qualificação desse universo de trabalhadores para atuarem em ações de campo diversificadas -da promoção a saúde ate a vigilância e controle de agravos- requer a definição de atributos, em conformidade com o perfil profissional demandado pela a área, que possa servir de referencial para a elaboração de currículos por competências nas áreas de vigilância a saúde.

As instituições executoras da pesquisa são Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva- NESCON, da Universidade Federal de Minas Gerais e a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, que compõem a Rede de Observatórios de Recursos Humanos e sua primeira fase foi a realização de um *survey* junto aos trabalhadores da área de vigilância, por meio de Entrevista Telefônica Assistida por Computador (ETAC). A segunda fase, que agora se inicia, consiste em realização de Grupos Focais, nas cinco regiões brasileiras com grupos representativos de respondentes desse *survey*.

Contamos com a sua colaboração no sentido de liberar o técnico da área de Vigilância que respondeu ao *survey* para que possa participar de um grupo focal na sua região, o qual será realizado entre os meses de maio e junho de 2007, terá duração de 2 a 3 dias, em local e horário definidos conforme o anexo. Informamos que despesas com transporte, estadia e alimentação serão custeadas pela Secretaria de Gestão do Trabalho, e da Educação na Saúde, do Ministério da Saúde.

Desde já colocamo-nos à disposição para esclarecimentos por meio dos seguintes telefones: (61)3315-2308 para falar com Mônica Durães, no Ministério da Saúde e (31) 3248-9688, para falar com João Batista Girardi, na Universidade Federal de Minas Gerais

Atenciosamente,

Ena de Araújo Galvão
Coordenadora Geral de Ações técnicas em
Educação na Saúde

**MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE GESTÃO DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS/FM/NESCON**

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado Senhor (a),

Você está sendo convidado para participar da pesquisa “Atribuições dos Trabalhadores de Nível Médio que atuam na área de Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental, no Brasil”. Você foi escolhido por ter feito parte da pesquisa telefônica realizada pelo Ministério da Saúde com trabalhadores de nível médio da área de Vigilância do seu município. O objetivo deste estudo é identificar as atividades executadas pelos trabalhadores dessa área no sentido de definir uma proposta de formação profissional articulada com as necessidades da Vigilância em Saúde no SUS.

Para isto solicitamos sua especial colaboração em participar de um grupo focal, respondendo a questões sobre os resultados da pesquisa telefônica que você participou e sobre as atividades características do pessoal que atua na área de vigilância do seu município e da sua região.

Sua participação é muito importante e é voluntária. Esperamos contar com sua colaboração. Entretanto, você poderá se recusar a participar ou a responder algumas das questões a qualquer momento, não havendo nenhum prejuízo pessoal se esta for a sua decisão.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação nesse estudo. Os resultados serão sempre o retrato de um grupo e não de uma pessoa. Esses resultados poderão ser de valor para todos os que participam e acompanham a elaboração de currículos e a viabilização de cursos de formação técnica profissional, pois servirão para subsidiar a tomada de decisões e a definição de estratégias para a formação profissional na área da vigilância em saúde.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Pesquisador responsável:

Cristiana Leite Carvalho

E-mail: cristiana@superig.com.br
(031) 3248-9688

Caso concorde em participar, por favor, assine essa via no espaço abaixo:

Nome: _____

Assinatura: _____

Obrigada pela sua colaboração e por merecer sua confiança.

Cristiana Leite Carvalho

GRUPO FOCAL – REGIÃO CENTRO OESTE, BRASIL.

PESQUISA ATRIBUIÇÕES DO PESSOAL DE NÍVEL MÉDIO QUE ATUA NA ÁREA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA, AMBIENTAL E SANITÁRIA.

ROTEIRO DE DISCUSSÃO

Notificação

- 1 Em média, 37% dos trabalhadores entrevistados afirmaram que não deveriam executar qualquer atividade de notificação – seja relativa à doenças, agravos, zoonoses, surtos ou eventos adversos. Na região Centro-Oeste, 53,5% considera que não deveria executar notificação para eventos adversos. Quais as possíveis razões para essa resposta?

- 2 De maneira geral observa-se que quanto menor o município, maior a percepção de que os técnicos deveriam executar as ações de notificação. Por que os trabalhadores dos municípios maiores não consideram que essa deveria ser uma atividade atribuída a eles?

Investigação

- 3 Em geral, é pequena a porcentagem de trabalhadores entrevistados que executam as atividades de investigação, especialmente em relação aos agravos de interesse à saúde, às doenças não-transmissíveis, óbitos evitáveis, doenças relacionadas ao trabalho e reações adversas. Por que estas atividades são menos executadas pelos trabalhadores de nível médio da vigilância?

- 4 O percentual de execução de ações de investigação na Região Centro-Oeste, na maioria das vezes, inferior aos valores observados nacionalmente. Como vocês explicam este fato?

- 5 Quando e como você participa do processo de investigação?

Controle e Monitoramento

- 6 Cerca de $\frac{1}{4}$ dos respondentes opinaram que não deveriam desenvolver atividades de coleta: 25,5% não deveriam coletar amostras para diagnóstico laboratorial de doenças, 36,6% não deveriam realizar captura de vetores e animais para exames entomológicos, e 23,5% não deveriam coletar de amostras de material para análise fiscal.

Pergunta-se:

- Qual a sua explicação para essa opinião e qual profissional deveria desenvolver tais atividades?

- 7 54,9% dos respondentes opinaram que não deveriam realizar atividades de “administração de medicamentos” e 35,3% opinaram que não deveriam realizar “busca ativa de faltosos para tratamento”.

Pergunta-se:

- a. Como vocês explicam esta opinião?

b. Qual profissional deveria desenvolver estas atividades?

- 8 45,0% dos respondentes disseram que não deveriam realizar atividades de investigação de óbitos maternos e infantis.

Pergunta-se:

a. Como vocês explicam esta opinião?

b. Qual profissional deveria desenvolver estas atividades?

- 9 Na sua opinião, considerando a extensa lista de atividades pertencentes ao campo da vigilância, como deveria ser a formação profissional de um técnico para atuar com qualidade na área de vigilância?

- 10 Analise todas as atividades listadas na pesquisa (distribuir quadro das atividades) e selecione aquelas que, em sua opinião, não deveriam fazer parte do perfil do trabalhador de nível médio da área de Vigilância, opinando também sobre qual profissional deveria executá-la e com qual nível de escolaridade.

GRUPO FOCAL – REGIÃO SUL, BRASIL.

**PESQUISA ATRIBUIÇÕES DO PESSOAL DE NÍVEL MÉDIO QUE ATUA NA ÁREA DE
VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA, AMBIENTAL E SANITÁRIA.**

ROTEIRO DE DISCUSSÃO

1. Como está estruturada a vigilância no seu município?

Notificação

2. Em média, 37% dos trabalhadores entrevistados afirmaram que não deveriam executar qualquer atividade de notificação – seja relativa à doenças, agravos, zoonoses, surtos ou eventos adversos. Na região Sul, a proporção cai para 27%. Quais as possíveis razões para esse resultado?

3. De maneira geral observa-se que quanto menor o município, maior a percepção de que os técnicos deveriam executar as ações de notificação. Por que os trabalhadores dos municípios maiores não consideram que essa deveria ser uma atividade atribuída a eles?

Investigação

4. Em geral, é pequena a porcentagem de trabalhadores entrevistados que executam as atividades de investigação, especialmente em relação aos agravos de interesse à saúde, às doenças não-transmissíveis, óbitos evitáveis, doenças relacionadas ao trabalho e reações adversas. Por que estas atividades são menos executadas pelos trabalhadores de nível médio da vigilância?

5. Quando e como você participa do processo de investigação?

Controle e Monitoramento

6. Os dados do estudo indicam uma baixa participação dos trabalhadores entrevistados na execução de atividades de controle de vetores e animais, de prevenção e controle de roedores e insetos nas áreas de risco e também na captura de vetores e animais para exame. No Brasil, em torno de 55% dos entrevistados afirmam que não deveriam executar estas ações, sendo que no Sul esse percentual é pouco superior a 52%. Qual a sua opinião sobre este quadro? Que profissional deveria desenvolver tais atividades?

Assistência:

7. De acordo com os dados do estudo, mais de 80% dos trabalhadores entrevistados não executam atividades de assistência, especialmente a administração de medicamentos para o controle de endemias. No país como um todo, quase 70% considera que não deveria executar estas atividades, sendo esse percentual um pouco menor na região Sul (62%). Qual a sua opinião a respeito? Qual profissional deveria desenvolver estas atividades?

Proteção à Saúde:

8. A identificação de situações-problema no território de trabalho permite ao trabalhador da saúde antecipar a ocorrência das doenças e agravos através do controle ou eliminação do risco. Apesar disso, mais da metade dos entrevistados admitem não executar muitas das ações listadas na pesquisa, embora considerem que deveriam executá-las. O que impede a sua execução pelos trabalhadores da vigilância?

Promoção, prevenção e educação em saúde:

9. De modo geral, os trabalhadores entrevistados indicam uma baixa participação nas ações de promoção, prevenção e educação em saúde, ainda que tenham relatado que deveriam executar a maioria das atividades relacionadas. Destacam-se entre as menos executadas, aquelas referentes aos acidentes de trânsito, ao controle do tabagismo, às atividades físicas/corporais, a prevenção das violências e a busca de faltosos ao Programa de Imunização. Qual sua opinião a esse respeito?

Sistemas de Informação:

10. No que diz respeito aos diferentes sistemas de informação existentes na área da saúde, em geral, observam-se no Brasil baixos percentuais de execução das atividades relacionadas à alimentação destes sistemas. Embora essa situação seja um pouco melhor na região Sul, como você explica índices tão reduzidos de utilização do SINAN (Sistema de Informação dos Agravos de Notificação), SIM (Sistema de Mortalidade) e SINASC (Sistema de Nascidos Vivos)?

Planejamento e Gestão:

11. Considerando que 74% dos entrevistados relataram a participação no planejamento das ações de vigilância e que 90% afirmam que deveriam participar, indique como e quando você participa nas ações de planejamento da vigilância no seu município?

Questão geral:

12. Considerando o conjunto das atividades listadas como atribuições dos trabalhadores de nível médio da vigilância, como você acha que deveria ser a formação de um técnico para atuar na área da vigilância?

GRUPO FOCAL – REGIÃO SUDESTE, BRASIL.

**PESQUISA ATRIBUIÇÕES DO PESSOAL DE NÍVEL MÉDIO QUE ATUA NA ÁREA DE
VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA, AMBIENTAL E SANITÁRIA.**

ROTEIRO DE DISCUSSÃO

1. Como está estruturada a vigilância no seu município?

Notificação

2. Em média, 37% dos trabalhadores entrevistados afirmaram que não deveriam executar qualquer atividade de notificação – seja relativa à doenças, agravos, zoonoses, surtos ou eventos adversos. Na região Sudeste, essa proporção é praticamente a mesma. Quais as possíveis razões para esse resultado?

3. De maneira geral observa-se que quanto menor o município, maior a percepção de que os técnicos deveriam executar as ações de notificação. Por que os trabalhadores dos municípios maiores não consideram que essa deveria ser uma atividade atribuída a eles?

Investigação

4. Em geral, é pequena a porcentagem de trabalhadores entrevistados que executam as atividades de investigação, especialmente em relação aos agravos de interesse à saúde, às doenças não-transmissíveis, óbitos evitáveis, doenças relacionadas ao trabalho e reações adversas. Por que estas atividades são menos executadas pelos trabalhadores de nível médio da vigilância?

5. Quando e como você participa do processo de investigação?

Controle e Monitoramento

6. Os dados do estudo indicam uma baixa participação dos trabalhadores entrevistados na execução de atividades de controle de vetores e animais, de prevenção e controle de roedores e insetos nas áreas de risco e também na captura de vetores e animais para exame. No Brasil, em torno de 55% dos entrevistados afirmam que não deveriam executar estas ações, sendo que no Sudeste esse percentual chega próximo a 60%. Qual a sua opinião sobre este quadro? Que profissional deveria desenvolver tais atividades?

Assistência:

7. De acordo com os dados do estudo, mais de 80% dos trabalhadores entrevistados não executam atividades de assistência, especialmente a administração de medicamentos para o controle de endemias. No país como um todo, mais de 70% considera que não deveria executar estas atividades, sendo que na região Sudeste esse percentual chega a atingir 75%. Qual a sua opinião a respeito? Qual profissional deveria desenvolver estas atividades?

Proteção à Saúde:

8. A identificação de situações-problema no território de trabalho permite ao trabalhador da saúde antecipar a ocorrência das doenças e agravos através do controle ou eliminação do risco. Apesar disso, mais da metade dos entrevistados admitem não executar muitas das ações listadas na pesquisa, embora considerem que deveriam executá-las. O que impede a sua execução pelos trabalhadores da vigilância?

Promoção, prevenção e educação em saúde:

8. De modo geral, os trabalhadores entrevistados indicam uma baixa participação nas ações de promoção, prevenção e educação em saúde, ainda que tenham relatado que deveriam executar a maioria das atividades relacionadas. Destacam-se entre as menos executadas, aquelas referentes aos acidentes de trânsito, ao controle do tabagismo, às atividades físicas/corporais, a prevenção das violências e a busca de faltosos ao Programa de Imunização. Qual sua opinião a esse respeito?

Sistemas de Informação:

9. No que diz respeito aos diferentes sistemas de informação existentes na área da saúde, em geral, observam-se no Brasil baixos percentuais de execução das atividades relacionadas à alimentação destes sistemas, sendo que na região Sudeste, estes são ainda menores. Como você explica índices tão reduzidos de utilização do SINAN (Sistema de Informação dos Agravos de Notificação), SIM (Sistema de Mortalidade) e SINASC (Sistema de Nascidos Vivos)?

Planejamento e Gestão:

10. Considerando que 74% dos entrevistados relataram a participação no planejamento das ações de vigilância e que 90% afirmam que deveriam participar, indique como e quando você participa nas ações de planejamento da vigilância no seu município?

Questão geral:

11. Considerando o conjunto das atividades listadas como atribuições dos trabalhadores de nível médio da vigilância, como você acha que deveria ser a formação de um técnico para atuar na área da vigilância?

GRUPO FOCAL – REGIÃO NORTE, BRASIL.

**PESQUISA ATRIBUIÇÕES DO PESSOAL DE NÍVEL MÉDIO QUE ATUA NA ÁREA DE
VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA, AMBIENTAL E SANITÁRIA.**

ROTEIRO DE DISCUSSÃO

1. Como está estruturada a vigilância no seu município?

Notificação

2. Em média, 37% dos trabalhadores entrevistados afirmaram que não deveriam executar qualquer atividade de notificação – seja relativa à doenças, agravos, zoonoses, surtos ou eventos adversos. Na região Norte, a proporção sobe para 45%. Quais as possíveis razões para esse resultado?

3. De maneira geral observa-se que quanto menor o município, maior a percepção de que os técnicos deveriam executar as ações de notificação. Por que os trabalhadores dos municípios maiores não consideram que essa deveria ser uma atividade atribuída a eles?

Investigação

4. Em geral, é pequena a porcentagem de trabalhadores entrevistados que executam as atividades de investigação, especialmente em relação aos agravos de interesse à saúde, às doenças não-transmissíveis, óbitos evitáveis, doenças relacionadas ao trabalho e reações adversas. Por que estas atividades são menos executadas pelos trabalhadores de nível médio da vigilância?

5. Quando e como você participa do processo de investigação?

Controle e Monitoramento

6. Os dados do estudo indicam uma baixa participação dos trabalhadores entrevistados na execução de atividades de controle de vetores e animais, de prevenção e controle de roedores e insetos nas áreas de risco e também na captura de vetores e animais para exame. No Brasil, em torno de 55% dos entrevistados afirmam que não deveriam executar estas ações, sendo que no Norte esse percentual é pouco superior a 58%. Qual a sua opinião sobre este quadro? Que profissional deveria desenvolver tais atividades?

Assistência:

7. De acordo com os dados do estudo, mais de 80% dos trabalhadores entrevistados não executam atividades de assistência, especialmente a administração de medicamentos para o controle de endemias. No país como um todo, quase 70% considera que não deveria executar estas atividades, sendo esse percentual um pouco menor na região Norte (63%). Qual a sua opinião a respeito? Qual profissional deveria desenvolver estas atividades?

Proteção à Saúde:

8. A identificação de situações-problema no território de trabalho permite ao trabalhador da saúde antecipar a ocorrência das doenças e agravos através do controle ou eliminação do risco. Apesar disso, mais da metade dos entrevistados admitem não executar muitas das ações listadas na pesquisa, embora considerem que deveriam executá-las. O que impede a sua execução pelos trabalhadores da vigilância?

Promoção, prevenção e educação em saúde:

9. De modo geral, os trabalhadores entrevistados indicam uma baixa participação nas ações de promoção, prevenção e educação em saúde, ainda que tenham relatado que deveriam executar a maioria das atividades relacionadas. Destacam-se entre as menos executadas, aquelas referentes aos acidentes de trânsito, ao controle do tabagismo, às atividades físicas/corporais, a prevenção das violências e a busca de faltosos ao Programa de Imunização. Qual sua opinião a esse respeito?

Sistemas de Informação:

10. No que diz respeito aos diferentes sistemas de informação existentes na área da saúde, em geral, observam-se no Brasil baixos percentuais de execução das atividades relacionadas à alimentação destes sistemas. Considerando que na região Norte a situação é praticamente a mesma, como você explica índices tão reduzidos de utilização do SINAN (Sistema de Informação dos Agravos de Notificação), SIM (Sistema de Mortalidade) e SINASC (Sistema de Nascidos Vivos)?

Planejamento e Gestão:

11. Considerando que 74% dos entrevistados relataram a participação no planejamento das ações de vigilância e que 90% afirmam que deveriam participar, indique como e quando você participa nas ações de planejamento da vigilância no seu município?

Questão geral:

12. Considerando o conjunto das atividades listadas como atribuições dos trabalhadores de nível médio da vigilância, como você acha que deveria ser a formação de um técnico para atuar na área da vigilância?

GRUPO FOCAL – REGIÃO NORDESTE, BRASIL.

PESQUISA ATRIBUIÇÕES DO PESSOAL DE NÍVEL MÉDIO QUE ATUA NA ÁREA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA, AMBIENTAL E SANITÁRIA.

ROTEIRO DE DISCUSSÃO

1. Como está estruturada a vigilância no seu município?

Notificação

2. Em média, 37% dos trabalhadores entrevistados afirmaram que não deveriam executar qualquer atividade de notificação – seja relativa à doenças, agravos, zoonoses, surtos ou eventos adversos. Na região Nordeste, essa proporção sobe para 40%. Quais as possíveis razões para esse resultado?

3. De maneira geral observa-se que quanto menor o município, maior a percepção de que os técnicos deveriam executar as ações de notificação. Por que os trabalhadores dos municípios maiores não consideram que essa deveria ser uma atividade atribuída a eles?

Investigação

4. Em geral, é pequena a porcentagem de trabalhadores entrevistados que executam as atividades de investigação, especialmente em relação aos agravos de interesse à saúde, às doenças não-transmissíveis, óbitos evitáveis, doenças relacionadas ao trabalho e reações adversas. Por que estas atividades são menos executadas pelos trabalhadores de nível médio da vigilância?

5. Quando e como você participa do processo de investigação?

Controle e Monitoramento

6. Os dados do estudo indicam uma baixa participação dos trabalhadores entrevistados na execução de atividades de controle de vetores e animais, de prevenção e controle de roedores e insetos nas áreas de risco e também na captura de vetores e animais para exame. No Brasil, em torno de 55% dos entrevistados afirmam que não deveriam executar estas ações, sendo que no Nordeste esse percentual é pouco superior a 50%. Qual a sua opinião sobre este quadro? Que profissional deveria desenvolver tais atividades?

Assistência:

7. De acordo com os dados do estudo, mais de 80% dos trabalhadores entrevistados não executam atividades de assistência, especialmente a administração de medicamentos para o controle de endemias. No país como um todo, quase 70% considera que não deveria executar estas atividades, sendo que na região Nordeste esse percentual chega a atingir 72%. Qual a sua opinião a respeito? Qual profissional deveria desenvolver estas atividades?

Proteção à Saúde:

8. A identificação de situações-problema no território de trabalho permite ao trabalhador da saúde antecipar a ocorrência das doenças e agravos através do controle ou eliminação do risco. Apesar disso, mais da metade dos entrevistados admitem não executar muitas das ações listadas na pesquisa, embora considerem que deveriam executá-las. O que impede a sua execução pelos trabalhadores da vigilância?

Promoção, prevenção e educação em saúde:

8. De modo geral, os trabalhadores entrevistados indicam uma baixa participação nas ações de promoção, prevenção e educação em saúde, ainda que tenham relatado que deveriam executar a maioria das atividades relacionadas. Destacam-se entre as menos executadas, aquelas referentes aos acidentes de trânsito, ao controle do tabagismo, às atividades físicas/corporais, a prevenção das violências e a busca de faltosos ao Programa de Imunização. Qual sua opinião a esse respeito?

Sistemas de Informação:

9. No que diz respeito aos diferentes sistemas de informação existentes na área da saúde, em geral, observam-se no Brasil baixos percentuais de execução das atividades relacionadas à alimentação destes sistemas. Na região Nordeste, a situação não é muito diferente. Como você explica índices tão reduzidos de utilização do SINAN (Sistema de Informação dos Agravos de Notificação), SIM (Sistema de Mortalidade) e SINASC (Sistema de Nascidos Vivos)?

Planejamento e Gestão:

10. Considerando que 74% dos entrevistados relataram a participação no planejamento das ações de vigilância e que 90% afirmam que deveriam participar, indique como e quando você participa nas ações de planejamento da vigilância no seu município?

Questão geral:

11. Considerando o conjunto das atividades listadas como atribuições dos trabalhadores de nível médio da vigilância, como você acha que deveria ser a formação de um técnico para atuar na área da vigilância?

GRUPO FOCAL - COORDENADORES

PESQUISA ATRIBUIÇÕES DO PESSOAL DE NÍVEL MÉDIO QUE ATUA NA ÁREA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA, AMBIENTAL E SANITÁRIA.

ROTEIRO DE DISCUSSÃO

- 1 Como está estruturada a vigilância em seu município?

Notificação

- 2 Em média, 37% dos trabalhadores entrevistados afirmaram que não deveriam executar qualquer atividade de notificação – seja relativa à doenças, agravos, zoonoses, surtos ou eventos adversos. Quais as possíveis razões para esse resultado?

- 3 De maneira geral, observa-se que quanto menor o município, maior a percepção de que os técnicos deveriam executar as ações de notificação. Por que os trabalhadores dos municípios maiores não consideram que essa deveria ser uma atividade atribuída a eles?

Investigação

- 4 Em geral, é pequena a porcentagem de trabalhadores entrevistados que executam as atividades de investigação, especialmente em relação aos agravos de interesse à saúde, às doenças não-transmissíveis, óbitos evitáveis, doenças relacionadas ao trabalho e reações adversas. Por que estas atividades são menos executadas pelos trabalhadores de nível médio da vigilância?

- 5 Quando o técnico de NM participa do processo de investigação?

Controle e Monitoramento

- 6 Os dados do estudo indicam uma baixa participação dos trabalhadores entrevistados na execução de atividades de controle de vetores e animais, de prevenção e controle de roedores e insetos nas áreas de risco e também na captura de vetores e animais para exame. No Brasil, em torno de 55% dos entrevistados afirmam que não deveriam executar estas ações.

Pergunta-se:

- a. Qual a sua opinião sobre este quadro?

- b. Que profissional deveria desenvolver tais atividades?

Assistência

- 7 De acordo com os dados do estudo, mais de 80% dos trabalhadores entrevistados não executam atividades de assistência, especialmente a administração de medicamentos para o controle de endemias. No país como um todo, mais de 70% considera que não deveria executar estas atividades.

Pergunta-se:

- a. Qual a sua opinião a respeito?

- b. Qual profissional deveria desenvolver estas atividades?

Proteção à Saúde

- 8 A identificação de situações-problema no território de trabalho permite ao trabalhador da saúde antecipar a ocorrência das doenças e agravos através do controle ou eliminação do risco. Apesar disso, mais da metade dos entrevistados admitem não executar muitas das ações

listadas na pesquisa, embora considerem que deveriam executá-las. O que impede a sua execução pelos trabalhadores da vigilância?

Promoção, Prevenção e Educação em Saúde

- 9 De modo geral, os trabalhadores entrevistados indicam uma baixa participação nas ações de promoção, prevenção e educação em saúde, ainda que tenham relatado que deveriam executar a maioria das atividades relacionadas. Destacam-se entre as menos executadas, aquelas referentes aos acidentes de trânsito, ao controle do tabagismo, às atividades físicas/corporais, a prevenção das violências e a busca de faltosos ao Programa de Imunização. Qual sua opinião a esse respeito?

Sistemas de Informação:

- 10 No que diz respeito aos diferentes sistemas de informação existentes na área da saúde, em geral, observam-se no Brasil baixos percentuais de execução das atividades relacionadas à alimentação destes sistemas. Como você explica índices tão reduzidos de utilização do SINAN (Sistema de Informação dos Agravos de Notificação), SIM (Sistema de Mortalidade) e SINASC (Sistema de Nascidos Vivos)?

Planejamento e Gestão

- 11 Considerando que 74% dos entrevistados relataram a participação no planejamento das ações de vigilância e que 90% afirmam que deveriam participar, indique como o técnico de NM participa nas ações de planejamento da vigilância no seu município?

Questão Geral

- 12 Considerando o conjunto das atividades listadas como atribuições dos trabalhadores de nível médio da vigilância, como você acha que deveria ser a formação de um técnico para atuar na área da vigilância?

APÊNDICE D – RELATÓRIOS DOS GRUPOS FOCAIS

PESQUISA ATRIBUIÇÕES DO PESSOAL DE NÍVEL MÉDIO QUE ATUA NA ÁREA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA, AMBIENTAL E SANITÁRIA

GRUPO FOCAL – REGIÃO CENTRO-OESTE, BRASIL

Coordenadores: Cristiana Leite Carvalho (NESCON/UFMG) e Gustavo Azeredo Furquim Werneck (NESCON/UFMG)

Relatores: Mauricio Monken (EPSJV/FIOCRUZ) e Márcia Cavalcanti Raposo Lopes (LATEPS/EPSJV)

Participantes:

- ⇒ Municípios com mais de 100 mil habitantes: Águas Lindas de Goiás (GO); Brasília (DF); Goiânia (GO); Lusiana (GO); Novo Gama (GO).
- ⇒ Municípios com menos de 100 mil habitantes: Alexânia (GO); Aragoiana (GO); Cachoeira Dourada (GO); Itapirapuan (GO); Jandaia (GO); Peixoto Azevedo (MT); Pontalina (GO); Santo Antonio do Leverge (MT); Senador Canedo (GO).

1. INTRODUÇÃO

A oficina teve início às 14:00 horas do dia 16 de maio de 2007 com a apresentação dos participantes e posteriormente a exposição, pela coordenação, dos objetivos do projeto, de alguns resultados da pesquisa e da proposta de trabalho.

Num segundo momento, foi feita a divisão do grupo em dois subgrupos por porte populacional (< 100.000 hab. – subgrupo A - e >100.000 hab. - subgrupo B) dos municípios a que estavam ligados os participantes e o debate orientado pelo roteiro de discussão.

Num terceiro momento, já no dia seguinte, foram apresentados os resultados consolidados pelos coordenadores e relatores para validação junto a todos os participantes.

2. RESULTADOS

NOTIFICAÇÃO

Pergunta 1:

Em média, 37% dos trabalhadores entrevistados afirmaram que não deveriam executar qualquer atividade de notificação – seja relativa à doenças, agravos, zoonoses, surtos ou eventos adversos. Na região Centro-Oeste, 53,5% considera que não deveria executar notificação para eventos adversos. Quais as possíveis razões para essa resposta?

Ambos os subgrupos identificaram que a notificação é o próprio trabalho da vigilância. Houve um estranhamento deste resultado, surgindo à hipótese de que os entrevistados não tenham entendido bem a pergunta. Foi colocado, também, que devido à especialização no trabalho da vigilância, cada trabalhador acaba se restringindo a sua área de atuação (Vigilância Sanitária-VISA, Vigilância Epidemiológica-VE, Vigilância Ambiental-VA), não notificando, nem reconhecendo como sua atribuição, notificações das outras áreas, a menos que seja uma ação conjunta.

Pelo fato da pergunta se referir especificamente à notificação para eventos adversos, foi dito, pelo subgrupo A, que esta notificação faz parte da Vigilância Epidemiológica, já a notificação da VISA diz respeito a autuação ao sujeito para que ele resolva o problema.

No subgrupo B, os técnicos ainda colocaram que, nos locais onde funciona o PSF, muitas vezes, as notificações são feitas pelos ACS, que tem formulário próprio para isto. Eles apontaram que, embora, identifiquem e relatem os problemas, por vezes, a notificação oficial não é feita por eles.

Pergunta 2:

De maneira geral observa-se que quanto menor o município, maior a percepção de que os técnicos deveriam executar as ações de notificação. Por que os trabalhadores dos municípios maiores não consideram que essa deveria ser uma atividade atribuída a eles?

Esta questão apresentou diferentes respostas nos dois subgrupos, principalmente, em função da caracterização que cada um deles fazia da forma como se davam as ações de vigilância no grupo oposto.

Para o subgrupo A, os técnicos dos municípios pequenos são mais cobrados em relação às notificações para garantir recursos que seriam mais escassos nestas cidades. A falta de estrutura destes municípios aparece constantemente na fala dos técnicos. Em relação à VISA, aponta-se que com a descentralização, o município passou a fazer o que quer com o recurso, mesmo sendo cobrado pelo Estado, pelo MS e pela população (o recurso não é investido na VISA). Aparece neste subgrupo também, a preocupação com a posição dos técnicos que podem ser processados por não fazerem suas atribuições corretamente sem, entretanto, poderem contar com condições de trabalho que lhes permitam cumprir adequadamente suas tarefas.

Vale notar que o técnico representante de um dos municípios pequenos relatou uma realidade diferente colocando que lá o juiz e o promotor cobram do prefeito as ações de vigilância.

No subgrupo B, alguns técnicos apontaram que devido à sobrecarga de trabalho, a notificação aparece, por vezes, como um “trabalho a mais”, o que explicaria a resposta de que o técnico não deveria fazê-la. A organização do trabalho nas cidades de maior porte também é apontada, pelo subgrupo B, como fator para explicar esta questão. A princípio, nestes municípios, haveria maior separação entre os processos de trabalho das diferentes especialidades da vigilância e quanto mais parcelado e especializado vai ficando o trabalho, mais o técnico tende a se restringir apenas a sua área.

Ainda no subgrupo B, foi colocado que nas cidades pequenas os problemas apareceriam com mais facilidade que nos municípios maiores... “se alguém tá gripado, todo mundo fica sabendo...”

É importante ressaltar, ainda, que no momento da validação das respostas, os técnicos dos municípios grandes colocaram que, também nestes, existem cobranças em relação às notificações para que os recursos cheguem do estado e do Ministério da Saúde.

INVESTIGAÇÃO:

Pergunta 3:

Em geral, é pequena a porcentagem de trabalhadores entrevistados que executam as atividades de investigação, especialmente em relação aos agravos de interesse à saúde, às doenças não-transmissíveis, óbitos evitáveis, doenças relacionadas ao trabalho e reações adversas. Por que estas atividades são menos executadas pelos trabalhadores de nível médio da vigilância?

No subgrupo A, a falta de condições de trabalho aparece como a principal explicação para as investigações não serem feitas. O técnico recebe a denúncia, mas não tem como atender (não tem carro para ir ao local, por exemplo). Outro problema é que mesmo quando o processo administrativo é instaurado, ele não anda e o técnico fica desacreditado.

No subgrupo B, volta-se a falar sobre a especialização do trabalho. Cada área só faz a investigação que é de sua competência. A falta de capacitação para fazer as investigações, especialmente quando de área distinta da atuação do técnico de vigilância, também é colocada. Novamente a sobrecarga de trabalho é apontada por um dos participantes como resposta para a questão, propiciando um desinteresse em qualquer atividade (a mais) a ser desenvolvida.

Pergunta 4:

O percentual de execução de ações de investigação na Região Centro-Oeste é, na maioria das vezes, inferior aos valores observados nacionalmente. Como vocês explicam este fato?

No subgrupo A colocou-se a possibilidade de que os respondentes não tenham entendido a questão. Outros pontos levantados foram as condições precárias de trabalho, o pouco recurso investido e o pequeno incentivo para realizar as ações.

No subgrupo B, os técnicos não apontaram razões para a diferença de percentual observada entre a região Centro-Oeste e o Brasil, constatando apenas

que “alguma coisa está errada com o CO (ou com o Brasil)”. Observaram, entretanto, que a cultura de investigação está mais presente na VE e que na VISA esta cultura ainda não foi assimilada.

Vale ressaltar que, no momento de validação, os técnicos colocaram que a VISA também realiza investigação, mas no sentido de identificação de situações de risco.

Pergunta 5:

Quando e como você participa do processo de investigação?

No subgrupo A, os técnicos colocaram que participam de forma precária e quando dá: “a gente faz além do que pode”. Eles apontaram também a falta de autonomia para realizar as ações.

No subgrupo B, os técnicos diferenciaram as atuações da VE, da VA e da VISA (apontando novamente o parcelamento e a especialização do processo de trabalho da vigilância nos municípios maiores). A VE faz investigação de um modo geral (meningite, tuberculose, etc). Na VISA é mais comum a investigação de casos de intoxicação alimentar e atendimento anti-rábico, assim como, casos de intoxicação por medicamentos e produtos de salão de beleza.

No controle de casos de dengue e malária, a VE atua sobre os pacientes e a VA faz a ação de investigação e controle sobre o vetor.

Os técnicos da VISA colocaram também que, em geral, as investigações são feitas a partir de denúncias (após algum fato já ter ocorrido). Durante a discussão, entretanto, eles reconheceram o trabalho de fiscalização como um trabalho preventivo que de alguma maneira poderia ser considerado uma investigação.

CONTROLE E MONITORAMENTO

Pergunta 6:

Os dados do estudo indicam uma baixa participação dos trabalhadores entrevistados na execução de atividades de controle de vetores e animais, de prevenção e controle de roedores e insetos nas áreas de risco e também na captura de vetores e animais para exame. No Brasil, em torno de 55% dos entrevistados afirmam que não deveriam executar estas ações, sendo que no

***Centro-Oeste esse percentual é de 46%. Qual a sua opinião sobre este quadro?
Que profissional deveria desenvolver tais atividades?***

No subgrupo A, os técnicos colocaram que, em relação aos vetores os próprios municípios realizam as ações de controle e monitoramento (ou via vigilância ou via FUNASA). Em relação aos animais, existem diferenças entre os municípios: em alguns, usa-se o serviço de municípios vizinhos; em outros a FUNASA realiza; já os morcegos são capturados pelo setor de agricultura. Em se tratando da captura de animais, estes são enviados inteiros para exame, embora um dos municípios tenha informado que envia apenas o material necessário para exame (ex. cabeça de cachorro).

No subgrupo B, considerando que as ações de vigilância são mais especializadas, estas atividades apareceram como atribuição da VA e controle de zoonoses; o que explicaria o alto índice de respostas negativas (o grupo de respondentes do questionário tem poucos técnicos que atuam na VA).

Foi apontado que quando algum evento de saúde está em evidência, o trabalhador passa a ter conhecimento sobre ele, se sentindo mais responsável. Como exemplo, foi citada a dengue.

Foi colocado também que, embora, todos se sintam responsáveis pelas ações, muitas vezes, não têm conhecimento para executá-las. De maneira geral, o profissional quando está mais informado acaba se comprometendo mais.

Além disso, foi comentado que falta funcionário para cobrir toda extensão de um território. Este teria uma cobertura melhor se sua extensão fosse adequada ao número de trabalhadores.

ASSISTÊNCIA

Pergunta 7:

De acordo com os dados do estudo, mais de 80% dos trabalhadores entrevistados não executam atividades de assistência, especialmente a administração de medicamentos para o controle de endemias. Enquanto na região Centro-Oeste 56% consideram que não deveriam executar estas

atividades, no país esse percentual chega a atingir quase 70%. Qual a sua opinião a respeito?

Esta questão foi bastante polêmica, mesmo, posteriormente, no momento de validação.

No subgrupo A, os técnicos localizaram esta ação como específica da vigilância epidemiológica. Os trabalhadores desta vigilância administram medicamentos e fazem busca ativa de faltosos, geralmente, com ajuda do agente de saúde, que faz a identificação no domicílio e encaminha para VE. Foi colocado, também, que a FUNASA realiza este trabalho quando se trata de malária. Cabe assinalar que neste relato aparece, pela primeira vez, mais claramente, uma especialização das ações de vigilância nos municípios de menor porte.

Todos concordam que os técnicos deveriam fazer essa função, desde que capacitados para isso.

O subgrupo B debateu bastante sobre esta questão. Os trabalhadores mudaram, por vezes, de opinião a partir da colocação de situações específicas (malária, meningite) por parte dos outros participantes.

Foi apontado que, em alguns municípios, a pessoa capacitada para esta ação é o enfermeiro e/ou o técnico de enfermagem. Foi dito, também, que existem normas para estes casos, definindo a necessidade da prescrição médica, mas que, em algumas situações, existe a necessidade de uma ação rápida (por exemplo, em caso de meningite meningocócica, a VE é responsável pela administração direta), o que implicaria na atuação dos técnicos. De qualquer maneira, os trabalhadores se mostraram reticentes em relação a esta atividade, já que, caso alguma coisa aconteça, “a responsabilidade é de quem administrou o medicamento”. Seja como for, os técnicos alegaram que o profissional para fazer isso deve estar capacitado e deve ter um protocolo.

PROTEÇÃO À SAÚDE

Pergunta 8:

Mais da metade dos entrevistados relata não executarem muitas das ações de identificação de situações-problema, embora considerem que deveriam

executá-las. Uma vez que são estas atividades que permitem a antecipação da ocorrência das doenças e agravos através da eliminação das situações de risco, o que impede a sua execução pelos trabalhadores?

No subgrupo A, de um modo geral, o que foi relatado é que as secretarias municipais de saúde não dão suporte para o trabalho - falta equipe, carro e recursos financeiros. Os participantes colocaram que a VISA faz a ação de proteção à saúde na sua rotina de trabalho, fazendo orientação para eliminação de situações de risco.

Foi relatado, também, que o fiscal de vigilância não pode nunca trabalhar sozinho e a maioria dos profissionais destes municípios não tem equipe de trabalho, nem coordenador. Um outro problema apontado foi que a hierarquia das secretarias municipais impede o encaminhamento das ações. "O secretário e a assessoria jurídica questionam a ação do técnico, inclusive quando o técnico faz um documento oficial que é função dele, mas ele é questionado porque não tem legitimidade para fazê-lo".

Além disso, os técnicos apontaram que faz parte da vigilância sanitária controlar as situações de risco relativos à saúde do trabalhador.

No subgrupo B, os técnicos colocaram que a ação de identificar situações problema, em sua maior parte, é própria da vigilância ambiental. Este tipo de ação pressupõe a existência de uma atividade preventiva, entretanto, este tipo de prática não prevalece. Foi dito que é preciso conscientizar os trabalhadores para desenvolver um olhar mais amplo que identifique estas situações e também incorporar a informação à população.

PROMOÇÃO, PREVENÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Pergunta 9:

De modo geral, os trabalhadores entrevistados indicam uma baixa participação nas ações de promoção, prevenção e educação em saúde, ainda que tenham relatado que deveriam executar a maioria das atividades relacionadas. Destacam-se entre as menos executadas, aquelas referentes aos acidentes de trânsito, ao controle do tabagismo, às atividades físicas/corporais, a

prevenção das violências e a busca de faltosos ao Programa de Imunização. Qual sua opinião a esse respeito?

Mais uma vez, foi apontada a especificidade das experiências da VISA e da VE, no subgrupo A. Enquanto a VE tem uma estrutura da secretaria de Estado que facilita estas ações enviando material educativo e tem, entre suas tarefas, a busca ativa de faltosos para imunização, a VISA tem maior dificuldade para realizar este tipo de tarefa. Segundo os técnicos, o tipo de trabalho desta vigilância não possibilita esta ação (as pessoas não comparecem e no local de trabalho delas não é possível).

Neste subgrupo também foi enfatizado que, para a realização destas ações, há necessidade de maior integração com outros setores de governo.

Em contraposição, o subgrupo B, relatou que a VE não incorpora as ações citadas na questão. A falta de capacitação profissional, o medo da ampliação do trabalho (novas tarefas) e os baixos salários aparecem como possíveis razões para que “estas atividades fiquem em segundo plano”.

Pergunta 10:

Falando ainda das ações de promoção, prevenção e educação em saúde, parece haver maior frequência na execução destas atividades entre os trabalhadores dos municípios de menor porte. Que razão pode ser apontada para esta situação?

Nos dois subgrupos, foi colocado que, nos municípios menores, existe contato mais próximo com a população, o que facilita o trabalho de promoção e educação.

No subgrupo A, a questão foi mais desenvolvida. Foi relatado que em geral, as ações de promoção feitas são: orientação ao comércio, combate à dengue, orientação sobre manipulação e fabricação; sobre limpeza, atuação junto aos colégios, medicamentos vencidos, carne de origem clandestina (fizeram um frigorífico em uma das cidades), orientação sobre vetores no caso da dengue, malária, hantavirose, e sobre prevenção e tratamento de doenças (hipertensão, hanseníase, tuberculose, DST)

Além disso, os técnicos colocaram, também, que este tipo de ação da vigilância só funciona onde tem PSF, pois o agente comunitário de saúde leva os problemas rotineiramente para os técnicos da vigilância.

Vale observar que, em um dos municípios, este tipo de trabalho é facilitado, pois existe uma rádio comunitária com espaço para a saúde.

SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

Pergunta 11:

No que diz respeito aos diferentes sistemas de informação existentes na área da saúde, em geral, observam-se baixos percentuais de execução das atividades relacionadas à alimentação destes sistemas, embora na região Centro-Oeste, estes percentuais sejam um pouco maiores. Como você explica índices tão reduzidos de utilização do Sistema de Informação dos Agravos de Notificação – SINAN, SIM e SINASC?

No subgrupo A, foi considerado que há falta de comunicação dos hospitais e das unidades básicas de saúde com as secretarias de saúde. Segundo eles, a obrigação das unidades é encaminhar os dados para a vigilância nestas secretarias.

Outro problema relatado é a ausência de estrutura que, no caso dos sistemas de informação, é localizada, mais especificamente, na falta de computador e de internet. Ainda que eles reconheçam que é possível fazer o trabalho manualmente, existe uma perda grande de agilidade neste processo.

Foi colocado, também, que no ano passado houve muitos problemas com os programas dos sistemas de informação, em razão da instalação do sistema via internet (o que explicaria o índice baixo de utilização dos sistemas mencionados).

No subgrupo B, os técnicos apontaram que durante a pesquisa, os operadores não souberam explicar para os respondentes o significado das siglas, talvez, por isso os percentuais de execução tenham sido tão baixos (exemplo: SISPNi).

Outro fato levantado foi a falta de treinamento para conhecer os sistemas de informação. Foi relatado, ainda, que são os profissionais de nível superior que conhecem estes sistemas. Os trabalhadores de nível técnico ficam restritos à

geração de dados para alimentá-los, sem nem mesmo ter acesso às informações consolidadas.

Além disso, foi comentado que existem sistemas de informação específicos para cada vigilância. O SISAGUA é mais conhecido pelo pessoal que trabalha na VA. O SINAN e o SINASC são mais utilizados pela VE, sendo que neste último, os dados são recolhidos diretamente para o nível central das secretarias de saúde.

PLANEJAMENTO E GESTÃO

Pergunta 12

Considerando que 74% dos entrevistados relataram a participação no planejamento das ações de vigilância e que 90% afirmam que deveriam participar, indique como e quando você participa nas ações de planejamento da vigilância no seu município?

Nos dois subgrupos a maioria dos técnicos não considera que participa efetivamente do planejamento que, em muitas das vezes, é feito apenas pelos coordenadores. O mais comum, são os técnicos apenas entregarem relatórios de trabalho e levantarem dados que serão usados na discussão do planejamento, sem no entanto, participar desta.

No subgrupo A, num segundo momento, quando perguntados mais especificamente sobre os processos de planejamento, alguns responderam que participam da Programação Pactuada Integrada da Vigilância em Saúde. Outros disseram que só participam quando a superintendência do estado ou regional assim o determina.

Foi colocado, também, que a coordenação da vigilância e o secretário de saúde deveriam ter mais interação com os técnicos para que estes soubessem das ações que foram planejadas, pois serão cobrados pela supervisão do Estado. Os trabalhadores comentaram que os técnicos acabam ficando responsáveis por todo o serviço da vigilância (mesmo o de coordenação), contudo, eles não participam das reuniões de pactuação nem são informados sobre as metas; e quando não cumprem estas últimas, são cobrados.

No subgrupo B, durante a discussão, os técnicos apontaram sua participação no planejamento das campanhas de vacinação e nas atividades de controle de vetores.

QUESTÃO GERAL

Pergunta 13:

Considerando o conjunto das atividades listadas como atribuições dos trabalhadores de nível médio da vigilância, como você acha que deveria ser a formação de um técnico para atuar na área da vigilância?

Houve concordância entre os subgrupos de que a formação deve ser abrangente. Os técnicos gostariam que o curso abordasse todas as atividades da vigilância.

No subgrupo A, os técnicos apontaram que a epidemiologia tem que ser um conteúdo básico e que para trabalhar na VISA é preciso conhecer legislação.

No subgrupo B foi colocado que o curso deve começar, por um conteúdo geral e ter uma especialização para cada área da vigilância. Segundo os participantes, todos devem conhecer a epidemiologia; devem ter conhecimento amplo de legislação; conhecimento de informática, de exames clínicos e dos sistemas.

Um dos técnicos colocou, ainda, que seria bom ter um título de Técnico em Saúde Pública.

No momento da validação, a discussão apontou para a ampliação da formação com todas as vigilâncias para compor uma vigilância em saúde.

PESQUISA ATRIBUIÇÕES DO PESSOAL DE NÍVEL MÉDIO QUE ATUA NA ÁREA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA, AMBIENTAL E SANITÁRIA

GRUPO FOCAL – REGIÃO SUL, BR.

Coordenação: Mara Vasconcelos (NESCON/UFMG)

Relatores: Ana Margarida de Melo Barreto Campello (EPSJV/FIOCRUZ); Mauricio Monken (EPSJV/FIOCRUZ)

Participantes:

- ⇒ Municípios com mais de 100 mil habitantes: Bagé (RS); Porto Alegre (RS); Sapucaia do Sul (RS).
- ⇒ Municípios com menos de 100 mil habitantes: Aurora (SC); Aurora (SC); Camaquã (RS); Campo Bom (RS); Ijuí (RS); Riozinho (RS); Vale do Sol (RS); Xaxim (SC);

1. INTRODUÇÃO

Os grupos focais da região sul foram desenvolvidos durante os dias 20 e 21 de junho, na Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, localizada em Porto Alegre. Participaram 11 técnicos ligados às estruturas de vigilância municipais de 10 municípios. Registra-se que dos 10 municípios representados, apenas dois pertencem ao Estado de Santa Catarina, enquanto os demais pertencem ao Estado do Rio Grande do Sul. Dentre os técnicos presentes seis pertencem a municípios de grande porte (mais de 100.000 habitantes) e cinco a municípios de pequeno porte (menos de 100.000 habitantes). Os técnicos foram divididos em dois grupos de acordo com o porte dos municípios. Cada grupo contou com um coordenador, profissional do NESCOM/UFMG, e um relator, profissional da EPSJV/Fiocruz.

No primeiro dia, os trabalhos foram iniciados pela apresentação da pesquisa, esclarecendo-se seus objetivos e metodologia. A clareza da apresentação quanto à importância dos dados levantados no sentido da construção futura de uma proposta de formação técnica na área da vigilância levantou muitas expectativas no grupo.

Em seguida à apresentação de cada participante foram constituídos os grupos de trabalho, dando-se início às discussões com base no questionário previamente elaborado a partir dos resultados da primeira etapa da pesquisa.

A seguir são sistematizadas as discussões dos dois grupos focais realizados em Porto Alegre.

2. RESULTADOS

Pergunta 1:

Como está estruturada a vigilância no seu município?

- **Porto Alegre:**
Coordenação geral de vigilância e várias equipes com coordenações específicas em Vigilância Epidemiológica, Vigilância Ambiental, Vacinas, Alimentos, Produtos;
- **Sapucaia do Sul:**
Uma Diretoria de Vigilância e coordenações específicas em Vigilância Epidemiológica, Vigilância Ambiental e Vigilância Sanitária;
- **Camaquã:**
Compõe-se em Vigilância Sanitária, Vigilância Ambiental e Vigilância Epidemiológica;
- **Ijuí:**
Coordenações específicas em Vigilância Epidemiológica, Vigilância Ambiental e Vigilância Sanitária;
- **Bagé:**
Em Vigilância Ambiental, Vigilância Sanitária e Vigilância Epidemiológica;
- **Vale do Sol**
Possui equipe de vigilância à saúde com estrutura de vigilância sanitária, epidemiologia e ambiental que agem conjuntamente.
Equipe: 1 fiscal sanitário, 1 médico veterinário, 2 enfermeiros, 2 técnicos em enfermagem e 2 auxiliares administrativos
- **Campo Bom**
Possui equipe de vigilância à saúde com estrutura de vigilância sanitária,

epidemiológica e ambiental que atuam separadamente. A VA atua com a VISA.

Uma equipe de DST AIDS composta por 2 médicos, 1 enfermeiro e 2 assistentes sociais, 1 programa da criança, uma equipe de campo da Dengue.

Equipe: 1 técnico de enfermagem, 1 enfermeiro (coordenador de imunização), 2 fiscais sanitários, 1 médico veterinário

- **Xaxim**

Possui equipe de vigilância sanitária que atua junto com a vigilância ambiental

com 4 técnicos e, sendo 2 de campo e 2 da administração A vigilância epidemiológica atua em separado com 1 técnico e 1 médico.

- **Aurora**

Equipe que atua conjuntamente de Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária e Vigilância Ambiental;

Equipe: 1 técnico, 1 enfermeiro para VE, 1 funcionário para VA e VISA

- **Riozinho**

Equipe que atua conjuntamente com a Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica e Vigilância Ambiental compondo a vigilância em saúde.

Equipe: 1 agente administrativo, 1 agente de campo, 1 técnico em enfermagem e 1 fiscal de saúde e 1 enfermeiro (coordenador da Vigilância em Saúde);

Com relação aos municípios de grande porte (subgrupo B) percebe-se que a vigilância se estrutura, em geral, em grupos/equipes específicas de cada uma das especialidades (VE, VA e VISA) que por sua vez estão centralizados em uma coordenação ou diretoria. Em alguns desses municípios há apenas dois grupos/equipes: o primeiro reúne a Vigilância Ambiental e Sanitária e o segundo a Vigilância Epidemiológica. Os municípios de pequeno porte (subgrupo A), na sua maioria, possuem apenas uma equipe de vigilância à saúde que atua em conjunto no desenvolvimento de ações de vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental. Em dois municípios observa-se uma estrutura mais complexa, com equipes específicas de VE, enquanto VA e VISA atuam em conjunto.

NOTIFICAÇÃO

Pergunta 2:

Em média, 37% dos trabalhadores entrevistados afirmaram que não deveriam executar qualquer atividade de notificação – seja relativa à doenças, agravos, zoonoses, surtos ou eventos adversos. Na região Sul, a proporção cai para 27%. Quais as possíveis razões para esse resultado?

Quando perguntados porque 27% dos trabalhadores entrevistados, na Região Sul, responderam que não deveriam executar qualquer atividade de notificação, seja relativa a doenças, agravos, zoonoses, surtos ou eventos adversos, os trabalhadores presentes no grupo focal justificam essa resposta pela falta de conhecimento sobre o que é uma notificação, indicando que o questionário pode ter sido respondido por trabalhadores que recém ingressaram no serviço e que não foram informados sobre suas atribuições. Segundo esses trabalhadores, os técnicos aprendem a fazer fazendo, não passam por nenhum tipo de treinamento: “estou aqui há um ano e não tive treinamento algum, aprendi a fazer fazendo”.

Na Vigilância Epidemiológica de alguns municípios pequenos (subgrupo A) é o técnico quem faz a investigação após a denúncia, repassa para o profissional médico e depois retorna para o técnico acompanhar. Em outros municípios do subgrupo A, foi colocado que os técnicos não têm autonomia para pedir os exames após a notificação e acompanhar o processo.

O posicionamento dos técnicos oriundos de municípios de pequeno porte difere um pouco na análise dessa pergunta, eles tendem a identificar a ação de notificação como atribuição do nível superior, cabendo ao técnico apenas acolher e repassar a informação para o médico/profissional de nível superior. Nesses municípios, entende-se que cabe ao técnico apenas acompanhar e não notificar. Apenas em um caso, observa-se que a VE notifica.

Pergunta 3:

De maneira geral observa-se que quanto menor o município, maior a percepção de que os técnicos deveriam executar as ações de notificação. Por que os trabalhadores dos municípios maiores não consideram que essa deveria ser uma atividade atribuída a eles?

Quando confrontados com a diferença de percepção entre os técnicos com relação às atividades de notificação em função do tamanho dos municípios, os trabalhadores dos municípios maiores justificam o resultado encontrado no *survey* como decorrente de um mal entendimento da pergunta, uma vez que consideram a notificação como *a base do trabalho da vigilância*. Esses trabalhadores fazem uma distinção entre dois tipos de notificação, o primeiro seria quando a própria Vigilância Sanitária é notificada, enquanto o segundo é decorrente da constatação, pelo técnico, de irregularidades nos locais visitados. Entendem ainda que as atividades de notificação ocupam muito tempo e os técnicos dos municípios grandes não têm tempo para as atividades de notificação, tendo em vista seu excesso de atribuições. Os municípios menores entendem que essa diferença encontrada deve-se ao fato de que os técnicos dos municípios menores têm maior autonomia além de maior proximidade com a população, o que facilita a comunicação e o estabelecimento de uma relação de confiança, o que facilitaria a comunicação, permitindo que executassem atividades de notificação com maior facilidade do que os técnicos de municípios maiores.

INVESTIGAÇÃO

Pergunta 4:

Em geral, é pequena a porcentagem de trabalhadores entrevistados que executam as atividades de investigação, especialmente em relação aos agravos de interesse à saúde, às doenças não-transmissíveis, óbitos evitáveis, doenças relacionadas ao trabalho e reações adversas. Por que estas atividades são menos executadas pelos trabalhadores de nível médio da vigilância?

Pergunta 5:

Quando e como você participa do processo de investigação?

Para os participantes do subgrupo B é o técnico que investiga e leva os resultados para o nível superior, que geralmente acompanha o processo em todas

as etapas. No entanto, alegam que a resposta não retrata a realidade de quem trabalha com a vigilância epidemiológica, pois uma de suas atribuições é fazer a investigação. Outro aspecto ressaltado é que em município grande, com mais trabalhadores, pode acontecer que, a área de atribuição do problema que foi notificado não seja a dele (trabalhador) e, nesse caso, ele repassa a notificação para outro colega de área afim, que irá investigar - por exemplo: notificação de alimentos, a Vigilância Epidemiológica não investiga. “Se eu trabalho somente com doenças transmissíveis, eu não interfiro na investigação de outras questões”. Portanto, para os técnicos, nos municípios maiores geralmente cada setor investiga em sua área específica de atribuições. Já em alguns municípios, enfatizou-se que a investigação pode ocorrer de forma conjunta, por exemplo: a Vigilância Epidemiológica atuando juntamente com a Vigilância Sanitária de alimentos.

Foi ressaltado porém que, atualmente não é possível notificar apenas, pois o próprio sistema de informação solicita a complementação de dados que depende da atividade de investigação, sem a qual não é possível “fechar” o formulário eletrônico. Pode acontecer, após um determinado tempo, de o sistema rejeitar o formulário incompleto. *“E se não fechar no prazo, o Ministério da Saúde cobrar a informação”*.

Para os técnicos do subgrupo A são os trabalhadores de nível médio que fazem todo o processo de investigação encaminhando os resultados para o médico e o secretário de saúde. Já em outros municípios deste subgrupo, os técnicos relataram que não realizam investigação de óbitos e doenças.

Em alguns municípios deste subgrupo foi relatado que a Vigilância Epidemiológica promove reuniões periódicas com o Programa Saúde da Família (PSF) recebendo assim as informações que originam as notificações. A Vigilância Sanitária recebe as informações (denúncia) através da população e dos agentes de saúde fazendo a investigação no local, preenchendo formulário e retornando depois para a pessoa confirmar a situação investigada. Em outro município a investigação é acompanhada pelo nível superior em todas as etapas.

CONTROLE E MONITORAMENTO

Pergunta 6:

Os dados do estudo indicam uma baixa participação dos trabalhadores entrevistados na execução de atividades de controle de vetores e animais, de prevenção e controle de roedores e insetos nas áreas de risco e também na captura de vetores e animais para exame. No Brasil, em torno de 55% dos entrevistados afirmam que não deveriam executar estas ações, sendo que no Sul esse percentual é pouco superior a 52%. Qual a sua opinião sobre este quadro? Que profissional deveria desenvolver tais atividades?

No subgrupo B, os participantes relatam que a Vigilância Ambiental está mais capacitada a executar estas atividades, assim, se quem respondeu é da Vigilância Epidemiológica, deve ter dito que não deveria executar. Para eles, de um modo geral nos municípios pequenos um trabalhador (ou poucos) faz todo o trabalho da vigilância e da forma como a pergunta foi formulada parece que todos trabalhadores da vigilância (e em todos os municípios) deveriam atuar na captura. Esses trabalhadores, oriundos de municípios de grande porte, ressaltam a especialização das equipes, destacando que as atividades de controle e monitoramento são atribuição da Vigilância Ambiental e enfatizando a necessidade de capacitação específica e especialização técnica para execução dessa atividade. Exemplificam a divisão de atribuições nas equipes com o caso do barbeiro: “o trabalho é feito em equipe: por exemplo, na captura de barbeiro, um técnico recolhe a amostra, outro técnico da epidemiologia vai para coletar o sangue do indivíduo e o veterinário para coletar o sangue do animal”. Em um dos municípios, o técnico que atua na Vigilância Ambiental e na Vigilância Sanitária só faz coleta de cabeça de cachorro, em outro, esta atividade é do veterinário. Dessa forma, para eles, se quem respondeu ao questionário pertence à equipe de VE, provavelmente, afirmou que não deveria executar essas atividades. Comparam a dinâmica do trabalho nos municípios de grande e pequeno porte, e contrapõem a especialização nos municípios maiores ao fato de que “nos municípios pequenos, uma pessoa faz tudo”.

Quanto ao subgrupo A foram relatadas diferentes situações no que concerne às ações de controle e monitoramento de vetores, enquanto em um município a equipe de vigilância realiza essas atividades, em outro elas são terceirizadas, ou executadas pelos agentes de endemias. Em um município desse subgrupo, foi relatado que os técnicos realizam as atividades de controle de vetores. Foi relatado também que eles executam as atividades porém consideram que deve existir uma

capacitação, por exemplo, para realizar a aplicação correta das normas técnicas de uso de larvicida. Apesar de executarem as atividades assinalam sua complexidade e a necessidade de capacitação específica assim como de trabalho conjunto com outros setores (agricultura, educação e meio ambiente) para que se obtenha maior eficácia. Entende-se também que, em alguns casos, o profissional capacitado para execução dessa atividade seria o Médico Veterinário.

ASSISTÊNCIA

Pergunta 7:

De acordo com os dados do estudo, mais de 80% dos trabalhadores entrevistados não executam atividades de assistência, especialmente a administração de medicamentos para o controle de endemias. No país como um todo, quase 70% considera que não deveria executar estas atividades, sendo esse percentual um pouco menor na região Sul (62%). Qual a sua opinião a respeito? Qual profissional deveria desenvolver estas atividades?

Para os participantes do subgrupo B a Vigilância Sanitária e a Vigilância Ambiental não realizam estas atividades. Para eles, quem trabalha com vetores e zoonoses não deve fazer esta atividade. Relatam que, se tem uma enfermeira, o técnico não se envolve muito, pois é uma questão de hierarquia e de conhecimento específico. “Se eu não tenho conhecimento não posso me envolver nesta atividade”. Ressaltam ainda que, em alguns municípios, é o técnico da Vigilância Epidemiológica que faz o bloqueio vacinal e que não cabe aos técnicos de VISA e VA, ou àqueles que trabalham com vetores e zoonoses desenvolverem essas atividades. A integração com outras equipes, por exemplo, os técnicos do PSF e do Posto de Saúde é lembrada no sentido de enfatizar a divisão de tarefas e atribuições. Em outros municípios, existe ajuda do Programa de Saúde da Família-PSF nestas atividades. Neste sentido, citam a tuberculose como exemplo, pois neste caso ela é controlada no posto de saúde.

No subgrupo A, os participantes relataram que esta ação exige um maior conhecimento e capacitação sobre os medicamentos e suas reações. Alegaram que o médico faz o diagnóstico e os técnicos somente administram e acompanham o

tratamento. Colocaram ainda, que o profissional para execução da atividade seria o técnico desde que capacitado.

Na reflexão sobre o desenvolvimento de atividades de assistência pelos técnicos da vigilância não se detecta grandes diferenças de opinião nos grupos em função do tamanho do município. Enfatiza-se a atribuição do nível superior na prescrição e a necessidade de conhecimento específico e capacitação sobre os medicamentos e suas reações como necessidade para que os técnicos possam administrar os medicamentos e acompanhar o tratamento.

PROTEÇÃO À SAÚDE

Pergunta 8:

A identificação de situações-problema no território de trabalho permite ao trabalhador da saúde antecipar a ocorrência das doenças e agravos através do controle ou eliminação do risco. Apesar disso, mais da metade dos entrevistados admitem não executar muitas das ações listadas na pesquisa, embora considerem que deveriam executá-las. O que impede a sua execução pelos trabalhadores da vigilância?

Os participantes do subgrupo A, relataram que os fatores que impedem são de ordem material – falta de veículo e de recursos humanos para execução da atividade. Alguns municípios, por exemplo, possuem veículos, mas que não são de uso exclusivo do setor. Outros relataram que conseguem realizar plenamente estas ações. Em um município esta ação é realizada através de parceria, como por exemplo, no controle da qualidade da água com a companhia responsável pelo tratamento da água.

Os participantes do subgrupo B, ao contrário dos municípios de menor porte, alegaram que a questão é muito mais política. Os trabalhadores percebem uma certa inutilidade na identificação de problemas, uma vez que não se garante solução para os mesmos. Entendem que a questão é política, “o técnico pode até orientar, comentar sobre os riscos, mas sabe que não adianta, pois a solução depende de outras instâncias”. Procura-se orientar as pessoas sobre higiene, realizando ações de educação preventiva. Ressalta-se também que a falta de recursos materiais e

equipamentos (carro, por exemplo) impede a realização dessas ações. Enfatiza-se também a dificuldade de informação e a falta de vontade política principalmente para resolver as questões de saneamento.

Um dos municípios relatou que ao fazer um informe epidemiológico com grande divulgação para toda a população, o problema foi resolvido.

PROMOÇÃO, PREVENÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Pergunta 9:

De modo geral, os trabalhadores entrevistados indicam uma baixa participação nas ações de promoção, prevenção e educação em saúde, ainda que tenham relatado que deveriam executar a maioria das atividades relacionadas. Destacam-se entre as menos executadas, aquelas referentes aos acidentes de trânsito, ao controle do tabagismo, às atividades físicas/corporais, a prevenção das violências e a busca de faltosos ao Programa de Imunização. Qual sua opinião a esse respeito?

No subgrupo A, foi relatado que os técnicos participam destas atividades em parceria com outras secretarias do município, entretanto, consideram que as ações de promoção, prevenção e educação em saúde não são atividades que façam parte da rotina do trabalho da vigilância, são atividades mais esporádicas, com datas específicas, tais como as campanhas de vacinação. Assinala-se também a forte interferência política, entendendo-se que essas atividades dependem da orientação política do partido que está na gestão. Também no que diz respeito às ações de promoção destaca-se a falta de capacitação dos técnicos para repassarem as informações para os usuários e um certo descrédito quanto à efetividade dessas ações, tendo em vista a ausência de solução para os problemas detectados. Nos municípios de pequeno porte os técnicos informam que a VE realiza imunização e promove a busca de faltosos dos programas de imunização.

Não se percebe diferenças significativas de opinião entre os técnicos em função do porte dos municípios. Os participantes do subgrupo B, afirmaram que não é uma atividade da rotina dos técnicos do setor saúde e sim mais esporádica (muitas vezes acontece na forma de mutirões), em datas específicas, tais como a campanha

da vacinação. Existe, por exemplo, o dia da prevenção de alguma doença (campanha nacional), com grande comparecimento. No entanto, contraditoriamente alegaram que a ação é mais efetiva quando feita de porta em porta. *“Quando é feita campanha coletiva no bairro, pouca gente comparece”*. Outro fator levantado foi em relação à questão política, que pode ter uma interferência forte na gestão impedindo ações de promoção.

Um dos municípios relatou a experiência de uma ação social que acontece todo mês em um bairro. É uma campanha em que todas as áreas da prefeitura comparecem, não sendo específica do setor saúde e nem mesmo da vigilância.

Ressaltaram ainda, a falta de capacitação do técnico para repassar as informações para os usuários.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO

Pergunta 10:

No que diz respeito aos diferentes sistemas de informação existentes na área da saúde, em geral, observam-se no Brasil baixos percentuais de execução das atividades relacionadas à alimentação destes sistemas. Embora essa situação seja um pouco melhor na região Sul, como você explica índices tão reduzidos de utilização do SINAN (Sistema de Informação dos Agravos de Notificação), SIM (Sistema de Mortalidade) e SINASC (Sistema de Nascidos Vivos)?

Os técnicos dos municípios maiores justificam os dados obtidos pela pesquisa como sendo consequência do fato de que quem respondeu ao questionário provavelmente não trabalha no setor de alimentação do sistema de informação. Explicam que o conhecimento dos sistemas depende do tamanho dos municípios e indicam uma diversidade de situações, em alguns municípios os sistemas são alimentados pela VE, algumas doenças são informadas pelo PSF, em outros a digitação dos dados é feita na regional de saúde. Relata-se também situações em que há um técnico especializado na alimentação dos sistemas. Os técnicos dos municípios menores dizem que a equipe de vigilância faz toda a alimentação do

sistema de informação, principalmente SINAM e SINASC. Há casos também de municípios em que o SIM não está implantado.

PLANEJAMENTO E GESTÃO

Pergunta 11:

Considerando que 74% dos entrevistados relataram a participação no planejamento das ações de vigilância e que 90% afirmam que deveriam participar, indique como e quando você participa nas ações de planejamento da vigilância no seu município?

Os exemplos relatados dizem respeito a ações de investigação decorrentes de notificações; no monitoramento de crianças a partir da seleção de dados de riscos sobre nascidos vivos; na busca de casos de tuberculose. Há também um caso em que o técnico diz que as ações são planejadas no nível superior, cabendo apenas aos técnicos executar o planejamento definido pelos superiores: “*somente as chefias decidem, quem manda é o coordenador, os técnicos apenas executam as metas traçadas*”. Em apenas um município de grande porte, o técnico participa da pactuação. Os técnicos consideram que deveriam participar de todas as fases da PPI, de modo a conseguir alcançar as metas que seriam traçadas de forma mais realista.

QUESTÃO GERAL

Pergunta 12:

Considerando o conjunto das atividades listadas como atribuições dos trabalhadores de nível médio da vigilância, como você acha que deveria ser a formação de um técnico para atuar na área da vigilância?

Na discussão sobre a formação, as opiniões se dividiram, por um lado, alguns defenderam um curso abrangente, incluindo todas as vigilâncias, focado nas três vigilâncias como um todo, tendo como eixo a promoção da saúde, outros

defenderam um curso específico que habilita para cada uma das especializações da vigilância. De todas as maneiras, tanto os que advogam um formato global / abrangente quanto os que defendem um formato especializado indicam a necessidade de que todos tenham noções básicas (*“saber um pouco”*) de cada uma das áreas específicas.

PESQUISA ATRIBUIÇÕES DO PESSOAL DE NÍVEL MÉDIO QUE ATUA NA ÁREA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA, AMBIENTAL E SANITÁRIA.

GRUPO FOCAL – REGIÃO SUDESTE, BR.

Coordenação: Cristiana Leite Carvalho (NESCON/UFMG) e Gustavo Azeredo Furquim Werneck (NESCON/UFMG)

Relatoria: Carlos Eduardo Colpo Batistella (LAVSA/EPJSJV) e Mônica Vieira (LATEPS/EPJSJV)

Participantes:

- ⇒ Municípios com mais de 100 mil habitantes: Betim (MG), Catanduva (SP), Duque de Caxias (RJ), Pouso Alegre (MG), Ribeirão Preto (SP), São Bernardo do Campo (SP), Uberlândia (MG).
- ⇒ Municípios com menos de 100 mil habitantes: Bicas (MG), Cunha (SP), Itaguaí (RJ), Itajubá (MG), Irapuru (SP), Mendes (RJ), Oliveira (MG), Rio Bananal (ES).

1. INTRODUÇÃO

O grupo focal teve início às 14:00 horas do dia 24 de maio de 2007 com a apresentação dos participantes e exposição dos objetivos do projeto, de alguns resultados da pesquisa e da proposta de trabalho pela coordenação da pesquisa. Em seguida o grupo foi dividido em dois subgrupos de acordo com o porte populacional dos municípios representados (< 100.000 hab. – subgrupo A - e >100.000 hab. - subgrupo B) e realizaram o debate orientado pelo roteiro de discussão. No dia seguinte, foram apresentados os resultados consolidados pelos coordenadores e relatores para validação junto aos participantes.

2. RESULTADOS:

NOTIFICAÇÃO

Pergunta 1:

Em média, 37% dos trabalhadores entrevistados afirmaram que não deveriam executar qualquer atividade de notificação – seja relativa a doenças, agravos, zoonoses, surtos ou eventos adversos. Na região Sudeste, essa proporção é praticamente a mesma. Quais as possíveis razões para esse resultado?

Antes da discussão do resultado encontrado, um participante solicitou informações sobre o que seria agravo e o coordenador definiu o termo. Também foi perguntado se as respostas poderiam implicar em restrição orçamentária aos municípios. Os grupos questionaram se o percentual encontrado poderia estar relacionado a uma parcela de trabalhadores da vigilância sanitária que não realizam atividades de notificação.

“alguns trabalhadores ficam limitados a algumas atividades e não querem executar outras” (trabalhador, grandes municípios, sudeste).

“os trabalhadores da VE é que fazem esse tipo de notificação; o resultado pode estar relacionado aos trabalhadores da VISA que não devem fazer esse tipo de notificação” (trabalhador, grandes municípios, sudeste).

“Porque estas são atividades de responsabilidade do setor de vigilância epidemiológica e não estamos envolvidos diretamente” (trabalhador, pequenos municípios, sudeste).

Apontou-se para uma questão de falta de informação e, inclusive, troca de informação entre trabalhadores.

“não existe trabalho conjunto, em parceria” (trabalhador, grandes municípios, sudeste).

Um exemplo é a relação de trabalho entre os técnicos da vigilância e os agentes comunitários de saúde, que acabam notificando no caso da dengue.

“Em muitos casos o profissional da assistência é que notifica no próprio serviço e avisa à vigilância.” (trabalhador, grandes municípios, sudeste).

O grupo chamou atenção para um quadro em que os próprios trabalhadores desconhecem o processo de trabalho da vigilância e a importância da notificação, para a falta de entrosamento entre as áreas e uma formação mais ampla que possibilite que o trabalhador conheça o todo.

“ os trabalhadores são muito tateiros, falta um cuidado maior com o preenchimento dos dados, falta apoio técnico, existe má – vontade” (trabalhador, grandes municípios, sudeste).

Os trabalhadores afirmaram que falta formação e entrosamento e que a organização do trabalho precisa ser revista.

A desarticulação das práticas de vigilância, por vezes evidente na fragmentação organizacional, é apontada como uma das principais razões da prevalência dessa percepção (da não-responsabilidade pela notificação):

“A Vigilância em Saúde (sanitária e ambiental) é separada da epidemiologia”. (trabalhador, pequenos municípios, sudeste).

“Embora as vigilâncias estejam em um mesmo departamento, são organizadas em três sessões e três chefias diferentes – são independentes”. (trabalhador, pequenos municípios, sudeste).

“Porque não há integração entre as vigilâncias. As unidades são distantes uma das outras”. (trabalhador, pequenos municípios, sudeste).

Ainda que dentre os participantes tenha sido majoritária a opinião acerca da desarticulação, alguns representantes dos municípios com menos de 100 mil habitantes mostraram outra realidade:

“No meu município estão integradas, trabalham juntas” (trabalhador, pequenos municípios, sudeste).

“Fazemos tudo” (trabalhador, pequenos municípios, sudeste).

“Nos municípios pequenos há uma maior articulação entre as vigilâncias” (trabalhador, pequenos municípios, sudeste).

Pergunta 2:

De maneira geral observa-se que quanto menor o município, maior a percepção de que os técnicos deveriam executar as ações de notificação. Por que os trabalhadores dos municípios maiores não consideram que essa deveria ser uma atividade atribuída a eles?

O grupo afirmou que a divisão no processo de trabalho é maior nos grandes municípios, o que pode levar a menor integração entre os trabalhadores gerando um quadro em que *“cada um se responsabiliza pela sua parte”*. Em alguns casos os trabalhadores não se conhecem e o próprio acesso aos gestores e chefes é mais fácil nos municípios menores.

Por outro lado, nos municípios menores a “integração” das vigilâncias parece ser decorrência mais da precariedade de trabalhadores do que de uma visão diferenciada sobre a organização das práticas:

“Porque nos municípios maiores os setores são separados ‘certinho’ (sic). Nos menores é necessário.” (trabalhador, pequenos municípios, sudeste).

Essas dificuldades têm como consequência inevitável a circulação dos trabalhadores por diferentes funções:

“A responsável parou de realizar e passei a fazer por dois meses (...) acaba misturando um pouco de cada atividade” (trabalhador, pequenos municípios, sudeste).

O grupo apontou para a necessidade de maior conscientização do trabalho da vigilância nos municípios maiores, que acaba tendo maior visibilidade nos municípios menores.

A vigilância ainda é uma área nova e os trabalhadores desconhecem o que fazer, pois não existe formação técnica, acarretando pouca credibilidade ao trabalho realizado pelos técnicos da vigilância.

*“o técnico precisa saber mais para ficar mais confiante e passar essa confiança”
(trabalhador, grandes municípios, sudeste).*

INVESTIGAÇÃO

Pergunta 3:

Em geral, é pequena a porcentagem de trabalhadores entrevistados que executam as atividades de investigação, especialmente em relação aos agravos de interesse à saúde, às doenças não-transmissíveis, óbitos evitáveis, doenças relacionadas ao trabalho e reações adversas. Por que estas atividades são menos executadas pelos trabalhadores de nível médio da vigilância?

Inicialmente o grupo dos municípios maiores questionou a resposta apresentada no momento da entrevista telefônica, mas apontou para a possibilidade de que os entrevistados da VISA tenham respondido negativamente acreditando que essa atividade seria específica da vigilância epidemiológica. Os participantes afirmaram faltar trabalhadores para atuar na saúde pública e comentaram também sobre a possibilidade dessas atividades serem realizadas por profissionais de nível superior e que a participação do técnico ocorra apenas em um momento da investigação e ainda que outros setores já realizam a investigação, como nos casos das doenças não-transmissíveis e doenças ocupacionais.

“os técnicos trabalham mais com doenças transmissíveis” (trabalhador, grandes municípios, sudeste).

Nos municípios pequenos argumenta-se que, diante da complexidade do serviço, faltaria capacitação aos trabalhadores técnicos, tradicionalmente mais envolvidos nas atividades rotineiras:

“(...) e quando vai investigar, vem o pessoal de nível superior de outro distrito – enfermeira do PSF, nutricionista, farmacêutico etc – e pedem para a gente acompanhar (...)” (trabalhador, pequenos municípios, sudeste).

“Falta capacitação profissional. Eu sou de nível médio. Eu não estou preparado para entrar numa área de nível superior, eu encaminho para a pessoa responsável (...) Nem tempo eu tenho. Sou o único fiscal sanitário que tem que dar conta do município todo. O quê está acontecendo: quando chega a hora de fazer o mapa de atividade do sistema de alimentação do SUS, eu quase não tenho o que responder no meu mapa de baixa complexidade, porque acabo fazendo de média e de alta – indústrias, queijeiras, indústrias de sucos, laboratório, fisioterapia, dentistas, farmácias (...)” (trabalhador, pequenos municípios, sudeste).

Ou ainda, alegam a realização destas atividades quando estão diretamente ligadas ao conjunto de suas atribuições específicas:

“Faço quando é intoxicação alimentar (...)”(trabalhador, pequenos municípios, sudeste).

A idéia de que deveriam participar dessas atividades parece ser rechaçada por alguns técnicos, uma vez que, em função da precariedade de trabalhadores no setor, se encontram assoberbados de trabalho:

“Ainda bem que a gente não faz!” (trabalhador, pequenos municípios, sudeste).

Ainda assim existem casos em que os próprios técnicos fecham casos como dengue e meningite apesar de acreditarem que esse trabalho deve ser realizado pelo médico ou enfermeiro, já que “ a responsabilidade de fechar fichas é muito grande”.

Pergunta 4:

Quando e como você participa do processo de investigação?

Conforme explicitado acima, alguns trabalhadores fecham fichas apesar de acreditarem que esse não é um papel do trabalhador de nível médio. O grupo enfatizou a necessidade de definição do papel do trabalhador de nível médio na vigilância. Essa situação faz com que acabem “*assumindo funções que não são suas*”. Para o grupo esses trabalhadores devem atuar na busca de dados e informações de meningites e outras doenças infecciosas e devem participar da investigação atuando com outros profissionais. Por exemplo, em casos de surtos em creches, a vigilância atua de forma conjunta.

CONTROLE E MONITORAMENTO

Pergunta 5:

Os dados do estudo indicam uma baixa participação dos trabalhadores entrevistados na execução de atividades de controle de vetores e animais, de prevenção e controle de roedores e insetos nas áreas de risco e também na captura de vetores e animais para exame. No Brasil, em torno de 55% dos entrevistados afirmam que não deveriam executar estas ações, sendo que no Sudeste esse percentual chega próximo a 60%. Qual a sua opinião sobre este quadro? Que profissional deveria desenvolver tais atividades?

Os grupos afirmaram que essas ações são atribuições do controle de zoonoses, o que pode ter influenciado o alto percentual de respostas negativas. Apesar de considerarem que essas atividades são de responsabilidade do setor de zoonoses, enfatizaram a necessidade de capacitação profissional para que compreendam o processo inteiro e possam buscar uma atuação conjunta (epidemiologia e zoonoses). Os participantes observaram que a área da vigilância é muito ampla e existem funções especializadas e mais específicas, que alguns desconhecem.

“o agente de zoonoses possui um treinamento bastante específico que os demais trabalhadores da vigilância não conhecem bem” (trabalhador, grandes municípios, sudeste).

No grupo dos trabalhadores dos municípios com menos de cem mil habitantes a resposta não difere: estas atividades são consideradas de responsabilidade dos agentes de endemias e dos profissionais da FUNASA descentralizados aos municípios, atuantes nos centros de controle de zoonoses, na SUCEN (São Paulo) e junto aos Programas de Dengue, Chagas etc.

Outra hipótese para a baixa participação dos entrevistados na execução de atividades de controle e monitoramento pode ser atribuída à diminuta participação dos técnicos e agentes de endemias na pesquisa. Embora a amostra nacional tenha sido pensada com o cuidado de buscar uma representatividade de profissionais das vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental, esses trabalhadores podem não ter sido contemplados. A ausência destes no grupo focal pode espelhar uma pequena captação destes trabalhadores no âmbito da pesquisa nacional em sua fase de entrevistas telefônicas, uma vez que sua seleção possui o viés da indicação de um coordenador da vigilância que, sabidamente, tem um distanciamento hierárquico significativo com os trabalhadores da ponta (que são, muita vezes, estigmatizados como incapazes ou desqualificados para responder tal pesquisa, e que poderiam “comprometer” a visão sobre a qualidade dos serviços de vigilância no município selecionado).

ASSISTÊNCIA

Pergunta 6:

De acordo com os dados do estudo, mais de 80% dos trabalhadores entrevistados não executam atividades de assistência, especialmente a administração de medicamentos para o controle de endemias. No país como um todo, mais de 70% considera que não deveria executar estas atividades, sendo que na região Sudeste esse percentual chega a atingir 75%. Qual a sua opinião a respeito? Qual profissional deveria desenvolver estas atividades?

Alguns participantes (que possuem formação profissional na área de enfermagem) do grupo de municípios grandes afirmaram que a administração de medicação exige qualificação que parte dos trabalhadores que atuam na vigilância como educadores sanitários e agentes não possuem. Observaram ainda que a existência de protocolos normatizando a ação permite a administração da medicação, mediante receita médica.

Parte do grupo acredita que o trabalhador de nível médio não deve administrar medicamentos, que essa atividade deve ser exercida por profissionais de nível superior.

“assim a gente acaba tirando funções dos médicos em vez de aproxima-los da vigilância” (trabalhador, grandes municípios, sudeste).

Todo o grupo concordou que essa ação, quando realizada por trabalhadores de nível médio, deve se restringir aos medicamentos administrados por via oral. Ainda assim acreditam que os trabalhadores da vigilância devem ter um embasamento comum.

Nos municípios pequenos quem executa estas atividades são os médicos e enfermeiras do PSF.

O consenso no grupo quanto à identificação dessa atividade como de responsabilidade do PSF, no entanto, não esconde uma dificuldade na articulação das ações da vigilância com este programa:

“Embora seja realizada pelo PSF, não se sabe se são eficientes. Não é permitido aos técnicos da vigilância a entrada nas áreas do PSF, nem para fazer um relatório. A área é só deles” (trabalhador, pequenos municípios, sudeste).

“Há uma dificuldade na troca de informações: a vigilância não consegue verificar os remédios que estão fora do prazo de validade” (trabalhador, pequenos municípios, sudeste).

Na opinião dos participantes, as atividades de assistência devem ser desempenhadas por profissionais capacitados:

“Do PSF para cima. Eu não recomendo nem uma cibalena. Não queremos fazer isso em hipótese alguma, é mais trabalho!” (trabalhador, pequenos municípios, sudeste).

PROTEÇÃO À SAÚDE

Pergunta 7:

A identificação de situações-problema no território de trabalho permite ao trabalhador da saúde antecipar a ocorrência das doenças e agravos através do controle ou eliminação do risco. Apesar disso, mais da metade dos entrevistados admitem não executar muitas das ações listadas na pesquisa, embora considerem que deveriam executá-las. O que impede a sua execução pelos trabalhadores da vigilância?

Essa questão gerou interessantes discussões no grupo por abarcar aspectos complexos de responsabilidade profissional e constrangimentos relativos às rotinas de trabalho e produtividade.

Uma parte do grupo observou que apesar de em alguns casos identificarem a situação de risco, essa não é a sua função.

“Se não foi lá pra aquilo, pra que se envolver?” (trabalhador, grandes municípios, sudeste).

Outra parte afirmou que deve identificar a situação de risco.

Se a gente está ali, tá vendo, porque não deve falar, orientar? (trabalhador, grandes municípios, sudeste).

Os trabalhadores acreditam que priorizam determinada atuação, pois estão sobrecarregados com a rotina de trabalho já que possuem um determinado número de visitas para fazer e esses problemas precisam ser resolvidos ainda que limitem outras possibilidades de atuação.

Argumentaram que alguns casos são demorados inviabilizando que o trabalhador esgote suas possibilidades de atuação. Apontaram que “*uma informação dada leva à novas perguntas*”, ampliando a complexidade do trabalho e exigindo um tempo maior do que rotina programada para aquele dia permite. Enfim, os trabalhadores apontaram para a realidade das rotinas programadas e para a necessidade de cumprimento da produção que pode levar ao não aprofundamento

de outras questões. Salientaram, no entanto, que em alguns casos novos agendamentos são feitos para complementação de informações.

Nos municípios pequenos fica ainda mais evidente a limitação da atuação dos trabalhadores de nível médio na identificação de situações-problema diante da rotina excessivamente normatizada (programação):

*“Eu vou fazer o situacional ou o controle da vigilância, já programado?”
(trabalhador, pequenos municípios, sudeste).*

*“Eu tenho mais de 200 estabelecimentos para vistoriar. Só volto no próximo ano
(...) Há um número insuficiente ou mal distribuído nas vigilâncias” (trabalhador,
pequenos municípios, sudeste).*

A fala dos técnicos permite evidenciar os dilemas e contradições de sua atuação em um modelo de organização do trabalho que lhe confere pouca margem de autonomia:

*“O técnico identifica, mas não tem meios para resolver os problemas da
população” (trabalhador, pequenos municípios, sudeste).*

A falta de capacitação também é associada à não-execução destas atividades:

*“Capacitação. Para a maioria das ações o que falta é capacitação” (trabalhador,
pequenos municípios, sudeste).*

*“Por outro lado, alguns técnicos digitam as informações no Siságua, mas afirmam
não ter capacidade de estudar aqueles casos, não têm conhecimento para saber o
que está acontecendo, o que está certo ou errado... O técnico digita as
informações e transfere para a gerência” (trabalhador, pequenos municípios,
sudeste).*

*“O técnico identifica a turbidez da água, mas não se toma nenhuma providência.
Não se pode cobrar da companhia de águas e esgotos. Os dados são coletados,
as pessoas só são informadas se forem até o setor da vigilância. Poucas são as
ações derivadas dessa identificação, muitas vezes só a cloração de poços”
(trabalhador, pequenos municípios, sudeste).*

“O profissional de Nível Médio não sabe o que quer dizer um exame com presença de coliformes...não sabe que problemas ou doenças podem estar associadas à presença de bactérias na análise” (trabalhador, pequenos municípios, sudeste).

“O profissional de nível médio não está capacitado para ler e saber o que quer dizer um exame” (trabalhador, pequenos municípios, sudeste).

A crítica à estrutura e práticas de vigilância vão desde a excessiva burocratização do setor até o próprio sentido do trabalho:

“Passa-se mais tempo fazendo relatórios do que ajudando a população” (trabalhador, pequenos municípios, sudeste).

“O técnico de NM precisa aprender isso. Senão, não caberia a palavra ‘Vigilância’” (trabalhador, pequenos municípios, sudeste).

“A vigilância está mais para a detecção. Não faz antecipação, nem monitoramento e controle” (trabalhador, pequenos municípios, sudeste).

“Em alguns municípios essas ações não passam pela VISA” (trabalhador, pequenos municípios, sudeste).

PROMOÇÃO, PREVENÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Pergunta 8:

De modo geral, os trabalhadores entrevistados indicam uma baixa participação nas ações de promoção, prevenção e educação em saúde, ainda que tenham relatado que deveriam executar a maioria das atividades relacionadas. Destacam-se entre as menos executadas, aquelas referentes aos acidentes de trânsito, ao controle do tabagismo, às atividades físicas/corporais, a prevenção das violências e a busca de faltosos ao Programa de Imunização. Qual sua opinião a esse respeito?

O grupo observou que muitos assuntos estão interligados na mesma pergunta. Dessa forma, especificaram que a questão dos acidentes de trânsito é

muito recente assim como a prevenção de violências. É necessária qualificação para que os trabalhadores atuem no caso da prevenção de violências devido à sua complexidade, que envolve outros campos de atuação como serviço social, conselho tutelar. Esse caso exige a participação de uma equipe multidisciplinar. O grupo chamou atenção para o fato do trabalhador da vigilância não ser associado com esses casos, pois ele precisa ter acesso aos domicílios: “*ter as portas abertas*”.

Para o grupo dos grandes municípios, o técnico deve participar das ações de promoção, prevenção e educação, mas estas atividades não entendidas como funções do trabalhador da vigilância. Não seriam competências da vigilância já que outros setores da saúde como a Estratégia Saúde da Família e a Educação em Saúde devem trabalhar melhor essa temática.

Os participantes afirmaram que o planejamento das ações de vigilância não prevê essas atividades que pertencem a outros setores, como Tuberculose e Imunização. Apontaram ainda que os agentes comunitários de saúde assumiram algumas funções anteriormente realizadas pelos trabalhadores da vigilância como a busca de faltosos.

De modo semelhante, os participantes do grupo dos pequenos municípios participam pouco das ações de promoção e educação em saúde. Quando se envolvem, limitam-se quase que exclusivamente a atividades correlatas àquelas desempenhadas cotidianamente. Boa parte dessa participação, porém, é realizada em conjunto, o que sinaliza um importante potencial de articulação na atenção básica:

“A gente faz o mutirão do lixo, da dengue... aí a gente participa com os agentes da dengue... de resto só em eventos da VISA” (trabalhador, pequenos municípios, sudeste).

“Só fazemos na área da VISA: produzimos informativos para os estabelecimentos, orientações” (trabalhador, pequenos municípios, sudeste).

“A busca de faltosos é feita junto com a moça da sala de vacina” (trabalhador, pequenos municípios, sudeste).

Em outros municípios, são desenvolvidas algumas ações específicas (junto aos ambulantes que chegam à cidade em época de festas populares), porém o resto

não é realizado. São consideradas ações para execução da Polícia Rodoviária, da Enfermagem, do PSF...

Essa situação de indefinição/limitação do alcance de sua atuação nas ações de promoção da saúde acarreta uma sensação de incômodo entre os técnicos, que consideram importante sua participação nestas atividades. Há uma percepção de que esse espaço está sendo ocupado e que os técnicos deveriam ter mais conhecimento para melhor desempenhá-las:

“Eu fico chateado... agente fica de fora, temos que participar...” (trabalhador, pequenos municípios, sudeste)

“Chamam pessoas de fora e nem chamam a gente... Essa parte de palestras é feita por pessoal de outro setor, com convidados...a gente não participa, não vai aos colégios...são eles... e nem têm capacitação para isso...” (trabalhador, pequenos municípios, sudeste)

Embora os limites impostos pelo planejamento normativo representem um obstáculo à autonomia dos trabalhadores da vigilância, diminuindo a capacidade de mudança das práticas, em alguns municípios é possível vislumbrar uma outra forma de organização do trabalho, onde o pessimismo cede lugar a novas experiências:

“É reversível. Na minha cidade é mais ação educativa do que punitiva. A gente mostra os benefícios e têm tido mais resultados em educar o cidadão” (trabalhador, pequenos municípios, sudeste)

SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

Pergunta 9:

No que diz respeito aos diferentes sistemas de informação existentes na área da saúde, em geral, observam-se no Brasil baixos percentuais de execução das atividades relacionadas à alimentação destes sistemas, sendo que na região Sudeste, estes são ainda menores. Como você explica índices tão reduzidos de utilização do SINAN (Sistema de Informação dos Agravos de

Notificação), SIM (Sistema de Mortalidade) e SINASC (Sistema de Nascidos Vivos)?

O grupo observou que, possivelmente, a formulação da ação tenha enviesado as respostas, pois, por exemplo, “*o trabalhador da vigilância não precisa ir ao cartório, mas sim ter acesso aos dados*”. As siglas podem ter dificultado o entendimento dos sistemas de informação já que nem todos os trabalhadores da vigilância utilizam os mesmos sistemas de informação como o SINAN, por exemplo que é utilizado apenas pelo pessoal da VE. Outra observação nessa linha referiu-se ao SIM que alguns trabalhadores entenderam como sistema de inspeção municipal e não como sistema de informação de mortalidade.

Um participante do grupo comentou que para facilitar o entendimento das diferentes vigilâncias junto aos usuários utiliza a frase: “A VE cuida da doença; a VISA das coisas e o controle de endemias dos bichos”.

O grupo comentou que muitos técnicos de vigilância consideram que a ação de alimentar os sistemas de informação é de responsabilidade do digitador, mas este profissional não tem capacidade para compreender os dados digitados. Dessa forma, essa atividade deveria ser atribuída a um técnico treinado e com conhecimentos do campo de ação da vigilância.

Os técnicos da VE afirmaram “*fazer de tudo*” e por isso se sentem sobrecarregados e acabam não assumindo outras funções.

O grupo entende que esse tipo de conhecimento, ainda que básico, é importante para todos que atuam na vigilância.

De acordo com os representantes dos municípios menores, é possível que tenham sido entrevistadas mais técnicos da VISA. Os sistemas listados não são considerados sistemas de informação de toda área. São sistemas de informação alimentados pelo pessoal da VE e pelos Agentes Comunitários, mas alguns técnicos relatam conhecer os três.

Os sistemas utilizados variam de acordo com a área de atuação: controle de dengue (SISAEDES), vigilância sanitária (SIVISA), água (SISÁGUA) etc.

Em relação a equipamentos, em geral, todos têm acesso a computadores e internet, embora em alguns casos, esse acesso seja um pouco restrito. Outros relatam não terem essa responsabilidade direta:

“Como só tem um fiscal, quem faz a digitação dos dados nestes sistemas é um digitador. Eu só faço campo... quando muito baixo uma RDC ou uma Portaria... mas estou a par” (trabalhador, pequenos municípios, sudeste)

PLANEJAMENTO E GESTÃO:

Pergunta 10:

Considerando que 74% dos entrevistados relataram a participação no planejamento das ações de vigilância e que 90% afirmam que deveriam participar, indique como e quando você participa nas ações de planejamento da vigilância no seu município?

Parte do grupo afirmou participar do planejamento das ações no momento da elaboração da PPI, no planejamento das campanhas de vacinação e levantamento de necessidades do setor, no momento do planejamento anual da VISA. Outros não têm participação no planejamento, que fica inteiramente a cargo dos profissionais de nível superior. Observou-se que, ainda que em alguns municípios a participação dos técnicos seja maior, quem fecha o planejamento são os profissionais de nível superior.

A participação dos técnicos no planejamento nos municípios menores também é variada: em alguns, os técnicos são chamados para participar da elaboração da PPI, no início do ano. Ele é considerado o único profissional capaz de fazer uma projeção do que deverá ser realizado – quantas ações de controle de vetores, quantas inspeções, etc:

“Se não for o técnico, ninguém vai saber”. (trabalhador, pequenos municípios, sudeste)

Os técnicos participam do planejamento na elaboração da PPI, porém muitas vezes trata-se de um trabalho individual, e não se sentem capacitados para executá-la. É cobrado o envolvimento do Secretário, dos Diretores e Coordenadores, que não participam diretamente ou são trocados frequentemente:

“Eu faço a PPI há três anos, está na minha responsabilidade. Mas acho que deveria ser responsabilidade do gestor, porque na PPI são definidas as metas, as ações, o que vai acontecer...” (trabalhador, pequenos municípios, sudeste)

Em outros, no entanto, o técnico nem é chamado. Não sabem o que é a PPI, só são cobrados quanto aos relatórios.

“São ações pré-programadas, que temos obrigação de executar no mínimo 20%. Quem programa é o Gestor e o Coordenador. Os técnicos são chamados somente se precisar aumentar a meta” (trabalhador, pequenos municípios, sudeste)

“O planejamento é repassado pelo Diretor e Coordenador, que dizem o que deve ser feito. Os técnicos não são requisitados, mesmo quando têm uma idéia ou opinião” (trabalhador, pequenos municípios, sudeste)

Entre aqueles que relatam participação no planejamento evidencia-se o trabalho em equipe e a valorização dessa atividade como capaz de realizar a integração de ações:

“A atuação é interligada. O trabalho das Agentes Comunitárias complementam as ações da Vigilância. Por exemplo: o controle da leishmaniose envolve a Vig Sanitária e o controle de endemias. A falta de saneamento pode implicar no surgimento de mais mosquitos. Sempre são realizadas reuniões de planejamento.” (trabalhador, pequenos municípios, sudeste)

“Tem reunião toda segunda. Nas reuniões de trabalho se discute o que vai ser feito e o que vai ser deixado para trás. Somos só 10, mas toda equipe participa do planejamento.” (trabalhador, pequenos municípios, sudeste)

Por outro lado, em alguns municípios pequenos, onde a precariedade de trabalhadores atuando no setor é maior, a própria idéia de planejamento parece ser distante. Há casos em que o técnico atua sozinho, e o planejamento é considerado quase impossível. O trabalho é feito por demanda. Não dá tempo de planejar. As ações emergenciais, os prazos para liberação de licenças e a rotina de inspeções exigidas impedem a realização de uma programação:

“Se estas ações de baixa complexidade não forem realizadas, retiram o convênio. É preciso cobrir 100% das inspeções no comércio de alimentos...” (trabalhador, pequenos municípios, sudeste)

QUESTÃO GERAL

Pergunta 11:

Considerando o conjunto das atividades listadas como atribuições dos trabalhadores de nível médio da vigilância, como você acha que deveria ser a formação de um técnico para atuar na área da vigilância?

O grupo apontou para a necessidade de maior integração das vigilâncias. Ainda assim, os participantes posicionaram-se de forma distinta quanto a formação. Parte do grupo afirma que a formação deve ser geral, abrangendo conteúdos de todas as áreas e só em um segundo momento deve passar a ser específico. Observaram que talvez fosse o caso de definir um novo nome para o curso técnico que englobaria VISA, VE e Vigilância em Saúde Ambiental.

Os trabalhadores da VE observaram que a formação deve ser específica em VE com alguns conteúdos básicos da VISA e do controle de vetores, já que não existem propostas de cursos para VE. Isso poderia facilitar um processo de maior compreensão e valorização da VE.

Um participante questionou a capacidade da formação técnica alterar a situação de trabalho, observando que mesmo com essa formação ampla existe a possibilidade de ficarem limitados a exercer funções específicas, dada a forma de organização do trabalho na vigilância.

Entre os representantes dos municípios pequenos, partiu-se do pressuposto que o profissional tem que ser bem capacitado, em um curso técnico e não em pequenos cursos que “não levam a nada”.

Porém, quando a pergunta sobre a organização e o escopo da formação é apresentada, surgem dúvidas no grupo. Para parte dos trabalhadores, a área é considerada muito extensa e um curso tem que ser específico para atender as necessidades do serviço. Um curso para abranger todas as áreas de vigilância não é possível, pois é muita coisa para ser vista.

Avançando no debate, entendeu-se que

“poderia ser um curso com uma base de tudo e depois, dentro do próprio curso, haveria especialização em uma das áreas de vigilância (sanitária, epidemiológica, ambiental e saúde do trabalhador). Para aprender tudo o curso seria muito extenso” (trabalhador, pequenos municípios, sudeste)

“Dentro do curso teria que escolher sua área de atuação. Por exemplo, seria um técnico em vigilância em saúde, com especialização em vigilância “tal”. Ou seja, um curso que desse uma visão geral de vigilância em saúde e depois te encaminharia para uma área específica”

“não gostaria de fazer uma área que não tenho afinidade. Dentro do curso eu ia querer optar por Visa de alimentos. Deveria haver módulos específicos para cada área”. (trabalhador, pequenos municípios, sudeste)

“tenho ensino médio e estou fazendo média e alta complexidade, então fazer um curso com aprendizado em cada área ia ser muito bom para mim”. (trabalhador, pequenos municípios, sudeste)

“Deveria ser focado para o profissional. Deveria ter as quatro partes, com opção de escolha”

“Um ciclo básico e depois, sua área de atuação. Mas não impossibilitaria o pessoal da ambiental de conhecer a área de epidemiologia, da sanitária...” (trabalhador, pequenos municípios, sudeste)

“Eu fiz à noite. Poderia ser nos municípios vizinhos... eu fiz uma semana por mês...talvez semi-presenciais, recebendo material...” (trabalhador, pequenos municípios, sudeste)

PESQUISA ATRIBUIÇÕES DO PESSOAL DE NÍVEL MÉDIO QUE ATUA NA ÁREA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA, AMBIENTAL E SANITÁRIA

GRUPO FOCAL – REGIÃO NORTE, BRASIL.

Coordenação: Cristiana Leite Carvalho (NESCON/UFMG) e Evanilde Maria Martins (PUC Minas)

Relatoria: Mônica Vieira (LATEPS/EPSJV) e Ana Julia Calazans (LAVSA/EPSJV)

Participantes:

- ⇒ Municípios com mais de 100 mil habitantes: Belém (PA), Palmas (TO), Parauapebas (PA), Porto Velho (RO), Tucuruí (PA).
- ⇒ Municípios com menos de 100 mil habitantes: Abaetetuba (PA), Caracaraí (RR), Castanhal (PA), Gurupí (TO), Pedra Branca do Amapará (AP), Terra Alta (PA).

1. APRESENTAÇÃO

O grupo focal teve início às 14:00 horas do dia 27 de junho de 2007 com a apresentação dos participantes e exposição dos objetivos do projeto, de alguns resultados da pesquisa e da proposta de trabalho pela coordenação da pesquisa. Em seguida o grupo foi dividido em dois subgrupos de acordo com o porte populacional dos municípios representados (< 100.000 hab. – subgrupo A - e >100.000 hab. - subgrupo B) e realizaram o debate orientado pelo roteiro de discussão. No dia seguinte, foram apresentados os resultados consolidados pelos coordenadores e relatores para validação junto a todos os participantes.

2. RESULTADOS

Pergunta 1:

Como está estruturada a vigilância no seu município?

De acordo com os relatos, observa-se que na maior parte dos municípios a vigilância encontra-se estruturada em distintas diretorias. Os serviços de vigilância contam com trabalhadores de nível médio e superior que atuam majoritariamente na vigilância sanitária e epidemiológica. Alguns participantes informaram que são poucos trabalhadores.

“ são poucos funcionários para dar conta de todos os agravos”. (trabalhador VE)

Alguns municípios contam com as áreas da vigilância ambiental e controle de zoonoses mais estruturadas. Alguns participantes do grupo focal relataram que a excessiva divisão do trabalho pode gerar perda de informações.

*“ Se as vigilâncias fossem mais próximas, as informações não seriam perdidas”
(trabalhador VISA)*

Outra observação refere-se ao serviço de inspeção sanitária que é ligado à secretaria de agricultura em um dos municípios estudados devido ao fato da Vigilância Sanitária atuar na comercialização e indústria de produtos, com ressalva para aqueles de origem animal, sendo orientado pela legislação local a normalizar tal situação.

É importante salientar que alguns municípios de pequeno porte mencionam a não existência de uma legislação, como Código Municipal de Saúde, para dar suporte ao desenvolvimento das ações de Vigilância Sanitária.

De um modo geral, os trabalhadores reportam-se a fragilidade nas condições do processo de trabalho, físicas, jurídicas e éticas, incluindo-se aqui aquelas de ordem da iniciativa, da fragilidade do planejamento, da desautorização das medidas tomadas, da ausência de mecanismos de informação e comunicação, entre outras.

“É muito importante o estudo/aperfeiçoamento contínuo para desenvolver as ações de saúde” (Trabalhador de VISA).

NOTIFICAÇÃO

Pergunta 2:

Em média, 37% dos trabalhadores entrevistados afirmaram que não deveriam executar qualquer atividade de notificação – seja relativa à doenças, agravos, zoonoses, surtos ou eventos adversos. Na região Norte, a proporção sobe para 45%. Quais as possíveis razões para esse resultado?

O grupo dos municípios com mais de 100 mil hab observou que o percentual encontrado como resultado da pesquisa é muito alto e que eles notificam. O grupo fez a distinção entre informar e notificar, observando que qualquer cidadão pode e deve informar sobre agravos. A informação deve ser encaminhada para o setor responsável.

“Esse é um compromisso de todos”. (Trabalhador VISA)

Relataram que existem dificuldades em executar a notificação, que muitas vezes é feita de forma incompleta, dificultando a alimentação do sistema de informação, já que tudo faz parte de um mesmo processo.

*“Tudo é um processo e se existem falhas os dados não vão refletir a realidade.”
(Trabalhador VISA)*

Observaram existir casos em que os médicos não sabem e/ou não querem fazer a notificação e acabam, muitas vezes, apenas assinando as fichas preenchidas pelos trabalhadores de nível médio. Em certos casos os profissionais do serviço não notificam e os trabalhadores da vigilância acabam notificando. A notificação é realizada pelos trabalhadores da VE que, algumas vezes, são informados pelos trabalhadores da VISA. De forma geral, os casos são notificados nas unidades de saúde e não pelos técnicos de vigilância. No entanto, o grupo observou que muitos usuários não procuram as unidades, pois já sabem como proceder. O grupo enfatizou a necessidade de se valorizar a notificação. O trabalhador de NM pode contribuir muito para o desenvolvimento desta atividade.

*“falta valorizar a notificação para que passe a ser melhor realizada nos municípios”
(trabalhador VISA)*

Notadamente os trabalhadores de VISA indicaram que a notificação pode ser o início de todo o processo, neste caso a denúncia pode ser representada como uma notificação, onde todo e quaisquer condicionantes identificados como risco iminente, a saúde ou ao ambiente, pelo Ministério da Saúde ou a instância estadual de VISA, é colocado no rol de prioridade para a ação. Isto se assemelha ao ato de notificar para a desencadear a ação.

“Não é próprio da VISA, embora seja importante para as ações de controle e prevenção de agravos” (Trabalhador de VISA).

Pergunta 3:

De maneira geral observa-se que quanto menor o município, maior a percepção de que os técnicos deveriam executar as ações de notificação. Por que os trabalhadores dos municípios maiores não consideram que essa deveria ser uma atividade atribuída a eles?

Os trabalhadores dos municípios maiores observaram que nos municípios menores os técnicos fazem um pouco de tudo, participam mais do processo de trabalho como um todo. No caso dos municípios maiores relataram que precisam atender muitas pessoas e que existem casos que justificam definir um profissional apenas para notificar.

Mais uma vez enfatizou-se a necessidade de valorização da atividade de notificação e chamou-se atenção para o papel do gestor, que deve cobrar mais dos profissionais de saúde. Em alguns casos relataram que os próprios trabalhadores de nível médio precisam cobrar que o médico notifique.

“Os médicos deixam de notificar, pois o preenchimento da ficha exige muito tempo”. (trabalhador VE)

Observaram que qualquer profissional de saúde que atende, especialmente o médico, deve notificar.

Neste caso os trabalhadores de municípios de pequeno porte justificam ou pelo menos indicam que, por estarem mais próximos da população acabam se envolvendo com todas as etapas do processo de atendimento as necessidades dos cidadãos e, por outro lado, muitas vezes não contam com outros trabalhadores que possam dividir as atribuições. O pleno desenvolvimento desta atividade depende muito da forma de organização que cada setor, ou seja, da maior ou menor aproximação da vigilância epidemiológica e sanitária.

INVESTIGAÇÃO

Pergunta 4:

Em geral, é pequena a porcentagem de trabalhadores entrevistados que executam as atividades de investigação, especialmente em relação aos agravos de interesse à saúde, às doenças não-transmissíveis, óbitos evitáveis, doenças relacionadas ao trabalho e reações adversas. Por que estas atividades são menos executadas pelos trabalhadores de nível médio da vigilância?

Quando e como você participa do processo de investigação?

Os participantes do grupo dos municípios maiores informaram que alguns agravos são específicos do pessoal da VE e em outros casos o profissional da zoonoses é o responsável pelas atividades de investigação. Deram o exemplo do caso de raiva em que o responsável é o médico veterinário. O técnico auxilia no processo, mas a palavra final é do veterinário.

Os técnicos da VE investigam, participam de alguns casos, mas apoiando profissionais de nível superior. Tem equipe de investigação em que o responsável é da enfermagem. Afirmaram que os trabalhadores da Saúde da Família também fazem o trabalho de investigação. Alguns casos exigem atuação conjunta da VISA e VE – por exemplo, em casos de surto alimentar. Um participante afirmou que no seu município a maioria dos casos de investigação é feita por trabalhadores de nível médio e em outro município os trabalhadores das unidades é que realizam a investigação de doenças não transmissíveis e os trabalhadores da VE fazem a investigação de óbitos evitáveis (exemplo tétano). No caso da vigilância sanitária, os

trabalhadores deram o exemplo em que atuam na fiscalização de estabelecimentos, preparam relatórios e encaminham para o controle de zoonoses.

Os trabalhadores de VISA dos municípios pequenos afirmam que esta atividade é realizada em conjunto, nível médio e superior, dada a situação de risco a ser investigada é necessário a dotação de determinados conhecimentos próprios da graduação. Um exemplo clássico é a reação da ingestão de medicamentos, nesse caso é preciso a presença do farmacêutico. Para estabelecimento do nexos causal vê-se a importância de apoio laboratorial, onde desde a coleta de amostra, o encaminhamento para a análise e a leitura do laudo necessita de conhecimentos científicos de cada área, que difere, por exemplo, de contaminação de alimentos por agrotóxicos ou a contaminação da água de diálise.

“A investigação é a alma do negócio” (Trabalhador de VE)

“O início do processo é o registro do paciente, que gera a fonte de informação para se estabelecer o nexos causal” (Trabalhador de VISA).

CONTROLE E MONITORAMENTO

Pergunta 5:

Os dados do estudo indicam uma baixa participação dos trabalhadores entrevistados na execução de atividades de controle de vetores e animais, de prevenção e controle de roedores e insetos nas áreas de risco e também na captura de vetores e animais para exame. No Brasil, em torno de 55% dos entrevistados afirmam que não deveriam executar estas ações, sendo que no Norte esse percentual é pouco superior a 58%. Qual a sua opinião sobre este quadro? Que profissional deveria desenvolver tais atividades?

Os participantes do grupo de municípios maiores afirmou que em alguns municípios o responsável pelo controle de vetores é o pessoal de endemias. Já pelos animais (cães e gatos) o responsável é a vigilância sanitária. Em alguns municípios o controle de roedores é realizado pela Visa e outros municípios não realizam essa atividade. A parte de animais é da zoonoses, é separado. A FUNASA faz o controle da malária.

O profissional de endemias vai ao serviço de vigilância e busca informação para fazer a captura (dengue).

“A partir da notificação é que o pessoal específico da dengue, por exemplo, que atua”. (trabalhador VISA)

No caso de dengue a prevenção é feita por profissionais especificamente treinados para isso. Os participantes relataram que alguns trabalhos de controle não fazem parte da rotina, são eventuais como visitas às aldeias.

O grupo acredita que devem existir profissionais capacitados para atuar não necessariamente de nível superior e que algumas ações como sacrifícios só devem ser executadas pelos veterinários.

“Um técnico, desde que capacitado estaria habilitado para realizar essas ações, exceto sacrifícios de animais, que deve ser feita pelo veterinário”.(trabalhador VE).

Os municípios de pequeno porte identificam que a execução de ações de controle de vetores e animais, de prevenção e controle de roedores e insetos, exige aporte de qualificação e de tecnologias, nem sempre disponíveis para a sua realização. Mesmo assim, numa estrutura organizacional neste caso, podemos identificar o órgão de Limpeza Pública Municipal, como sendo responsável em atender o quesito de controle de roedores e por consequência alguns insetos. A atribuição da VISA de um modo geral é de notificar a infestação de vetores e insetos, de modo que os responsáveis pelos estabelecimentos comercial ou de serviços possam tomar as medidas cabíveis. Sendo ainda, responsabilidade da VISA, o licenciamento de firmas que se dedicam em realizar dedetização e desratização.

Por fim, os trabalhadores alegaram falta de compreensão da pergunta no momento de aplicação do questionário por telefone, em que foi realizada pelo entrevistador, daí o resultado apresentado.

ASSISTÊNCIA

Pergunta 6:

De acordo com os dados do estudo, mais de 80% dos trabalhadores entrevistados não executam atividades de assistência, especialmente a administração de medicamentos para o controle de endemias. No país como um todo, quase 70% considera que não deveria executar estas atividades, sendo esse percentual um pouco menor na região Norte (63%). Qual a sua opinião a respeito? Qual profissional deveria desenvolver estas atividades?

Os participantes do grupo de municípios maiores afirmaram que as responsabilidades devem ser atribuídas aos profissionais específicos. No caso da administração de medicamentos para o controle de endemias, essa é uma função do agente de endemias. O setor de endemias possui técnicos que fazem busca ativa no domicílio e administram o medicamento.

O pessoal da FUNASA é que faz essa parte junto com os técnicos do município (agentes de endemias). Nos casos de sarampo e rubéola o técnico da VE faz a vacinação. Na maior parte dos casos a administração do medicamento é realizada nas unidades de saúde pelos técnicos de enfermagem. Um participante informou que existe uma médica apenas para atender casos de leishmaniose. Em outro município criou-se uma equipe específica para o caso da dengue;

O grupo chamou atenção para a abrangência do campo da vigilância sanitária, salientando que não se deve responsabilizar ainda mais esse trabalhador, já que são poucos tanto na epidemiológica como na sanitária.

“O trabalhador da vigilância atua em muitas áreas, faz tudo, é que nem bombril”.

Realizou-se um debate no grupo, onde questionou a legalidade da ação de assistência, no que diz respeito a dispensação de medicamento. Alguns se posicionaram contra, alegando ilegalidade.

“Há um protocolo estabelecido pelo MS, onde consta em que condições os trabalhadores podem desenvolver a atividade de assistência”.

PROTEÇÃO À SAÚDE:

Pergunta 7:

A identificação de situações-problema no território de trabalho permite ao trabalhador da saúde antecipar a ocorrência das doenças e agravos através do controle ou eliminação do risco. Apesar disso, mais da metade dos entrevistados admitem não executar muitas das ações listadas na pesquisa, embora considerem que deveriam executá-las. O que impede a sua execução pelos trabalhadores da vigilância?

O grupo observou que a política de saúde implantada no Brasil ainda é curativa, a preventiva ainda recebe pouco investimento. Um maior investimento na prevenção é que daria condição para o trabalhador realizar essa ação. Chamaram atenção para esse aspecto de que faltam iniciativas públicas para o trabalho de prevenção.

Alguns participantes afirmaram que com tanto serviço não sobra tempo para atividades de proteção à saúde. As equipes de educação em saúde é que fazem esse trabalho nas escolas e junto às comunidades. Em outros municípios, os técnicos fazem o trabalho de educação em saúde junto às escolas e comunidades. Em alguns municípios a VE não realiza essa atividade;

Os trabalhadores que atuam em VISA informaram que antes de punir, educam e orientam para melhorar, mas salientaram que a VISA enfrenta problemas com a interferência política (“apadrinhamentos”) que dificultam o trabalho. O proprietário do estabelecimento nem sempre cumpre as orientações. Afirmaram que os municípios ainda trabalham pouco com prevenção. Esse trabalho deveria ser feito com mais frequência junto ao consumidor.

PROMOÇÃO, PREVENÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE:

Pergunta 8:

De modo geral, os trabalhadores entrevistados indicam uma baixa participação nas ações de promoção, prevenção e educação em saúde, ainda que tenham

relatado que deveriam executar a maioria das atividades relacionadas. Destacam-se entre as menos executadas, aquelas referentes aos acidentes de trânsito, ao controle do tabagismo, às atividades físicas/corporais, a prevenção das violências e a busca de faltosos ao Programa de Imunização. Qual sua opinião a esse respeito?

A partir dos relatos dos participantes dos municípios maiores pode-se observar que essas atividades são realizadas de diversas formas: em um município a VE realiza essas atividades; em outros existem setores específicos que realizam essas atividades (trânsito); No caso da imunização, o PACS e o PSF realizam. Os ACS também fazem controle do tabagismo; As unidades de saúde também realizam. De forma geral muitos trabalhadores da saúde, de diversas áreas participam de atividades de Educação em Saúde em eventos na cidade, pedágios e por meio de palestras.

Nos municípios de pequeno porte as ações de promoção, prevenção e educação em saúde, compreendem as participações realizada em diversas realidades, algumas promovidas pelo órgão local ou até em apoio a programação advinda do nível estadual ou federal. Há trabalhos realizados em campanhas educativas vinculadas a programação da secretaria de saúde, da educação, do meio ambiente, da agricultura, entre outros. O fato é que, essas ações muitas vezes não necessariamente são planejadas exclusivamente pela vigilância.

SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

Pergunta 9:

No que diz respeito aos diferentes sistemas de informação existentes na área da saúde, em geral, observam-se no Brasil baixos percentuais de execução das atividades relacionadas à alimentação destes sistemas. Considerando que na região Norte a situação é praticamente a mesma, como você explica índices tão reduzidos de utilização do SINAN (Sistema de Informação dos Agravos de Notificação), SIM (Sistema de Mortalidade) e SINASC (Sistema de Nascidos Vivos)?

Os trabalhadores afirmaram que faltam profissionais e equipamentos já que são poucos computadores, alguns não funcionam. Por esse motivo, muitas vezes as fichas chegam e não são digitadas. Observaram ainda que as pessoas não procuram mais o serviço no caso da dengue. Isso diminuiu o índice de notificação. Chamaram atenção para o fato do SINAN ser a alma da VE e deve ser alimentado todos os dias. Os trabalhadores que atuam na VISA observaram que as informações da VISA não são alimentadas em um sistema, mas deveriam. Deveria existir um “SISVISA” com as informações dos estabelecimentos, alimentos apreendidos no sentido de possibilitar a realização de campanhas de prevenção e planejamento.

A alimentação do sistema não é realizada por trabalhadores da VISA, mesmo assim sentem a necessidade de compreender mais sobre os diversos sistemas que dão suporte a área da saúde. Como fazer a gestão do sistemas de informação, pouco se cobra da sua alimentação, ou seja, o digitador desconhece a premência da base informacional para as ações de Vigilância.

PLANEJAMENTO E GESTÃO

Pergunta 10:

Considerando que 74% dos entrevistados relataram a participação no planejamento das ações de vigilância e que 90% afirmam que deveriam participar, indique como e quando você participa nas ações de planejamento da vigilância no seu município?

Em alguns municípios existem reuniões periódicas de planejamento e avaliação onde são discutidos erros e soluções (com participação dos técnicos). Em outros, a coordenação se reúne para planejar e os técnicos somente participam da avaliação. Em outros municípios são profissionais da diretoria (planejamento ou vigilância) que participam da PPI na regional (sem a participação dos técnicos).

Um dos participantes observou que os técnicos não participam e apenas os coordenadores planejam.

De forma geral os participantes do grupo dos municípios maiores afirmaram que faltam reuniões de programação de atividades.

Nos municípios de pequeno porte esta atividade é eminentemente desempenhada por trabalhadores de nível superior ou hierarquicamente numa posição acima daqueles que executam. Tal prática é colocada com crítica pelos participantes visto que, as situações-problema são originariamente reconhecida e acompanhada por técnicos de executam as atividades de campo, que neste caso seriam de suma importância no momento do planejamento e avaliação. Entretanto, o que acontece é uma cobrança sobre o fazer dos técnicos, resultados e soluções.

“Há um planejamento estrutural da prefeitura, mas, no cotidiano não temos espaço para pensar. Apagamos incêndio”.

QUESTÃO GERAL

Pergunta 11:

Considerando o conjunto das atividades listadas como atribuições dos trabalhadores de nível médio da vigilância, como você acha que deveria ser a formação de um técnico para atuar na área da vigilância?

O grupo dos municípios maiores se posicionou de forma diferente em relação à essa questão. Parte dos trabalhadores acredita que deveria ter o curso de técnico em vigilância em saúde, abordando a saúde em geral e depois as áreas específicas e outra parte acredita que o curso deveria ser mais direcionado para cada área específica, pois os trabalhadores atuam em atividades diferentes.

Os trabalhadores reconhecem a abrangência das ações no âmbito da vigilância em saúde, sendo então necessário uma formação que traga conteúdos que contextualizem este campo, em dimensões política, ética, tecnológica e da complexidade que é campo da saúde. Por outro lado, apontam para as especificidades de cada área – epidemiológica, sanitária (produtos, serviços de saúde/arquitetura e engenharia), ambiental e do trabalhador -, e, assim, indicam um aporte de conhecimento que conformem estas áreas, dando subsídios para enfrentar as realidades de cada nível de gestão.

PESQUISA ATRIBUIÇÕES DO PESSOAL DE NÍVEL MÉDIO QUE ATUA NA ÁREA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA, AMBIENTAL E SANITÁRIA.

GRUPO FOCAL – NORDESTE, BR.

Coordenadores: Gustavo Werneck (NESCOM/UFMG) e Ângela M. L. Dayrell de Lima (NESCOM/UFMG)

Relatores: Grácia Maria de Miranda Gondim (EPSJV/FIOCRUZ) e Ana Margarida Campello (EPSJV/FIOCRUZ)

Participantes:

- ⇒ Municípios com mais de 100 mil habitantes: Alagoinhas (BA), Aracaju (SE), João Pessoa (PB), Maceió (AL), Natal (RN), Nossa Senhora do Socorro (SE), Recife (PE), Teresina (PI).
- ⇒ Municípios com menos de 100 mil habitantes: Condado (PE), Marechal Deodoro (AL), Milagres (MA), Pedra Branca (CE), Pentecoste (CE), São Miguel (RN), União (PI)..

1. INTRODUÇÃO

Os trabalhos com o grupo focal foram realizados na Escola de Saúde Pública, em Fortaleza-CE, desenvolvido nos dias 31 de abril e 01 de maio, com a participação de 15 profissionais pertencentes às vigilâncias municipais (epidemiológica, sanitária, ambiental e endemias) dos 09 Estados do Nordeste, sendo 08 deles de municípios de porte maior de 100 mil habitantes e 07 de municípios de porte menor de 100 mil habitantes. Houve a ausência de apenas 01 respondente dos questionários da primeira etapa, significando uma perda de 6,25% do total da amostra. Também participaram das atividades 04 profissionais condutores do grupo focal, sendo 02 coordenadores e 02 relatores, respectivamente do NESCOM/UFMG e EPSJV/FIOCRUZ.

No primeiro dia, as coordenações de cada grupo focal fizeram apresentações dos resultados do piloto e da primeira etapa da pesquisa, esclarecendo seus

propósitos e a dinâmica a ser desenvolvida. Seguiu-se a entrega do material (máscara e questões a serem respondidas) e o esclarecimento de dúvidas.

Os grupos iniciaram as atividades com a apresentação dos participantes, onde foi possível conhecer um breve perfil de cada um, a organização das vigilâncias em seus municípios e as expectativas acerca da dinâmica e dos resultados esperados para os 02 dias de trabalho.

Ficou evidente a expectativa dos profissionais envolvidos na pesquisa, acerca dos desdobramentos futuros desse processo, no sentido de evidenciar a necessidade de melhorias em seus processos de trabalho, e fundamentalmente em seu perfil de qualificação e formação técnica.

Também foi ressaltada a importância da forma como foram convidados a participar da pesquisa, na primeira fase (entrevista assistida por telefone) com algumas críticas no que tange ao processo em si – convite pela coordenação e entrevista ao telefone, pelo elemento surpresa e por falta de maiores esclarecimentos acerca da própria pesquisa. Na segunda fase (grupo focal), foi destacada a forma valorativa e respeitosa do convite feito diretamente ao profissional e não através das coordenações locais.

Por fim verifica-se a necessidade que esses profissionais têm de serem ouvidos, de participarem de processos decisórios sobre suas vivências profissionais, na perspectiva de melhorarem seus processos de trabalhos, conseqüentemente, serem reconhecidos e valorizados em seus espaços locais.

2. RESULTADOS

Os resultados aqui sistematizados foram orientados a partir das respostas dos 15 profissionais das vigilâncias de municípios maiores de 100 mil hab. e menores de 100 mil hab., obtidas a partir de 12 questões (anexo 04) trabalhadas nos grupos focais.

Pergunta 1:

Como está estruturada a vigilância no seu município?

Percebe-se um diferencial significativo no perfil dos profissionais dos municípios maiores em relação aqueles de porte menor. Nos primeiros, a apreensão dos problemas de saúde circunscreve-se com maior precisão nos recortes específicos de cada vigilância, enquanto nos segundos esta percepção é mais difusa, havendo sobreposição entre as vigilâncias em função do próprio processo de trabalho onde, no município menor, na maioria dos casos, um único profissional é responsável por atividades das diferentes áreas.

Em função das especificidades de cada município, decorrentes tanto do perfil de saúde-doença quanto da composição e qualificação dos trabalhadores ali alocados, verifica-se ainda pouca clareza acerca do papel e das funções a serem desempenhadas por cada profissional no interior das vigilâncias, seja ao nível de sua atividade laboral individual seja no processo de trabalho em equipe.

A partir da pouca clareza dos problemas e necessidades de saúde dos municípios, decorrentes da histórica fragmentação do processo de trabalho nessa área, nota-se uma organização diferenciada das vigilâncias entre os 02 grupos de municípios.

Nos municípios maiores de 100 mil habitantes têm-se grandes estruturas de Vigilância em Saúde, em algumas descentralizadas em regionais ou distritos, as quais agregam atividades de vigilância epidemiológica, sanitária, ambiental e controle de endemias. A saúde do trabalhador é uma atividade ainda incipiente, descolada do trabalho das vigilâncias ou inexistente em alguns municípios. Verifica-se nessa “nova” organização operacional, uma tendência à substituição dos vínculos precários por profissionais concursados, fato que possibilita maior integração e organicidade dos profissionais no trabalho da vigilância em saúde.

Nos municípios menores de 100 mil habitantes, a situação é bem diferente do ponto de vista organizacional. Em sua maioria inexistente uma estrutura de vigilância em saúde que congregue e articule os trabalhos parcelares das vigilâncias. Quase todos possuem vigilância epidemiológica e sanitária, as quais ora estão articuladas ora estão separadas e possuem processos de trabalho distintos. Por não estar pactuada na PPI/VS, a vigilância ambiental não se constitui como uma estrutura operacional específica, sendo suas atividades desenvolvidas no interior da vigilância sanitária. Todos trabalham articulados com a estratégia saúde da família (ESF) e o controle de endemias, fato que colabora para uma intervenção mais efetiva sobre os problemas de saúde locais. Nesses municípios, a equipe das vigilâncias são

compostas de pelo menos 01 enfermeiro, 01 médico veterinário e alguns técnicos de nível médio. Todos os profissionais dessas equipes sofrem os impactos da ingerência política nas questões de saúde local. O pessoal de nível médio se ressentem da ausência de processos formativos ofertados para lhes assegurar maior qualificação profissional, e afirmam que quando são ofertados cursos, estes se destinam ao pessoal de nível superior.

NOTIFICAÇÃO

Pergunta 2:

Em média, 37% dos trabalhadores entrevistados afirmaram que não deveriam executar qualquer atividade de notificação – seja relativa à doenças, agravos, zoonoses, surtos ou eventos adversos. Na região Nordeste, essa proporção sobe para 40%. Quais as possíveis razões para esse resultado?

Pergunta 3:

De maneira geral observa-se que quanto menor o município, maior a percepção de que os técnicos deveriam executar as ações de notificação. Por que os trabalhadores dos municípios maiores não consideram que essa deveria ser uma atividade atribuída a eles?

Nesse item foi verificado na *survey* um percentual relevante de profissionais que afirma “não dever” executar ações de notificação (37% Brasil e 40% nordeste). Nos grupos focais algumas respostas, confirmam e explicitam os resultados anteriores, bem como reforçam e traduzem tanto a grau de organização do processo de trabalho das vigilâncias quanto a capacidade operacional e técnica das equipes e dos profissionais individualmente. As falas evidenciam ainda os problemas e necessidades referentes à qualificação e formação profissional nas diferentes áreas das vigilâncias.

Nos dois grupos foi mencionado que a pergunta ao ser feita pelo operador, não esclareceu o caráter da notificação como uma ação do cotidiano dos serviços devendo ser feita por todo trabalhador de saúde, deixando transparecer que esta ação está limitada por um ato formal circunscrito a uma dada atividade de vigilância.

Por outro lado, as respostas foram dadas automaticamente, ou seja, “não é de minha laçada não realizo”, como no caso da vigilância sanitária que em sua maioria respondeu que não executa ações de notificação, pois essa é atribuição da vigilância epidemiológica.

Depreende-se que as ações de notificação são percebidas pelo conjunto dos profissionais como complexas, de grande responsabilidade e não são atribuições de todas as vigilâncias. Fica evidente nos dois grupos a pouca autonomia que os técnicos de uma determinada área da vigilância tem para notificar problemas relativos à outra área distinta. As razões apresentadas além da pouca autonomia são: falta de qualificação técnica adequada para esse fim; receio de fazer algo errado fora de sua área específica; dificuldade de entendimento de alguns profissionais quanto ao ato de notificar; limitações do próprio processo de trabalho, e, visão restrita sobre o processo saúde-doença quanto à ação de notificação.

Os municípios com mais de 100 mil habitantes por terem maior fragmentação do processo de trabalho e uma gama muito maior de problemas a serem enfrentados do que os municípios de menor porte vêm à atividade de notificação como secundária e não como parte de suas atribuições. No entanto reconhecem que os municípios menores têm uma visão mais abrangente e global dos problemas de saúde, por isso conseguem trabalhar mais integrados. Justificam que nesses municípios um único técnico realiza atividades das diferentes vigilâncias enquanto nos maiores, cada técnico é especialista em uma área, o que dificulta o entendimento mais global dos problemas.

Destacam-se nos municípios de menor porte, a baixa capacidade resolutiva do técnico de nível médio, em função de sua pouca qualificação profissional para identificar agravos e notificar; a ausência de informação quanto às suas atribuições; o desinteresse em conhecer e desenvolver outras atividades dadas suas limitações; a inserção no trabalho por indicação política e não por qualificação técnica, e por fim, a notificação é vista como um ato mecânico/burocrático realizado com a finalidade de cumprir uma determinação técnico-financeira para captar recursos, e não para desencadear investigações. Outros agravantes à realização de notificações nos municípios pequenos são: a rotatividade de profissionais decorrentes de mudanças políticas; a precariedade das condições de trabalho e o baixo número de profissionais para desenvolver as atividades, e, a ausência de

diálogo entre os profissionais de nível superior capacitados e os técnicos de nível médio.

Os profissionais de municípios menores reconhecem a importância da notificação e crêem que todos devem executar essas ações. Afirmam que o profissional de Nível Médio é quem desenvolve todas as atividades no município pequeno dada a rotatividade de pessoal de nível superior, por isso, são mais valorizados aqui do que no município de grande porte. Também afirmam, que no município pequeno todas as pessoas se conhecem facilitando o processo de notificação, ao mesmo tempo reforçam que, o gestor por ter poucos recursos tem a preocupação em otimizá-los buscando a integralidade de ações, dado que, nesse nível de gestão o Estado tem pouca ou nenhuma responsabilidade com as ações de vigilância e controle de doenças e agravos.

INVESTIGAÇÃO

Pergunta 4:

Em geral, é pequena a porcentagem de trabalhadores entrevistados que executam as atividades de investigação, especialmente em relação aos agravos de interesse à saúde, às doenças não-transmissíveis, óbitos evitáveis, doenças relacionadas ao trabalho e reações adversas. Por que estas atividades são menos executadas pelos trabalhadores de nível médio da vigilância?

Quando e como você participa do processo de investigação?

Os resultados da *survey* identificam baixa atividade de investigação pelos profissionais respondentes. Em especial aos agravos de interesse à saúde, às doenças não-transmissíveis, óbitos evitáveis, doenças relacionadas ao trabalho e reações adversas. Detectou-se nesse caso que o pessoal de nível médio executa menos ainda essas atividades do que aqueles de nível superior. Nos grupos focais, foi possível observar diferença de olhares e sentidos sobre essas ações entre profissionais dos municípios maiores e dos menores.

Nos primeiros, o entendimento é que a função de investigar é do profissional de nível superior, pois este tem formação acadêmica. Quanto ao técnico de nível

médio, afirma-se que não deve realizar investigação, pois não é qualificado o suficiente para fazê-lo, devendo apenas desempenhar o papel de apoio ao processo investigativo. No entanto, e contraditoriamente, admitem que a investigação é processual e com várias etapas, onde o profissional de nível médio tem um papel importante na coleta de dados e sistematização de informações, porém afirmam que este não se reconhece como investigador. Ou seja, percebe-se uma posição de tutela entre os profissionais de nível superior em relação aos de nível médio.

Nesses municípios os técnicos de nível médio participam de investigações relativas a tóxi-infecções alimentares, focos de mosquitos e atendimento a denúncias, desenvolvendo atividades de levantamento de dados, de sinais e sintomas, de focos, de casos e realizam entrevistas e preenchimento de formulários. Executam ações de bloqueio e tratamento de casos de dengue, bem como orienta e facilita o processo de investigação;

Nos municípios pequenos afirma-se que a investigação é atribuição do nível superior, pois o profissional de nível médio não se sente habilitado para fazê-la, sua tarefa seria apenas notificar. Afirmam ainda que durante as investigações os profissionais de nível médio não são ouvidos, por isso mesmo, muitos desses processos ficam inconclusos. Enfatizam que as ações de investigação deveriam ser atribuições dos níveis superior e médio, desde que ambos fossem adequadamente capacitados e qualificados para esse fim.

Os profissionais destes municípios afirmam que o processo de investigação é muito diversificado entre eles. Naqueles muito pequenos todas as equipes participam coletivamente tanto da notificação quanto da investigação— a vigilância epidemiológica, a sanitária, ambiental, principalmente quando a notificação vem do PSF. Nesse caso entra também os enfermeiros do PSF. Percebe-se uma certa harmonização no processo de trabalho pela articulação entre diferentes áreas. Por exemplo: o PSF notifica a vigilância epidemiológica investiga em conjunto; o hospital notifica e em seguida solicita a investigação ou ao PSF ou a vigilância epidemiológica; o médico na emergência atende um paciente, medica encaminha os exames, e quando detectado pela vigilância segue-se à investigação para confirmação do caso. Em algumas situações, nos fins de semana há plantões da vigilância na emergência para notificar e encaminhar as investigações de casos.

Por fim, foi dito que no município pequeno os agravos, em sua maioria, são notificados e investigados pelas equipes locais, e aqueles mais investigados estão relacionados às endemias.

CONTROLE E MONITORAMENTO

Pergunta 5:

Os dados do estudo indicam uma baixa participação dos trabalhadores entrevistados na execução de atividades de controle de vetores e animais, de prevenção e controle de roedores e insetos nas áreas de risco e também na captura de vetores e animais para exame. No Brasil, em torno de 55% dos entrevistados afirmam que não deveriam executar estas ações, sendo que no Nordeste esse percentual é pouco superior a 50%. Qual a sua opinião sobre este quadro? Que profissional deveria desenvolver tais atividades?

Os resultados da *survey* mostram que cerca de 55% dos trabalhadores das vigilâncias no Brasil não executam atividades de controle de vetores e animais, de prevenção e controle de roedores e insetos nas áreas de risco e também na captura de vetores e animais para exame. No nordeste esse percentual cai um pouco, porém continua acima dos 50%.

Os profissionais do grupo focal dos municípios acima de 100 mil habitantes, buscaram responder a essa constatação, mencionando que a entrevista telefônica foi muito rápida, sem dar tempo deles refletirem, daí cada um respondeu de acordo com suas atividades individuais, ou que não haviam entendido bem a pergunta. Os técnicos que responderam as questões da entrevista telefônica, provavelmente são pessoas que não estão ligadas a essas atividades, as quais são desenvolvidas por profissionais da área de zoonoses. Dizem ainda que essas atividades nos municípios de grande porte são desenvolvidas por pessoas de nível médio, e acompanhadas pelo médico veterinário, pois este por ser especializado não é responsável direto pela execução, mas pelo acompanhamento.

Já o grupo dos municípios menores alegou que ao responderem a pergunta em pauta, se remeteram à equipe, e responderam individualmente, não significando que nos serviços não se realizem essas atividades. Explicitou-se que os técnicos que

responderam as questões da entrevista telefônica, provavelmente são pessoas que não estão ligadas a essas atividades, as quais são desenvolvidas por profissionais da área de zoonoses. Para algumas das atividades mencionadas, alguns municípios não possuem estruturas adequadas (físicas, materiais e de pessoal capacitado) para fazê-las, como é o caso da eutanásia de animais, por isso fazem a captura do animal e encaminham para um município de maior porte. Algumas ações de controle e monitoramento são desenvolvidas conjuntamente com o PSF e o pessoal das endemias. No entanto 80% das ações descentralizadas pela FUNASA para os municípios ainda não são realizadas por eles.

ASSISTÊNCIA

Pergunta 6:

De acordo com os dados do estudo, mais de 80% dos trabalhadores entrevistados não executam atividades de assistência, especialmente a administração de medicamentos para o controle de endemias. No país como um todo, quase 70% considera que não deveria executar estas atividades, sendo que na região Nordeste esse percentual chega a atingir 72%. Qual a sua opinião a respeito? Qual profissional deveria desenvolver estas atividades?

Consoante aos resultados da pesquisa telefônica, 80% dos trabalhadores entrevistados não realizam atividades de assistência, em especial aquelas relativas à administração de medicamentos para o controle de endemias. Por outro lado 70% desses profissionais em todo o Brasil e 72% no nordeste afirmam que não devem realizar esse tipo de atividade. Ao serem indagados sobre esses números os profissionais dos 02 grupos afirmam ser esse tipo de atividade da competência de um profissional especializado e reconhecido perante os conselhos que regulam o exercício da profissão. Citam em especial o médico, o técnico e o auxiliar de enfermagem. Alguns não entenderam a pergunta na hora da entrevista telefônica.

Há consenso de que as medicações que não são administradas via oral devem ser feitas por profissionais ligados à assistência e nas unidades de saúde sob a supervisão do PSF. Foi mencionado que essas atividades são afeitas à vigilância epidemiológica, inclusive o controle de medicamentos, e também a zoonose, mas

passa longe das atribuições da vigilância sanitária. Que devem ser feitas busca ativa das pessoas sob tratamento e daqueles que o abandonaram.

PROTEÇÃO À SAÚDE

Pergunta 7:

A identificação de situações-problema no território de trabalho permite ao trabalhador da saúde antecipar a ocorrência das doenças e agravos através do controle ou eliminação do risco. Apesar disso, mais da metade dos entrevistados admitem não executar muitas das ações listadas na pesquisa, embora considerem que deveriam executá-las. O que impede a sua execução pelos trabalhadores da vigilância?

A pesquisa acusou que mais de 50% dos entrevistados por telefone informaram não executar algumas das ações listadas como ações de proteção, muito embora admitam que deveriam realizá-las em seu cotidiano de trabalho.

No processo de discussão do grupo focal não ficou evidente para um número expressivo de todos os participantes o que seria a identificação de uma situação problema no processo de trabalho. Quando a questão se remetia a determinadas doenças, alguns achavam que a identificação de daquele agravo específico (p.ex. doenças de veiculação hídrica) estava no âmbito de determinado programa especial ou de outra área da vigilância. Também não ficou claro na discussão o trabalho pautado na identificação e intervenção sobre riscos. O olhar desses profissionais está voltado para intervenções programáticas, focadas em doenças, e não em um olhar abrangente sobre o processo saúde-doença.

Os profissionais dos municípios maiores abordaram essa questão mais do ponto de vista político-gerencial. Afirmaram existir uma vontade contrária dentro dos serviços, ao exercício de uma visão mais ampla sobre os problemas de saúde e intervenções mais abrangentes sobre o processo saúde-doença. Esse fato decorre da estrutura gerencial centralizada, a qual inibe a ação mais autônoma dos trabalhadores. Em muitos casos o gestor da saúde é um político, com pouco conhecimento técnico na área e uma visão restrita dos problemas e da situação de

saúde da população. Os técnicos entendem que devem ter uma prática sanitária mais ampla e pautada no risco, porém são impedidos ou não estimulados a fazê-la.

Nos municípios de menor porte, os profissionais olharam a questão sob o prisma da responsabilidade de operacionalização das ações. Disseram que na primeira etapa pesquisa, a quantidade de perguntas feitas por telefone, referentes às atribuições do nível médio, teve impacto nas respostas, dada a preocupação dos profissionais com a responsabilidade em respondê-las. Evidenciaram que as ações de proteção mencionadas na questão são atribuições de programas específicos e não das vigilâncias, porém admitem que ações de prevenção devem ser desenvolvidas pelos trabalhadores de NM, vez que são qualificados para desenvolver ações de educação em saúde, e mais, se capacitados podem executar todas as demais. Por fim enfatizam que as precárias condições de trabalho e de infra-estrutura dificultam o desenvolvimento das ações de proteção.

PROMOÇÃO, PREVENÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Pergunta 8:

De modo geral, os trabalhadores entrevistados indicam uma baixa participação nas ações de promoção, prevenção e educação em saúde, ainda que tenham relatado que deveriam executar a maioria das atividades relacionadas. Destacam-se entre as menos executadas, aquelas referentes aos acidentes de trânsito, ao controle do tabagismo, às atividades físicas/corporais, a prevenção das violências e a busca de faltosos ao Programa de Imunização. Qual sua opinião a esse respeito?

Quando indagados sobre o que pensam a respeito dos resultados apresentados, os profissionais dos municípios maiores relatam que os técnicos especializados vêem um problema específico que não é de sua área de competência e logo afirmam que não devem desenvolver ações a esse respeito. Em relação à violência dizem que ela ainda não chegou como responsabilidade para atuação das vigilâncias, e que existem órgãos específicos e especializados para desenvolver essas ações, inclusive no interior da sociedade civil. Também não há interesse em atuar sob problemas de violência por medo de represálias. Com relação à busca

aos faltosos, afirmam que essa é uma atribuição tanto da vigilância epidemiológica quanto do PSF, mas nunca da vigilância sanitária.

No grupo de municípios pequenos, os profissionais ressaltam que algumas das pessoas entrevistadas responderam a esta questão baseadas em suas atividades pessoais e não na equipe. O entendimento da questão em pauta foi trabalhado no grupo em relação às ações educativas, onde afirmam ser o pessoal de nível médio habilitado a desenvolver as ações de IEC (informação, educação e comunicação), embora cada área específica tome para si a responsabilidade de executá-las em particular. As ações de busca ativa estão circunscritas a vigilância epidemiológica, muito embora algumas ações específicas de um setor, se solicitadas, podem ser executas por outro setor distinto. Dizem haver uma desconexão entre as ações das vigilâncias e aquelas desenvolvidas pelas unidades de saúde, e que seria interessante se as secretarias municipais de saúde tivessem capacidade operativa para desenvolver todas as ações arroladas na questão.

SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

Pergunta 9:

No que diz respeito aos diferentes sistemas de informação existentes na área da saúde, em geral, observam-se no Brasil baixos percentuais de execução das atividades relacionadas à alimentação destes sistemas. Na região Nordeste, a situação não é muito diferente. Como você explica índices tão reduzidos de utilização do SINAN (Sistema de Informação dos Agravos de Notificação), SIM (Sistema de Mortalidade) e SINASC (Sistema de Nascidos Vivos)?

As pesquisas no Brasil acerca da qualidade e do uso da informação nos serviços têm apresentado percentuais abaixo do desejado, demonstrando problemas existente nessa área, seja em função dos inúmeros bancos de dados, seja por sua difícil interatividade ou mesmo por sua pouca confiabilidade. Na pesquisa em pauta, constatou-se o que está colocado na literatura sobre esse assunto, reforçando ou baixa efetividade da informação como política e suporte ao trabalho em saúde. No nordeste, esse fato se repete, com números muito inexpressivos de utilização dos

bancos de dados em especial aqueles que historicamente são os mais procurados como SINAN (Sistema de Informação dos Agravos de Notificação), SIM (Sistema de Mortalidade) e SINASC (Sistema de Nascidos Vivos).

Ao serem perguntados sobre qual seria a razão desse baixo índice de utilização dos sistemas de informação os profissionais dos 02 grupos focais concordaram em 02 aspectos: a inexistência de uma política de valorização da informação no nível local, ressaltando sua importância para o processo de trabalho em saúde e principalmente para a tomada de decisão, e, a ausência de capacitações sistemáticas para qualificar os profissionais no manuseio desses bancos (alimentação, retroalimentação e uso). No entanto há diferenças significativas na forma de entenderem e trabalharem com a informação.

Nos municípios maiores, fica claro que a maioria dos profissionais entende que quem não está treinado é o profissional de nível médio, depreendendo-se que acreditam essa ser tarefa desses profissionais. Por outro lado afirmam que as capacitações são dirigidas exclusivamente para o nível superior. Ressaltam que essa ferramenta de trabalho é pouco valorizada tanto pelos gestores quanto pelos servidores da ponta, os quais, muitas vezes não reconhecem nem as siglas referentes aos bancos, dificultando o seu acesso.

Já os profissionais dos municípios menores, reconhecem a importância da informação, dizem que os municípios alimentam os bancos diretamente no nível local e os encaminha para o nível central do Estado. Afirmam que em alguns municípios tem profissional capacitado para esse fim. No Rio Grande do Norte nos municípios menores de 20.000 mil habitantes os sistemas não estão descentralizados sendo enviadas as informações para o Estado, já no Piauí todos estão centralizados. A maioria afirma que faz busca ativas de informações (em cartórios) e que na VISA o veterinário realiza cadastramento dos estabelecimentos de interesse da saúde. Enfatizam que a rotatividade de pessoal prejudica a coleta e sistematização dos dados, comprometendo a qualidade da informação.

PLANEJAMENTO E GESTÃO

Pergunta 10:

Considerando que 74% dos entrevistados relataram a participação no planejamento das ações de vigilância e que 90% afirmam que deveriam participar, indique como e quando você participa nas ações de planejamento da vigilância no seu município?

As atividades de Planejamento e Gestão foram consideradas por cerca 74% dos entrevistados na pesquisa telefônica como aquelas desenvolvidas nas atividades de vigilância, e quase a totalidade (90%) afirma que deveriam participar mais. Nos 02 grupos focais os relatos dos participantes são semelhantes embora haja alguma experiência diferenciada entre eles acerca de como participam dessas ações no interior da vigilância em seu município.

Nos municípios maiores de 100 mil habitantes, mesmo afirmando que fazem reuniões semanalmente (VISA e VE), percebe-se que o planejamento e gestão são ações mais focais, voltadas para implementação de rotinas, programas e ação sobre grandes eventos tais como: vacinações, inspeções, controle de vetores, festas juninas, carnaval dentre outras. O planejamento como ferramenta para a tomada de decisão está voltado para o cumprimento de da Programação e Pactuação Integrada (PPI/VS), sendo este o instrumento que norteia as ações. Ressaltam que na maioria dos municípios os técnicos não planejam apenas executam, num claro movimento de subordinação onde poucos pensam e muitos executam. O pessoal de nível médio se ressentem de não ser ouvido por grande parte dos gestores, porém destacam que apenas aqueles comprometidos com o SUS se dispõem a ouvi-los.

Nos municípios menores de 100 mil habitantes, percebe-se uma maior organicidade e integração na realização das ações de planejamento e gestão, inclusive com o exercício da intersetorialidade (p.ex. articulação com secretarias de obra e educação), dado que no nível local as equipes são menores, e as ações tendem a serem desenvolvidas em conjunto. No entanto, também cumprem planejar ações determinadas pela Programação e Pactuação Integrada (PPI/VS), o Termos de Ajustes e Metas da VISA (TAM), as campanhas de vacinação. Afirmam que quem pactua é o pessoal de nível superior, porém quem conhece a realidade são aqueles de nível médio, embora em várias situações os profissionais que desenvolvem ações de campo não sejam ouvidos. Por esse distanciamento entre quem conhece a realidade de quem planeja, as ações de planejamento e gestão em sua maioria

são irreais, sem base empírica, por isso não se cumprem as metas e não se desenvolvem as ações programadas.

QUESTÃO GERAL

Pergunta 11:

Considerando o conjunto das atividades listadas como atribuições dos trabalhadores de nível médio da vigilância, como você acha que deveria ser a formação de um técnico para atuar na área da vigilância?

Essa questão conseguiu ter alguns consensos, no que tange ao que o profissional de nível médio deveria conhecer para desempenhar bem suas atribuições.

As principais argumentações se referem a uma formação abrangente e integral, mas que possibilite, quando necessário, aprofundar especificidades em cada área (vigilâncias, planejamento, gestão, informação, educação e saúde, dentre outras). Um processo formativo que contemple conhecimentos científicos sólidos, mas reconheça os saberes tácitos dos trabalhadores voltados para construção de um novo olhar sobre o processo saúde-doença e o território de atuação. Os processos formativos devem ser sistemáticos e ofertados a todos os profissionais para que estes tenham livre escolha de participar. A formação de multiplicadores não dá mais conta da complexidade dos problemas e necessidades locais.

Quanto à aprendizagem para mudança de práticas enfatizam a importância do trabalho integrado, desenvolvido em equipe e articulado com outros parceiros.

Quanto aos conhecimentos que devem ser construídos nos processos de formação os 02 grupos concordam que é fundamental saber: o que é o SUS; a vigilância em saúde e as vigilâncias em seu interior; as legislações pertinentes ao SUS e a cada área específica; condutas de investigação, planejamento e avaliação; trabalho integrado das vigilâncias com outras equipes de saúde; análise de risco e mapeamento.

No grupo dos municípios de menor porte enfatizou-se a necessidade de se investir em processos formativos diferenciados – técnicos, tecnólogo, especializações técnicas e *latu sensu*, e garantir que o pessoal de nível médio

qualificado possa exercer de fato os conhecimentos aprendidos em seu processo de trabalho.

Alguns profissionais mencionam ainda que o Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde, desenvolvido e ofertado nos municípios para profissionais de nível médio das 03 esferas de gestão “... *é um programa cujos conteúdos atendem às necessidades de qualificação na área de vigilância. Faz mapeamento, investigação e análise de risco...*”. Esses técnicos se qualificaram nessa proposta e modalidade de ensino, e expressam sua satisfação e vontade.

As falas desse bloco podem indicar caminhos a serem buscados, na perspectiva de se construir perfis de competências, currículos e itinerários formativos compatíveis com os processos de trabalho das vigilâncias, que permitam aos trabalhadores de nível médio escolher e optar por qual proposta curricular melhor atenda sua demanda de formação técnica e humana.

PESQUISA ATRIBUIÇÕES DO PESSOAL DE NÍVEL MÉDIO QUE ATUA NA ÁREA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA, AMBIENTAL E SANITÁRIA.

GRUPO FOCAL DOS COORDENADORES - BRASIL.

Coordenação: Gustavo Werneck (NESCOM/UFMG)

Relatoria: Grácia Maria de Miranda Gondim (EPSJV/FIOCRUZ) e Márcia Lopes (EPSJV/FIOCRUZ)

Participantes:

- ⇒ Municípios com mais de 100 mil habitantes: Belém (PA), Contagem (MG), Sapucaia do Sul (RS).
- ⇒ Municípios com menos de 100 mil habitantes: Bom Jesus Itabapuana (RJ), Cachoeira Dourada (GO), Cruzeiro (SP).

1. INTRODUÇÃO

O grupo focal com os coordenadores de municípios realizou-se na Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – FIOCRUZ, Rio de Janeiro/RJ, com a participação de 09 pessoas. As atividades foram conduzidas pelo NESCOM com a relatoria da EPSJV/FIOCRUZ.

A oficina teve início às 14:00 horas do dia 03 de julho de 2007 com a apresentação dos participantes e posteriormente a exposição, pela coordenação, dos objetivos do projeto, de alguns resultados da pesquisa e da proposta de trabalho.

Num segundo momento, realiza-se um breve diagnóstico dos municípios para compreensão de como funcionam as vigilâncias nas estruturas das secretarias de saúde.

Em seguida inicia-se a discussão das questões propostas seguindo roteiro pré-elaborado. Num terceiro momento, já no dia seguinte, foram apresentados os resultados consolidados pelos coordenadores e relatores para validação junto a todos os participantes.

2. RESULTADOS:

Pergunta 1:

Como está estruturada a vigilância em seu município?

No diagnóstico feito pelos coordenadores acerca das estruturas físico-operacionais e o processo de trabalho das vigilâncias em seus municípios, destacam-se duas falas distintas em relação aos trabalhadores de nível médio: 1) nos municípios com menos de 100.000 habitantes, estes profissionais são conhecidos pela população; seu trabalho é mais reconhecido e melhor definido nas equipes e junto à comunidade. Também são mais autônomos no desenvolvimento das múltiplas ações que realizam em sua esfera de competência; 2) nos municípios maiores de 100.000 mil habitantes, o cenário é diferente, verificam-se diferenças em relação à autonomia – há uma certa subordinação em relação a responsabilização das ações; o reconhecimento do papel e importância do trabalho deste profissional é menos reconhecido tanto nas equipes quanto junto a população; há uma maior especialização no desenvolvimento das ações.

No geral as equipes são compostas, em sua maioria, por enfermeiros, médicos veterinários, farmacêutico, profissional de nível médio e técnico - enfermagem, agentes de endemias, agentes comunitários, dentre outros. Os municípios maiores têm algumas variações com a inserção de médico, químico, biólogo, dentista, nutricionista, e outras categorias profissionais principalmente nas equipes de vigilância sanitária.

Em relação à estrutura organizacional há um duplo movimento de aglutinar ou separar as vigilâncias. Em alguns municípios mencionou-se a existência anterior de alguma estrutura de vigilância em saúde que agregava as demais, e que, com o tempo foi desestruturada, constituindo-se nova organização com as vigilâncias separadas. Já em outros municípios, existe estrutura de vigilância em saúde que articula bem o trabalho das vigilâncias inclusive com endemias e zoonoses.

Verifica-se que as estruturas das vigilâncias que melhor se organizam nos municípios são a epidemiológica e a sanitária, seguidas da ambiental. Nos municípios de menor porte, as endemias e a zoonoses têm papel relevante, principalmente naqueles onde há predominância de população rural dispersa no

território. Nos municípios de maior porte, em especial nas capitais, o trabalho das endemias é terceirizado. Percebe-se um funcionamento mais orgânico entre as vigilâncias nos municípios menores, enquanto nos maiores os trabalhos se dão com menor articulação.

As vigilâncias se localizam nos organogramas dos municípios de maneiras distintas: como diretorias, ou superintendências, ou departamentos, ou são autônomas. Em alguns estão dentro de estruturas de saúde coletiva ou vigilância em saúde. Parte dos municípios no desenvolvimento de ações se articula com a estratégia saúde da família, em especial com os agentes comunitários de saúde, outros trabalham de forma articulada com demais órgãos do governo local. Mencionou-se que o ideal seria trabalhar dentro da estrutura da vigilância em saúde, com as vigilâncias articuladas, pois facilitaria o desenvolvimento das atividades.

Para se ter a dimensão de como funcionam as vigilâncias, segue-se uma breve descrição de cada município:

Nos municípios com menos de 100.000 habitantes:

- **Cruzeiro (SP)** - Até 2006 havia uma estrutura de vigilância em saúde com duas diretorias (VISA e VE). Atualmente as vigilâncias sanitária e epidemiológica estão localizadas no mesmo espaço físico e se conformam como 02 diretorias. Esse arranjo institucional facilita o trabalho. A equipe tem funcionários com vínculos diversos – federal, estadual e municipal.. A VE possui uma equipe com 07 técnicos de enfermagem de nível médio, 03 profissionais de nível superior. A Zoonoses possui 01 veterinário que lida com alimentos; 04 agentes de nível superior; 02 motoristas. São todos concursados. As endemias possuem uma equipe em torno de 30 pessoas com 02 motoristas, todos terceirizados pelo Estado sob a coordenação da Sucem. A VISA tem 01 coordenador; digitadores, 01 motorista; 01 auxiliar administrativo; 01 farmacêutica; 01 veterinário; 03 técnicos de nível médio.
- **Bom Jesus de Itabapuna (RJ)** - Há um núcleo de Saúde Coletiva, onde as vigilâncias atuam em conjunto como coordenadorias (VISA, VE e VA). Há um intercâmbio muito bom entre as vigilâncias, inclusive com outros órgãos do governo. Não existe centro de controle de zoonoses. Há grandes problemas relativos a questões de saneamento – esgotamento sanitário, resíduos sólidos e outros, que acabam indo para a VISA. Trabalham com ações de

inspeção articulados com a agricultura e o meio ambiente. Existe carência de infra-estrutura, porém as equipes estão bem qualificadas.

- **Cachoeira Dourada (GO)** - Metade da população deste município está dispersa na zona rural, por isso as endemias têm papel fundamental no processo de trabalho. Os trabalhadores dessa área são todos de nível médio, e trabalham junto com a vigilância ambiental que está localizada dentro da VISA, seguindo as orientações da vigilância em saúde ambiental do MS/SVS. A VISA possui 01 pessoa de nível superior e 02 técnicos. A VE possui 01 profissional de nível superior e 02 técnicos. O trabalho é feito junto com os ACS. As endemias têm 01 trabalhador de nível superior e 07 de nível médio, esses são agentes de endemias já concursados pela portaria do MS que cria essa categoria profissional.

Nos municípios maiores de 100.00 habitantes

- **Em Belém (PA)** anteriormente havia um departamento de vigilância em saúde, com 02 estruturas de vigilância epidemiológica e sanitária. Hoje a zoonose possui em torno de 500 agentes de bem estar social e mais 300 contratados para esse fim. A VISA é um departamento que engloba a vigilância ambiental. A VE e a VISA estão localizadas em prédios separados. A VISA tem como estrutura organizativa 04 distritos, possui 162 funcionários, onde 60 são de nível médio; 70 de nível superior e os 32 restantes são vinculados a atividades administrativas.
- **Em Contagem (MG)**, na grande BH, existia uma estrutura de superintendência de ações sobre o meio onde se localizavam as vigilâncias. Hoje estão separadas (ViSA, VE , VA e zoonose). O pessoal da alta complexidade, em sua maioria, é de nível superior (médicos, enfermeiros, químico, dentista e outros). Já a baixa complexidade possui 07 técnicos formados em VISA, 01 apoio técnico de nível superior e 48 inspetores de saúde. Existe uma estrutura formal de cargo que não funciona por completo – gerências e diretorias de VISA e gestores de saúde.
- **Em Sapucaia do SUL (RS)**, na grande Porto Alegre, a municipalização se deu em 97-98 organizando uma estrutura de vigilância em saúde, toda mantida com recurso do MS através da pactuações. A direção da

epidemiologia tem uma pessoa de nível médio. A diretoria de saúde pública articula-se com a atenção básica. Está em andamento um concurso para substituir 25 vaga ocupadas por pessoal contratado. Os concursos são efetivados através de um hospital, pois não existe estrutura de RH com CCS - 03 técnicos foram concursados na vigilância em saúde e 05 através de RPA. Na VE existem 03 enfermeiras, trabalha-se com saúde do trabalhador e estão sendo iniciadas ações sobre violência. A VA tem biólogo, veterinário e agentes de endemias. A prefeitura tem também uma secretaria de meio ambiente que trabalha articulada com a VA. Na VISA atua-se sobre produtos, serviços e água. Há um zootecnista, 01 farmacêutico, 01 químico, 03 fiscais de nível médio, e dependendo do tipo de inspeção a prefeitura atua em conjunto. A vigilância nutricional possui: 01 nutricionista, 03 agentes motoristas todos com cargo comissionado. Motorista é um problema para o município.

NOTIFICAÇÃO

Pergunta 2:

Em média, 37% dos trabalhadores entrevistados afirmaram que não deveriam executar qualquer atividade de notificação – seja relativa à doenças, agravos, zoonoses, surtos ou eventos adversos. Quais as possíveis razões para esse resultado?

Esta questão suscitou uma ampla discussão. Muitas hipóteses foram levantadas.

Seguindo uma primeira linha de argumentação, considera-se que os técnicos de nível médio de fato notificam muito pouco. As questões salariais e a falta de perfil dos profissionais aparecem, então, como pontos importantes que propiciam que isto aconteça, já que, como foi apontado, para notificar o profissional tem que assumir com responsabilidade a sua função. Argumenta-se também a existência de trabalhadores que não querem desenvolver as ações de notificação. Em relação a isto, o coordenador de Contagem-MG afirma que, por vezes, falta seriedade a estes.

Mencionou-se que, por um lado, os técnicos ficam muito limitados a sua área de atuação e acham que não devem fazer notificação, por outro, a equipe, na maioria das vezes, não conhece seu papel e não sabe o que fazer. Para os coordenadores, esta imprecisão sobre o que deve e o que não deve ser feito deve-se a deficiências na formação das pessoas (mesmo de nível superior – médico, enfermeiro, veterinário e outros), que não leva em conta aspectos relevantes de saúde pública e enfatizam a clínica.

De maneira geral, falta capacitação técnica e delegação de poder para notificar, ou seja, se a pessoa é de determinada área, ela não detém os conhecimentos necessários para notificar em outra diferente. Além disto, muitas vezes, a ação de notificação se confunde com a de fiscalização e os profissionais não estão preparados para este última.

Foi dito, ainda, que no caso dos eventos adversos a busca e a notificação devem ser feitas por médicos ou enfermeiros.

A coordenadora de Sapucaia do Sul apontou, também, que em seu município, os sistemas de informação têm problemas para aceitar notificações vindas da vigilância. Há um entendimento de que a notificação deva ser feita pelos serviços de assistência.

Vale observar, ainda, que os coordenadores ressaltaram que, por vezes, ordens superiores barram as investigações.

Seguindo uma outra linha de argumentação considera-se que os técnicos não notificam tão pouco, foi colocado que os trabalhadores de nível médio, em alguns casos, investigam porém não estão investidos do cargo.

Os coordenadores assinalaram também que a forma como a pergunta foi formulada pode ter levado a um entendimento equivocado - qual seja, que a notificação só existe quando é ato formal – o que justificaria o aparecimento de um índice tão baixo de trabalhadores que notificam. Além disto, a resposta teria sido dada de forma mecânica “não é meu, não vou fazer...”, devido à correria do ambiente de trabalho.

Pergunta 3:

De maneira geral, observa-se que quanto menor o município, maior a percepção de que os técnicos deveriam executar as ações de notificação. Por

que os trabalhadores dos municípios maiores não consideram que essa deveria ser uma atividade atribuída a eles?

Segundo os coordenadores, os trabalhadores dos municípios menores conseguem enxergar os problemas como um todo e trabalhar de forma mais integrada já que o mesmo técnico executa as atividades das diferentes áreas. Além disso, no município pequeno todo mundo se conhece, o acesso à população é mais fácil, a relação é mais próxima, facilitando o trabalho da equipe.

Nos municípios maiores o trabalho é mais complexo e especializado o que propicia um processo de desresponsabilização em relação às atividades que não estão diretamente ligadas à rotina de trabalho do técnico. Deve-se considerar, ainda, que, em geral, os trabalhadores destes municípios se sentem sobrecarregados com suas tarefas.

Coloca-se também, que trabalhadores mais estáveis em seus processos de trabalho tendem a realizar mais notificação e que a alta rotatividade do pessoal de nível médio dificulta o desenvolvimento das atividades. Além disso, foi apontado que algumas estruturas operacionais não têm capacidade para fazer tais ações.

INVESTIGAÇÃO:

Pergunta 4:

Em geral, é pequena a porcentagem de trabalhadores entrevistados que executam as atividades de investigação, especialmente em relação aos agravos de interesse à saúde, às doenças não-transmissíveis, óbitos evitáveis, doenças relacionadas ao trabalho e reações adversas. Por que estas atividades são menos executadas pelos trabalhadores de nível médio da vigilância?

Pergunta 5:

Quando o técnico de NM participa do processo de investigação?

O grupo apontou que, muitas vezes, o técnico de nível médio participa da investigação, mas não sabe que isto é investigar, o que justificaria o índice baixo de trabalhadores que responderam que não investigam.

Segundo os coordenadores, estes profissionais fazem as rotinas da investigação, porém é o profissional de nível superior quem faz o fechamento. Além disso, foi colocado que a pergunta feita pelo entrevistador deu a entender que se referia apenas ao profissional respondente e não ao conjunto da equipe, e que, não são todos os profissionais de nível médio que realizam esta atividade.

Colocou-se também que o profissional quando delegado para investigar, realiza essa ação com responsabilidade, no entanto, argumenta-se que a investigação implica, freqüentemente, em ir a campo e fazer busca ativa, fato que, por vezes, leva o profissional a não realizá-la, seja por não gostar e/ou por não se dispor a fazê-lo.

Além disso, foi apontado que, em geral, os técnicos não estão capacitados para fazer investigação. A alta rotatividade do pessoal e o envolvimento com outras atividades que impedem sua ida a campo foram assinalados como pontos prejudiciais à realização deste trabalho.

Ressalta-se que, em alguns dos municípios representados no grupo, as regionais não capacitam o universo dos técnicos para exercer suas atividades, fazendo a capacitação de multiplicadores o que parece não ser eficaz (RS, SP, MG). Foi colocado também que, em Belém, a investigação é feita exclusivamente pelo nível superior.

Os coordenadores citaram muitos exemplos sobre a participação dos técnicos de nível médio nas investigações, quais sejam: notificação de casos, mas dificilmente o seu acompanhamento; em geral, participam das investigações anti-rábicas (cães e morcegos) - fazem bloqueio de foco e vacinação, exceto quando são casos muito complexos; verificam prontuários em hospitais, atendem a denúncias, verificam casos suspeitos de tuberculose e outros, e uma série de outras atividades. Em caso de surto de toxi-infecções alimentares, investigam em conjunto com as vigilâncias sanitária e epidemiológica.

Para demarcar as especificidades de cada município vale observar que em Contagem-MG os trabalhadores vão a campo, fazem levantamentos da população e são capacitados para fazer parte da investigação. Em Sapucaia do Sul-RS,

Cruzeiro-SP e Cachoeira Dourada-GO, eles investigam caso de morte infantil e materna.

CONTROLE E MONITORAMENTO

Pergunta 6:

Os dados do estudo indicam uma baixa participação dos trabalhadores entrevistados na execução de atividades de controle de vetores e animais, de prevenção e controle de roedores e insetos nas áreas de risco e também na captura de vetores e animais para exame. No Brasil, em torno de 55% dos entrevistados afirmam que não deveriam executar estas ações. Qual a sua opinião sobre este quadro? Que profissional deveria desenvolver tais atividades?

Os coordenadores mencionaram que, possivelmente, a maior parte dos técnicos de nível médio pesquisados não é da área em questão e não está preparada tecnicamente para atuar nesse campo. Existem profissionais do Centro de Controle de Zoonoses que são especializados nesses procedimentos.

É provável que os respondentes da pesquisa telefônica (ETAC), ao afirmarem que não deveriam desenvolver tais atividades, remetiam tal afirmação à existência de outros trabalhadores de nível médio na equipe, específicos para desenvolver esse tipo de ação, e/ou por já estarem sobrecarregados com outras atividades. Entretanto, no caso da eutanásia, foi colocado pelos coordenadores que, ao técnico de nível médio, cabe apenas notificar, dado ser esta ação atribuição exclusiva do médico veterinário.

Vale dizer que, em alguns Estados, várias das atividades listadas, em especial as de prevenção e controle de roedores e insetos, são realizadas por pessoas terceirizadas.

ASSISTÊNCIA

Pergunta 7:

De acordo com os dados do estudo, mais de 80% dos trabalhadores entrevistados não executam atividades de assistência, especialmente a administração de medicamentos para o controle de endemias. No país como um todo, mais de 70% considera que não deveria executar estas atividades. Qual a sua opinião a respeito? Qual profissional deveria desenvolver estas atividades?

Segundo os coordenadores, na prática cotidiana, o trabalho das vigilâncias é fragmentado e falta informação/qualificação aos técnicos sobre as diferentes áreas. Por isso, quando solicitados a desenvolver determinada ação só respondem afirmativamente para aquelas em que foram treinados especificamente. Possivelmente, a maior parte dos profissionais que respondeu não deve estar preparada para desenvolver essa ação.

Foi colocado que, em geral, os profissionais da VISA não realizam estas atividades e que, em alguns municípios (e. Cruzeiro e Sapucaia do Sul), elas são feitas por profissionais das unidades básicas.

No norte, os trabalhadores de nível médio que lidam com a malária desempenham estas atividades, mas se constituem em uma equipe específica (guardas de endemias), e não devem ter sido ouvidos pela pesquisa.

Além disso, foi apontado também que falta preparo para o nível médio desenvolver essas ações.

Os coordenadores assinalaram, entretanto, que a Quimioprofilaxia da meningite é feita pelos técnicos de nível médio da VE.

PROTEÇÃO À SAÚDE

Pergunta 8:

A identificação de situações-problema no território de trabalho permite ao trabalhador da saúde antecipar a ocorrência das doenças e agravos através do controle ou eliminação do risco. Apesar disso, mais da metade dos entrevistados admitem não executar muitas das ações listadas na pesquisa, embora considerem que deveriam executá-las. O que impede a sua execução pelos trabalhadores da vigilância?

Os coordenadores colocaram não existir uma cultura de prevenção e que os profissionais estão acostumados a trabalhar a partir do que já aconteceu.

De modo geral, faltam protocolos nos serviços, no entanto, em Cruzeiro, alguns instrumentos normativos estão em elaboração e os trabalhadores sendo qualificados para utilizá-los. Os técnicos não sabem suas atribuições e acreditam que algumas situações-problema não são de sua esfera de intervenção. O trabalho é automatizado, dificultando a reflexão e a observação atenta sobre a população e o território - não se olha para os lados porque existe um cronograma a ser cumprido.

Além disso, muitas vezes, realizar as ações de proteção significa fazer "papel de chato", já que a população não segue as orientações dos trabalhadores da saúde e estas para serem efetivas e eficazes exigem repetição e persistência.

Foi colocado, também, que, em geral, o profissional só intervém em situações que lhe incomodam. Alguns deles só fazem o que lhes convém e não têm compromisso com o município. Esta situação é agravada quando a contratação dos trabalhadores é feita com base em "questões políticas".

Os coordenadores ainda comentaram sobre as dificuldades de se trabalhar com a intersetorialidade.

PROMOÇÃO, PREVENÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Pergunta 9:

De modo geral, os trabalhadores entrevistados indicam uma baixa participação nas ações de promoção, prevenção e educação em saúde, ainda que tenham relatado que deveriam executar a maioria das atividades relacionadas. Destacam-se entre as menos executadas, aquelas referentes aos acidentes de trânsito, ao controle do tabagismo, às atividades físicas/corporais, a prevenção das violências e a busca de faltosos ao Programa de Imunização. Qual sua opinião a esse respeito?

Em relação a esta questão, os coordenadores apontaram a necessidade de mudar a cultura institucional sobre o entendimento do que é saúde pública e os seus determinantes. Segundo eles, algumas ações não são vistas como importantes para

proteção e prevenção de agravos à saúde e a questão da violência, por exemplo, está entre elas.

Além disso, no setor saúde, em geral, só se trabalha em função do que lhe é cobrado para o recebimento de recursos. Usualmente, não há financiamento e pessoal destinados ao desenvolvimento de determinadas ações não pactuadas, para isso seriam necessárias novas pactuações.

Foi observado também que as metas não são pactuadas pela equipe de saúde e sim pelo gestor e que questões políticas, em sua maioria sem conteúdos técnicos, interferem nas pactuações.

SISTEMAS DE INFORMAÇÃO:

Pergunta 10:

No que diz respeito aos diferentes sistemas de informação existentes na área da saúde, em geral, observam-se no Brasil baixos percentuais de execução das atividades relacionadas à alimentação destes sistemas. Como você explica índices tão reduzidos de utilização do SINAN (Sistema de Informação dos Agravos de Notificação), SIM (Sistema de Mortalidade) e SINASC (Sistema de Nascidos Vivos)?

Foi colocado pelos coordenadores que, muitas vezes, falta capacitação para que técnico de nível médio trabalhe com o sistema de informações. Os programas requerem orientações técnicas e para isso é necessário um conhecimento específico, conseqüentemente, muita gente não trabalha com os sistemas e não conhece os agravos. Além disso, não há esclarecimento sobre a importância dos dados coletados e das informações produzidas, no que tange a sua apropriação pelos trabalhadores do SUS e utilização nos serviços locais de saúde.

Foi dito, também, que existe rotatividade de pessoal capacitado o que prejudica a alimentação dos sistemas e que alguns trabalhadores, embora conheçam os sistemas, não os operam.

Os coordenadores colocaram, ainda, que cada sistema de informação deve ter um responsável técnico de nível superior, dado que este profissional, na maior parte das vezes, é quem fecha os casos e faz análise dos dados gerados pelo SIS.

Em relação a isto, foi apontado que é muito importante que o profissional de nível superior se reúna com sua equipe e discuta os resultados das análises.

Outra hipótese levantada para explicar esta questão foi que, possivelmente, o profissional que respondeu a pergunta só opera um sistema e desconhece os demais. Além disso, observou-se que em algumas cidades as vigilâncias não têm computador e não são pessoas ligadas a elas que alimentam os SIS.

PLANEJAMENTO E GESTÃO

Pergunta 11:

Considerando que 74% dos entrevistados relataram a participação no planejamento das ações de vigilância e que 90% afirmam que deveriam participar, indique como o técnico de NM participa nas ações de planejamento da vigilância no seu município?

Embora tenha sido colocado por todos os coordenadores que os programas de pactuação já vêm fechados e que, em geral, os técnicos de nível médio só participam das discussões acerca de sua adequação ao trabalho no município, as respostas a esta questão variaram bastante em relação a como isto se efetiva no nível local.

Em alguns municípios os técnicos não planejam, apenas coletam as informações necessárias para o planejamento e executam as tarefas que lhes forem determinadas. Em outros municípios, eles não discutem metas e indicadores, mas participam dando opiniões no planejamento das ações. Em outros municípios, ainda, os técnicos discutem em conjunto com toda a equipe do município a pertinência dos indicadores que vêm do MS/Estado para fazerem suas adequações e decidirem as ações a serem desenvolvidas.

Foi colocado, também, que os trabalhadores de nível médio cumprem as normatizações da PPI/VS e pouco do pacto da AB (agora em conjunto).

Deve-se ressaltar, ainda, que alguns dos coordenadores salientaram a importância da participação dos técnicos de nível médio em todo processo de planejamento, por entenderem serem eles os conhecedores da realidade local e da comunidade.

QUESTÃO GERAL

12. Considerando o conjunto das atividades listadas como atribuições dos trabalhadores de nível médio da vigilância, como você acha que deveria ser a formação de um técnico para atuar na área da vigilância?

Inicialmente os coordenadores colocaram sobre a importância de formar um profissional com um perfil voltado para as vigilâncias e sugeriram que se montasse um curso técnico de vigilância em saúde.

Quanto aos conteúdos, foi indicado que deveriam contemplar noções sanitárias sobre meio ambiente, epidemiologia, saúde do trabalhador, zoonoses, endemias e vigilância em saúde. Além disso, foi colocada a proposta de se fazer uma formação básica geral para todos os profissionais de nível médio e depois uma especialização em áreas específicas.

Foi apontada, também, a necessidade de proporcionar aos técnicos um melhor entendimento das noções de integralidade e intersetorialidade e da proposta de trabalho interdisciplinar e em equipe.

A articulação entre teoria e prática aparece como ponto importante, sendo que a coordenadora de Sapucaia do Sul traz como sugestão a idéia de que o curso seja em serviço, com módulos presenciais articulados com trabalhos de campo e acompanhamento de preceptoria.

Os participantes assinalaram, ainda, que os cursos deveriam ser oferecidos regionalizados, mais próximos dos profissionais, e com pelo menos um ano de duração.

A preocupação com a inclusão dos trabalhadores já inseridos nos serviços nos cursos fez com que se levantasse a necessidade de pensar no formato e na periodicidade do curso. Além disso, foi colocado que os cursos devem incluir também o pessoal que tem o ensino fundamental (introduzindo uma complementação da escolaridade básica), e aqueles que têm um perfil de formação diferenciado, não se restringindo apenas ao pessoal da enfermagem (auxiliar ou técnico). Como contraponto, foi aludido haver necessidade de restrição do curso a profissionais com alguma formação em enfermagem (auxiliares e técnicos)

Ao final, lembrou-se que, para montar o curso, é preciso se verificar as habilitações legais junto aos conselhos de classe profissional para saber quais ações são permitidas aos técnicos formados desenvolverem.

ANEXO A – LEI ORGÂNICA DA SAÚDE

LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei:

DISPOSIÇÃO PRELIMINAR

Art. 1º Esta lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado.

TÍTULO I DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

Art. 3º A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

TÍTULO II DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

DISPOSIÇÃO PRELIMINAR

Art. 4º O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS).

§ 1º Estão incluídas no disposto neste artigo as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde.

§ 2º A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar.

CAPÍTULO I Dos Objetivos e Atribuições

Art. 5º São objetivos do Sistema Único de Saúde SUS:

I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;

II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei;

III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

Art. 6º Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS):

I - a execução de ações:

a) de vigilância sanitária;

b) de vigilância epidemiológica;

c) de saúde do trabalhador; e

d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica;

II - a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;

III - a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - a vigilância nutricional e a orientação alimentar;

V - a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho;

VI - a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção;

VII - o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde;

VIII - a fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano;

IX - a participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

X - o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico;

XI - a formulação e execução da política de sangue e seus derivados.

§ 1º Entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo:

I - 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

II - o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

§ 2º Entende-se por vigilância epidemiológica 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 ou agravos.

§ 3º Entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo:

I - assistência ao trabalhador vítima de acidentes de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;

II - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho;

III - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), da normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentam riscos à saúde do trabalhador;

IV - avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde;

V - informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidentes de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional;

VI - participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas;

VII - revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração das entidades sindicais; e

VIII - a garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores.

CAPÍTULO II Dos Princípios e Diretrizes

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no [art. 198 da Constituição Federal](#), obedecendo ainda aos seguintes princípios:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

VIII - participação da comunidade;

IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;

b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e

XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

CAPÍTULO III

Da Organização, da Direção e da Gestão

Art. 8º As ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente.

Art. 9º A direção do Sistema Único de Saúde (SUS) é única, de acordo com o [inciso I do art. 198 da Constituição Federal](#), sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos:

I - no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;

II - no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e

III - no âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente.

Art. 10. Os municípios poderão constituir consórcios para desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam.

§ 1º Aplica-se aos consórcios administrativos intermunicipais o princípio da direção única, e os respectivos atos constitutivos disporão sobre sua observância.

§ 2º No nível municipal, o Sistema Único de Saúde (SUS), poderá organizar-se em distritos de forma a integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde.

Art. 11. [\(Vetado\)](#).

Art. 12. Serão criadas comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos Ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil.

Parágrafo único. As comissões intersetoriais terão a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 13. A articulação das políticas e programas, a cargo das comissões intersetoriais, abrangerá, em especial, as seguintes atividades:

- I - alimentação e nutrição;
- II - saneamento e meio ambiente;
- III - vigilância sanitária e farmacoepidemiologia;
- IV - recursos humanos;
- V - ciência e tecnologia; e
- VI - saúde do trabalhador.

Art. 14. Deverão ser criadas Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior.

Parágrafo único. Cada uma dessas comissões terá por finalidade propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde (SUS), na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições.

CAPÍTULO IV Da Competência e das Atribuições

Seção I Das Atribuições Comuns

Art. 15. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições:

- I - definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde;
- II - administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde;
- III - acompanhamento, avaliação e divulgação do nível de saúde da população e das condições ambientais;
- IV - organização e coordenação do sistema de informação de saúde;
- V - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizam a assistência à saúde;
- VI - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade para promoção da saúde do trabalhador;
- VII - participação de formulação da política e da execução das ações de saneamento básico e colaboração na proteção e recuperação do meio ambiente;
- VIII - elaboração e atualização periódica do plano de saúde;

IX - participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde;

X - elaboração da proposta orçamentária do Sistema Único de Saúde (SUS), de conformidade com o plano de saúde;

XI - elaboração de normas para regular as atividades de serviços privados de saúde, tendo em vista a sua relevância pública;

XII - realização de operações externas de natureza financeira de interesse da saúde, autorizadas pelo Senado Federal;

XIII - para atendimento de necessidades coletivas, urgentes e transitórias, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidade pública ou de irrupção de epidemias, a autoridade competente da esfera administrativa correspondente poderá requisitar bens e serviços, tanto de pessoas naturais como de jurídicas, sendo-lhes assegurada justa indenização;

XIV - implementar o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;

XV - propor a celebração de convênios, acordos e protocolos internacionais relativos à saúde, saneamento e meio ambiente;

XVI - elaborar normas técnico-científicas de promoção, proteção e recuperação da saúde;

XVII - promover articulação com os órgãos de fiscalização do exercício profissional e outras entidades representativas da sociedade civil para a definição e controle dos padrões éticos para pesquisa, ações e serviços de saúde;

XVIII - promover a articulação da política e dos planos de saúde;

XIX - realizar pesquisas e estudos na área de saúde;

XX - definir as instâncias e mecanismos de controle e fiscalização inerentes ao poder de polícia sanitária;

XXI - fomentar, coordenar e executar programas e projetos estratégicos e de atendimento emergencial.

Seção II Da Competência

Art. 16. A direção nacional do Sistema Único da Saúde (SUS) compete:

I - formular, avaliar e apoiar políticas de alimentação e nutrição;

II - participar na formulação e na implementação das políticas:

a) de controle das agressões ao meio ambiente;

b) de saneamento básico; e

c) relativas às condições e aos ambientes de trabalho;

III - definir e coordenar os sistemas:

a) de redes integradas de assistência de alta complexidade;

b) de rede de laboratórios de saúde pública;

c) de vigilância epidemiológica; e

d) vigilância sanitária;

IV - participar da definição de normas e mecanismos de controle, com órgão afins, de agravo sobre o meio ambiente ou dele decorrentes, que tenham repercussão na saúde humana;

V - participar da definição de normas, critérios e padrões para o controle das condições e dos ambientes de trabalho e coordenar a política de saúde do trabalhador;

VI - coordenar e participar na execução das ações de vigilância epidemiológica;

VII - estabelecer normas e executar a vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras, podendo a execução ser complementada pelos Estados, Distrito Federal e Municípios;

VIII - estabelecer critérios, parâmetros e métodos para o controle da qualidade sanitária de produtos, substâncias e serviços de consumo e uso humano;

IX - promover articulação com os órgãos educacionais e de fiscalização do exercício profissional, bem como com entidades representativas de formação de recursos humanos na área de saúde;

X - formular, avaliar, elaborar normas e participar na execução da política nacional e produção de insumos e equipamentos para a saúde, em articulação com os demais órgãos governamentais;

XI - identificar os serviços estaduais e municipais de referência nacional para o estabelecimento de padrões técnicos de assistência à saúde;

XII - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde;

XIII - prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o aperfeiçoamento da sua atuação institucional;

XIV - elaborar normas para regular as relações entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e os serviços privados contratados de assistência à saúde;

XV - promover a descentralização para as Unidades Federadas e para os Municípios, dos serviços e ações de saúde, respectivamente, de abrangência estadual e municipal;

XVI - normatizar e coordenar nacionalmente o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;

XVII - acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências estaduais e municipais;

XVIII - elaborar o Planejamento Estratégico Nacional no âmbito do SUS, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal;

XIX - estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS em todo o Território Nacional em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal. ([Vide Decreto nº 1.651, de 1995](#))

Parágrafo único. A União poderá executar ações de vigilância epidemiológica e sanitária em circunstâncias especiais, como na ocorrência de agravos inusitados à saúde, que possam escapar do

controle da direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) ou que representem risco de disseminação nacional.

Art. 17. À direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) compete:

- I - promover a descentralização para os Municípios dos serviços e das ações de saúde;
- II - acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde (SUS);
- III - prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde;
- IV - coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços:
 - a) de vigilância epidemiológica;
 - b) de vigilância sanitária;
 - c) de alimentação e nutrição; e
 - d) de saúde do trabalhador;
- V - participar, junto com os órgãos afins, do controle dos agravos do meio ambiente que tenham repercussão na saúde humana;
- VI - participar da formulação da política e da execução de ações de saneamento básico;
- VII - participar das ações de controle e avaliação das condições e dos ambientes de trabalho;
- VIII - em caráter suplementar, formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde;
- IX - identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional;
- X - coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros, e gerir as unidades que permaneçam em sua organização administrativa;
- XI - estabelecer normas, em caráter suplementar, para o controle e avaliação das ações e serviços de saúde;
- XII - formular normas e estabelecer padrões, em caráter suplementar, de procedimentos de controle de qualidade para produtos e substâncias de consumo humano;
- XIII - colaborar com a União na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;
- XIV - o acompanhamento, a avaliação e divulgação dos indicadores de morbidade e mortalidade no âmbito da unidade federada.

Art. 18. À direção municipal do Sistema de Saúde (SUS) compete:

- I - planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde;

II - participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde (SUS), em articulação com sua direção estadual;

III - participar da execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho;

IV - executar serviços:

a) de vigilância epidemiológica;

b) vigilância sanitária;

c) de alimentação e nutrição;

d) de saneamento básico; e

e) de saúde do trabalhador;

V - dar execução, no âmbito municipal, à política de insumos e equipamentos para a saúde;

VI - colaborar na fiscalização das agressões ao meio ambiente que tenham repercussão sobre a saúde humana e atuar, junto aos órgãos municipais, estaduais e federais competentes, para controlá-las;

VII - formar consórcios administrativos intermunicipais;

VIII - gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros;

IX - colaborar com a União e os Estados na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;

X - observado o disposto no art. 26 desta Lei, celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução;

XI - controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde;

XII - normatizar complementarmente as ações e serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação.

Art. 19. Ao Distrito Federal competem as atribuições reservadas aos Estados e aos Municípios.

CAPÍTULO V Do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena ([Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999](#))

Art. 19-A. As ações e serviços de saúde voltados para o atendimento das populações indígenas, em todo o território nacional, coletiva ou individualmente, obedecerão ao disposto nesta Lei. ([Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999](#))

Art. 19-B. É instituído um Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, componente do Sistema Único de Saúde – SUS, criado e definido por esta Lei, e pela [Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990](#), com o qual funcionará em perfeita integração. ([Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999](#))

Art. 19-C. Caberá à União, com seus recursos próprios, financiar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. ([Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999](#))

Art. 19-D. O SUS promoverá a articulação do Subsistema instituído por esta Lei com os órgãos responsáveis pela Política Indígena do País. [\(Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999\)](#)

Art. 19-E. Os Estados, Municípios, outras instituições governamentais e não-governamentais poderão atuar complementarmente no custeio e execução das ações. [\(Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999\)](#)

Art. 19-F. Dever-se-á obrigatoriamente levar em consideração a realidade local e as especificidades da cultura dos povos indígenas e o modelo a ser adotado para a atenção à saúde indígena, que se deve pautar por uma abordagem diferenciada e global, contemplando os aspectos de assistência à saúde, saneamento básico, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras, educação sanitária e integração institucional. [\(Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999\)](#)

Art. 19-G. O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena deverá ser, como o SUS, descentralizado, hierarquizado e regionalizado. [\(Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999\)](#)

§ 1º O Subsistema de que trata o *caput* deste artigo terá como base os Distritos Sanitários Especiais Indígenas. [\(Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999\)](#)

§ 2º O SUS servirá de retaguarda e referência ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, devendo, para isso, ocorrer adaptações na estrutura e organização do SUS nas regiões onde residem as populações indígenas, para propiciar essa integração e o atendimento necessário em todos os níveis, sem discriminações. [\(Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999\)](#)

§ 3º As populações indígenas devem ter acesso garantido ao SUS, em âmbito local, regional e de centros especializados, de acordo com suas necessidades, compreendendo a atenção primária, secundária e terciária à saúde. [\(Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999\)](#)

Art. 19-H. As populações indígenas terão direito a participar dos organismos colegiados de formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, tais como o Conselho Nacional de Saúde e os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, quando for o caso. [\(Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999\)](#)

CAPÍTULO VI DO SUBSISTEMA DE ATENDIMENTO E INTERNAÇÃO DOMICILIAR [\(Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002\)](#)

Art. 19-I. São estabelecidos, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o atendimento domiciliar e a internação domiciliar. [\(Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002\)](#)

§ 1º Na modalidade de assistência de atendimento e internação domiciliares incluem-se, principalmente, os procedimentos médicos, de enfermagem, fisioterapêuticos, psicológicos e de assistência social, entre outros necessários ao cuidado integral dos pacientes em seu domicílio. [\(Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002\)](#)

§ 2º O atendimento e a internação domiciliares serão realizados por equipes multidisciplinares que atuarão nos níveis da medicina preventiva, terapêutica e reabilitadora. [\(Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002\)](#)

§ 3º O atendimento e a internação domiciliares só poderão ser realizados por indicação médica, com expressa concordância do paciente e de sua família. [\(Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002\)](#)

CAPÍTULO VII DO SUBSISTEMA DE ACOMPANHAMENTO DURANTE O TRABALHO DE PARTO, PARTO E PÓS-PARTO IMEDIATO [\(Incluído pela Lei nº 11.108, de 2005\)](#)

Art. 19-J. Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. [\(Incluído pela Lei nº 11.108, de 2005\)](#)

§ 1º O acompanhante de que trata o caput deste artigo será indicado pela parturiente. [\(Incluído pela Lei nº 11.108, de 2005\)](#)

§ 2º As ações destinadas a viabilizar o pleno exercício dos direitos de que trata este artigo constarão do regulamento da lei, a ser elaborado pelo órgão competente do Poder Executivo. [\(Incluído pela Lei nº 11.108, de 2005\)](#)

Art. 19-L. [\(VETADO\)](#) [\(Incluído pela Lei nº 11.108, de 2005\)](#)

TÍTULO III DOS SERVIÇOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

CAPÍTULO I Do Funcionamento

Art. 20. Os serviços privados de assistência à saúde caracterizam-se pela atuação, por iniciativa própria, de profissionais liberais, legalmente habilitados, e de pessoas jurídicas de direito privado na promoção, proteção e recuperação da saúde.

Art. 21. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

Art. 22. Na prestação de serviços privados de assistência à saúde, serão observados os princípios éticos e as normas expedidas pelo órgão de direção do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto às condições para seu funcionamento.

Art. 23. É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou de capitais estrangeiros na assistência à saúde, salvo através de doações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas, de entidades de cooperação técnica e de financiamento e empréstimos.

§ 1º Em qualquer caso é obrigatória a autorização do órgão de direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), submetendo-se a seu controle as atividades que forem desenvolvidas e os instrumentos que forem firmados.

§ 2º Excetuam-se do disposto neste artigo os serviços de saúde mantidos, em finalidade lucrativa, por empresas, para atendimento de seus empregados e dependentes, sem qualquer ônus para a seguridade social.

CAPÍTULO II Da Participação Complementar

Art. 24. Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada.

Parágrafo único. A participação complementar dos serviços privados será formalizada mediante contrato ou convênio, observadas, a respeito, as normas de direito público.

Art. 25. Na hipótese do artigo anterior, as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos terão preferência para participar do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 26. Os critérios e valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial serão estabelecidos pela direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), aprovados no Conselho Nacional de Saúde.

§ 1º Na fixação dos critérios, valores, formas de reajuste e de pagamento da remuneração aludida neste artigo, a direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS) deverá fundamentar seu ato em demonstrativo econômico-financeiro que garanta a efetiva qualidade de execução dos serviços contratados.

§ 2º Os serviços contratados submeter-se-ão às normas técnicas e administrativas e aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), mantido o equilíbrio econômico e financeiro do contrato.

§ 3º [\(Vetado\)](#).

§ 4º Aos proprietários, administradores e dirigentes de entidades ou serviços contratados é vedado exercer cargo de chefia ou função de confiança no Sistema Único de Saúde (SUS).

TÍTULO IV DOS RECURSOS HUMANOS

Art. 27. A política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento dos seguintes objetivos:

I - organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal;

II - [\(Vetado\)](#)

III - [\(Vetado\)](#)

IV - valorização da dedicação exclusiva aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS).

Parágrafo único. Os serviços públicos que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) constituem campo de prática para ensino e pesquisa, mediante normas específicas, elaboradas conjuntamente com o sistema educacional.

Art. 28. Os cargos e funções de chefia, direção e assessoramento, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), só poderão ser exercidas em regime de tempo integral.

§ 1º Os servidores que legalmente acumulam dois cargos ou empregos poderão exercer suas atividades em mais de um estabelecimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

§ 2º O disposto no parágrafo anterior aplica-se também aos servidores em regime de tempo integral, com exceção dos ocupantes de cargos ou função de chefia, direção ou assessoramento.

Art. 29. [\(Vetado\)](#).

Art. 30. As especializações na forma de treinamento em serviço sob supervisão serão regulamentadas por Comissão Nacional, instituída de acordo com o art. 12 desta Lei, garantida a participação das entidades profissionais correspondentes.

TÍTULO V DO FINANCIAMENTO

CAPÍTULO I Dos Recursos

Art. 31. O orçamento da seguridade social destinará ao Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com a receita estimada, os recursos necessários à realização de suas finalidades, previstos em proposta elaborada pela sua direção nacional, com a participação dos órgãos da Previdência Social e da Assistência Social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias.

Art. 32. São considerados de outras fontes os recursos provenientes de:

I - [\(Vetado\)](#)

II - Serviços que possam ser prestados sem prejuízo da assistência à saúde;

III - ajuda, contribuições, doações e donativos;

IV - alienações patrimoniais e rendimentos de capital;

V - taxas, multas, emolumentos e preços públicos arrecadados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); e

VI - rendas eventuais, inclusive comerciais e industriais.

§ 1º Ao Sistema Único de Saúde (SUS) caberá metade da receita de que trata o inciso I deste artigo, apurada mensalmente, a qual será destinada à recuperação de viciados.

§ 2º As receitas geradas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) serão creditadas diretamente em contas especiais, movimentadas pela sua direção, na esfera de poder onde forem arrecadadas.

§ 3º As ações de saneamento que venham a ser executadas supletivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), serão financiadas por recursos tarifários específicos e outros da União, Estados, Distrito Federal, Municípios e, em particular, do Sistema Financeiro da Habitação (SFH).

§ 4º [\(Vetado\)](#).

§ 5º As atividades de pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico em saúde serão co-financiadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), pelas universidades e pelo orçamento fiscal, além de recursos de instituições de fomento e financiamento ou de origem externa e receita própria das instituições executoras.

§ 6º [\(Vetado\)](#).

CAPÍTULO II Da Gestão Financeira

Art. 33. Os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) serão depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde.

§ 1º Na esfera federal, os recursos financeiros, originários do Orçamento da Seguridade Social, de outros Orçamentos da União, além de outras fontes, serão administrados pelo Ministério da Saúde, através do Fundo Nacional de Saúde.

§ 2º [\(Vetado\)](#).

§ 3º [\(Vetado\)](#).

§ 4º O Ministério da Saúde acompanhará, através de seu sistema de auditoria, a conformidade à programação aprovada da aplicação dos recursos repassados a Estados e Municípios. Constatada a malversação, desvio ou não aplicação dos recursos, caberá ao Ministério da Saúde aplicar as medidas previstas em lei.

Art. 34. As autoridades responsáveis pela distribuição da receita efetivamente arrecadada transferirão automaticamente ao Fundo Nacional de Saúde (FNS), observado o critério do parágrafo único deste artigo, os recursos financeiros correspondentes às dotações consignadas no Orçamento da Seguridade Social, a projetos e atividades a serem executados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Parágrafo único. Na distribuição dos recursos financeiros da Seguridade Social será observada a mesma proporção da despesa prevista de cada área, no Orçamento da Seguridade Social.

Art. 35. Para o estabelecimento de valores a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, será utilizada a combinação dos seguintes critérios, segundo análise técnica de programas e projetos:

- I - perfil demográfico da região;
- II - perfil epidemiológico da população a ser coberta;
- III - características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área;
- IV - desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior;
- V - níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais;
- VI - previsão do plano quinquenal de investimentos da rede;
- VII - ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.

§ 1º Metade dos recursos destinados a Estados e Municípios será distribuída segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, independentemente de qualquer procedimento prévio.

§ 2º Nos casos de Estados e Municípios sujeitos a notório processo de migração, os critérios demográficos mencionados nesta lei serão ponderados por outros indicadores de crescimento populacional, em especial o número de eleitores registrados.

§ 3º [\(Vetado\)](#).

§ 4º [\(Vetado\)](#).

§ 5º [\(Vetado\)](#).

§ 6º O disposto no parágrafo anterior não prejudica a atuação dos órgãos de controle interno e externo e nem a aplicação de penalidades previstas em lei, em caso de irregularidades verificadas na gestão dos recursos transferidos.

CAPÍTULO III Do Planejamento e do Orçamento

Art. 36. O processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde (SUS) será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União.

§ 1º Os planos de saúde serão a base das atividades e programações de cada nível de direção do Sistema Único de Saúde (SUS), e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária.

§ 2º É vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos planos de saúde, exceto em situações emergenciais ou de calamidade pública, na área de saúde.

Art. 37. O Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços em cada jurisdição administrativa.

Art. 38. Não será permitida a destinação de subvenções e auxílios a instituições prestadoras de serviços de saúde com finalidade lucrativa.

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 39. [\(Vetado\)](#).

§ 1º [\(Vetado\)](#).

§ 2º [\(Vetado\)](#).

§ 3º [\(Vetado\)](#).

§ 4º [\(Vetado\)](#).

§ 5º A cessão de uso dos imóveis de propriedade do Inamps para órgãos integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS) será feita de modo a preservá-los como patrimônio da Seguridade Social.

§ 6º Os imóveis de que trata o parágrafo anterior serão inventariados com todos os seus acessórios, equipamentos e outros

§ 7º [\(Vetado\)](#).

§ 8º O acesso aos serviços de informática e bases de dados, mantidos pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério do Trabalho e da Previdência Social, será assegurado às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde ou órgãos congêneres, como suporte ao processo de gestão, de forma a permitir a gerência informatizada das contas e a disseminação de estatísticas sanitárias e epidemiológicas médico-hospitalares.

Art. 40. [\(Vetado\)](#)

Art. 41. As ações desenvolvidas pela Fundação das Pioneiras Sociais e pelo Instituto Nacional do Câncer, supervisionadas pela direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), permanecerão como referencial de prestação de serviços, formação de recursos humanos e para transferência de tecnologia.

Art. 42. [\(Vetado\)](#).

Art. 43. A gratuidade das ações e serviços de saúde fica preservada nos serviços públicos contratados, ressalvando-se as cláusulas dos contratos ou convênios estabelecidos com as entidades privadas.

Art. 44. [\(Vetado\)](#).

Art. 45. Os serviços de saúde dos hospitais universitários e de ensino integram-se ao Sistema Único de Saúde (SUS), mediante convênio, preservada a sua autonomia administrativa, em relação ao patrimônio, aos recursos humanos e financeiros, ensino, pesquisa e extensão nos limites conferidos pelas instituições a que estejam vinculados.

§ 1º Os serviços de saúde de sistemas estaduais e municipais de previdência social deverão integrar-se à direção correspondente do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme seu âmbito de atuação, bem como quaisquer outros órgãos e serviços de saúde.

§ 2º Em tempo de paz e havendo interesse recíproco, os serviços de saúde das Forças Armadas poderão integrar-se ao Sistema Único de Saúde (SUS), conforme se dispuser em convênio que, para esse fim, for firmado.

Art. 46. o Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecerá mecanismos de incentivos à participação do setor privado no investimento em ciência e tecnologia e estimulará a transferência de tecnologia das universidades e institutos de pesquisa aos serviços de saúde nos Estados, Distrito Federal e Municípios, e às empresas nacionais.

Art. 47. O Ministério da Saúde, em articulação com os níveis estaduais e municipais do Sistema Único de Saúde (SUS), organizará, no prazo de dois anos, um sistema nacional de informações em saúde, integrado em todo o território nacional, abrangendo questões epidemiológicas e de prestação de serviços.

Art. 48. [\(Vetado\)](#).

Art. 49. [\(Vetado\)](#).

Art. 50. Os convênios entre a União, os Estados e os Municípios, celebrados para implantação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde, ficarão rescindidos à proporção que seu objeto for sendo absorvido pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 51. [\(Vetado\)](#).

Art. 52. Sem prejuízo de outras sanções cabíveis, constitui crime de emprego irregular de verbas ou rendas públicas (Código Penal, art. 315) a utilização de recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) em finalidades diversas das previstas nesta lei.

Art. 53. [\(Vetado\)](#).

Art. 54. Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 55. São revogadas a [Lei nº. 2.312, de 3 de setembro de 1954](#), a [Lei nº. 6.229, de 17 de julho de 1975](#), e demais disposições em contrário.

Brasília, 19 de setembro de 1990; 169º da Independência e 102º da República.

FERNANDO COLLOR
Alceni Guerra

ANEXO B: PORTARIA FEDERAL - MS Nº 3.120 DE 1º DE JULHO DE 1998

PORTARIA FEDERAL - MS Nº 3.120 DE 1º DE JULHO DE 1998 (*)

O **Ministro de Estado da Saúde**, no uso da atribuição que lhe confere o art. 87, inciso II, da Constituição Federal, tendo em vista o disposto em seu art. 200, inciso II, combinando com os preceitos da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e

considerando que as determinações contidas na NOB-SUS 01/96 incluem a Saúde do Trabalhador como campo de atuação da atenção à saúde;

considerando as determinações contidas na Resolução nº 220, de março de 1997, do Conselho Nacional de Saúde, e na Instrução Normativa nº 01/97, de 15 de maio de 1997 do Ministério da Saúde, resolve;

Art. 1º Aprovar a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS, na forma do Anexo a esta Portaria, com a finalidade de definir procedimentos básicos para o desenvolvimento das ações correspondentes;

Art. 2º Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ SERRA

ANEXO

1 - Apresentação

O avanço gradual, quantitativo e qualitativo da institucionalização das práticas de Saúde do Trabalhador, no setor saúde em todo o Brasil, reflete a consolidação da área como objetivo indiscutível da saúde pública. E, por assim dizer, objeto, também, das políticas públicas direcionadas, em todos os níveis do Sistema Único de Saúde (SUS), para a prevenção dos agravos à saúde da população trabalhadora.

O conjunto de elementos deflagradores do avanço institucional, em relação à questão da Saúde do Trabalhador no SUS, compõe-se do aspecto legislativo, calcado na Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e em diversas Constituições Estaduais e Municipais na luta pela saúde desenvolvida pelos trabalhadores e suas organizações sindicais, passando pelo crescente comprometimento dos técnicos, ao nível dos serviços e universidades.

A presente Instrução Normativa pretende, de uma forma sucinta, fornecer subsídios básicos para o desenvolvimento de ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Parte do pressuposto que o sistema de saúde, embora deva ser preservado nas suas peculiaridades regionais que impliquem um respeito às diversas culturas e características populacionais, por ser único, também deve manter linhas mestras de atuação, especialmente pela necessidade de se compatibilizarem instrumentos, bancos de informações e intercâmbio de experiências.

As recomendações aqui apresentadas são fruto de alguns anos de discussão acumulada e extraída de diversas experiências de vigilância em saúde do trabalhador, em vários estados e municípios todo o País.

Trata-se de uma primeira aproximação normativa não só com os Programas Estaduais e Municipais de Saúde do Trabalhador, já instalados e em fase de instalação, mas, também com as estruturas de atenção à Saúde das Secretarias Estaduais e Municipais, especialmente nas áreas de Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária e Fiscalização Sanitária.

A possibilidade de traduzir a capilaridade institucional do setor saúde em instâncias efectoras de mudança dos perfis de morbidade, resultantes da relação trabalho-ambiente-consumo e saúde, pressupõe um comprometimento das estruturas de atenção à saúde, em especial as de vigilância e fiscalização em saúde.

O objetivo da Instrução Normativa é, em suma, o de poder instrumentalizar minimamente os setores responsáveis pela vigilância e defesa da saúde, nas Secretarias de Estados e Municípios, de forma a incorporarem em suas práticas mecanismos de análise e intervenção sobre os processos e os ambientes de trabalho.

A abordagem de vigilância em saúde do trabalhador, considerada na Instrução Normativa, implica a superação dos limites conceituais e institucionais, tradicionalmente estruturados nos serviços de saúde, das ações de vigilância epidemiológica e sanitária.

Além disso, nas ações de vigilância e fiscalização sanitária, propriamente ditas, implica se transpor o objeto usual - o produto/consumidor - de forma a considerar, igualmente, como objetivo, o processo/trabalhador/ambiente.

Dessa forma, a vigilância em saúde do trabalhador calca-se no modelo epidemiológico de pesquisa dos agravos, nos diversos níveis da relação entre trabalho e a saúde, agregando ao universo da avaliação e análise a capacidade imediata da intervenção sobre fatores determinantes dos danos à saúde.

Devido à sua concepção mais abrangente de saúde, relacionada ao processo de produção, capaz de lidar com a diversidade, a complexidade e o surgimento de novas formas de adoecer, a vigilância em saúde do trabalhador ultrapassa o aspecto normativo tratado pela fiscalização tradicional.

Em razão dessas implicações, a vigilância em saúde do trabalhador pressupõe uma rede de articulações que passa pelos trabalhadores e suas organizações, pela área de pesquisa e formação de recursos humanos e pelas áreas de assistência e reabilitação.

Finalmente, levando-se em consideração o fato de ser uma área ainda em construção dentro do SUS, pretende-se que esta Instrução Normativa possa ser aprimorada, com a maior brevidade, uma vez utilizada pela rede de serviços, assim como se constitui na primeira de uma série de publicações normativas e orientadoras, relacionadas a temas específicos em saúde do trabalhador.

2 - Conceituação básica

A Vigilância em Saúde do Trabalhador compreende uma atuação contínua e sistemática, ao longo do tempo, no sentido de detectar, conhecer, pesquisar e analisar os fatores determinantes e condicionantes dos agravos à saúde relacionados aos processos e ambientes de trabalho, em seus aspectos tecnológico, social, organizacional e epidemiológico, com a finalidade de planejar, executar e avaliar intervenções sobre esses aspectos, de forma a eliminá-los ou controlá-los.

A Vigilância em Saúde do Trabalhador compõe um conjunto de práticas sanitárias, articuladas supra-setorialmente, cuja especificidade está centrada na relação da saúde com o ambiente e os processos de trabalho e nesta com a assistência, calcado nos princípios da vigilância em saúde, para a melhoria das condições de vida e saúde da população.

A Vigilância em Saúde do Trabalhador não constitui uma área desvinculada e independente da vigilância em saúde como um todo mas, ao contrário, pretende acrescentar ao conjunto de ações da vigilância em saúde estratégias de produção de conhecimentos e mecanismos de intervenção sobre os processos de produção, aproximando os diversos objetos comuns das práticas sanitárias àqueles oriundos da relação entre o trabalho e a saúde.

3 - Princípios

A Vigilância em Saúde do Trabalhador pauta-se nos princípios do Sistema Único, de Saúde, em consonância com os Sistemas Nacionais de Vigilância Sanitária e de Vigilância Epidemiológica, articulada com a área assistencial.

Além disso, tendo em vista a complexidade e a abrangência do objeto da vigilância, guarda peculiaridades que transpõem os limites setoriais da saúde, implicando a ampliação de sua abordagem.

Como princípios, esquematicamente, pode-se considerar.

3.1 - Universalidade: todos os trabalhadores, independente de sua localização, urbana ou rural, de sua forma de inserção no mercado de trabalho, formal ou informal, de seu vínculo empregatício, público ou privado, autônomo, doméstico, aposentado ou demitido são objeto e sujeitos da Vigilância em Saúde do Trabalhador.

3.2 - Integralidade das ações: o entendimento de atenção integral à saúde do trabalhador, compreendendo a assistência e recuperação dos agravos os aspectos preventivos implicando intervenção sobre seus fatores determinantes em nível dos processos de trabalho e a promoção da saúde que implicam ações articuladas com os próprios trabalhadores e suas representações. A ênfase deve ser dirigida ao fato de que as ações individuais/curativas articulam-se com as ações coletivas, no âmbito da vigilância, considerando que os agravos à saúde do trabalhador são absolutamente preveníveis.

3.3 - Pluriinstitucionalidade: articulação, com formação de redes e sistemas, entre as instâncias de vigilância em saúde do trabalhador e os centros de assistência e reabilitação, as universidades e centros de pesquisa e as instituições públicas com responsabilidade na área de saúde do trabalhador, consumo e ambiente.

3.4 - Controle social: incorporação dos trabalhadores e das suas organizações, principalmente as sindicais, em todas as etapas da vigilância em saúde do trabalhador, compreendendo sua participação na identificação das demandas, no planejamento, no estabelecimento de prioridades e adoção de estratégias, na execução das ações, no seu acompanhamento e avaliação e no controle da aplicação de recursos.

3.5 - Hierarquização e descentralização: consolidação do papel do município e dos distritos sanitários como instância efetiva de desenvolvimento das ações de vigilância em saúde do trabalhador, integrando os níveis estadual e nacional do Sistema Único de Saúde, no espectro da ação, em função de sua complexidade.

3.6 - Interdisciplinaridade: a abordagem multiprofissional sobre o objeto da vigilância em saúde do trabalhador deve compreender os saberes técnicos, com a concorrência de diferentes áreas do conhecimento e, fundamentalmente, o saber operário, necessários para o desenvolvimento da ação.

3.7 - Pesquisa-intervenção: o entendimento de que a intervenção, no âmbito da vigilância em saúde do trabalhador, é o deflagrador de um processo contínuo, ao longo do tempo, em que a pesquisa é sua parte indissolúvel, subsidiando e aprimorando a própria intervenção.

3.8 - O caráter transformador: a intervenção sobre os fatores determinantes e condicionantes dos problemas de saúde relacionados aos processos e ambientes de trabalho com o entendimento de que a vigilância em saúde do trabalhador, sob a lógica do controle social e da transparência das

ações, pode ter na intervenção um caráter proponente de mudanças dos processos de trabalho, a partir das análises tecnológica, ergonômica, organizacional e ambiental efetuadas pelo coletivo de instituições, sindicatos, trabalhadores e empresas, inclusive superando a própria legislação.

4- Objetivos

De forma esquemática pode-se dizer que a vigilância em saúde do trabalhador tem como objetivos:

a - conhecer a realidade de saúde da população trabalhadora, independentemente da forma de inserção no mercado de trabalho e do vínculo trabalhista, considerando:

a1- a caracterização de sua forma de adoecer e morrer em função da sua relação com o processo de trabalho;

a2 - o levantamento histórico dos perfis de mortalidade em função da sua relação com o processo de trabalho;

a3- a avaliação do processo, do ambiente e das condições em que o trabalho se realiza, identificando os riscos e cargas de trabalho a que está sujeita, nos seus aspectos tecnológicos, ergonômicos e organizacionais já conhecidos;

a4 - a pesquisa e a análise de novas e ainda desconhecidas formas de adoecer e morrer em decorrência do trabalho;

b - intervir nos fatores determinantes de agravos à saúde da população trabalhadora visando eliminá-los ou, na sua impossibilidade, atenuá-los e controlá-los, considerando:

b1- a fiscalização do processo, do ambiente e das condições em que o trabalho se realiza, fazendo cumprir, com rigor, as normas e legislações existentes, nacionais ou mesmo internacionais, quando relacionadas à promoção da saúde do trabalhador;

b2 - a negociação coletiva em saúde do trabalhador, além dos preceitos legais estabelecidos quando se impuser a transformação do processo, do ambiente e das condições em que o trabalho se realiza, não prevista normativamente;

c - avaliar o impacto das medidas adotadas para a eliminação, atenuação e controle dos fatores determinantes de agravos à saúde, considerando:

c1- a possibilidade de transformar os perfis de morbidade e mortalidade;

c2 - o aprimoramento contínuo da qualidade de vida no trabalho;

d - subsidiar a tomada de decisões dos órgãos competentes, nas três esferas do governo, considerando:

d1 - estabelecimento de políticas públicas, contemplando a relação entre o trabalho e a saúde no campo de abrangência da vigilância em saúde;

d2 - a interveniência, junto às instâncias do estado e da sociedade, para o aprimoramento das normas legais existentes e para a criação de novas normas legais em defesa da saúde dos trabalhadores;

d3 - o planejamento das ações e o estabelecimento de suas estratégias;

d4 - a participação na estruturação de serviços de atenção à saúde dos trabalhadores;

d5 - a participação na formação, capacitação e treinamento de recursos humanos com interesse na área;

e - estabelecer sistemas de informação em saúde do trabalhador, junto às estruturas existentes no setor de saúde, considerando:

e1 - a criação de base de dados comportando todas as informações oriundas do processo de vigilância e incorporando as informações tradicionais já existentes;

e2 - a divulgação sistemática das informações analisadas e consolidadas.

5 - Estratégias

A vigilância em saúde do trabalhador, como um conjunto de práticas sanitárias contínuas calcada, entre outros princípios, na interdisciplinaridade, na pluriinstitucionalidade, no controle social, balizada na configuração do Sistema Único de Saúde, e tendo como imagem-objetivo a melhoria da qualidade de vida no trabalho, pressupõe o estabelecimento de estratégias operacionais para alcançá-la.

Embora cada Estado, Região ou Município, guardadas suas características, deva buscar a melhor forma de estabelecer suas próprias estratégias de vigilância, alguns pressupostos podem ser considerados como aplicáveis ao conjunto do SUS. Dentre os passos que podem ser estabelecidos na estratégia de operacionalização das ações, buscando manter uma lógica sequencial de consolidação da vigilância, pode-se destacar:

5.1 - Onde já existam as estruturas, Estaduais e Municipais, de saúde do trabalhador - Programas, Coordenações, Divisões, Gerências, Centros, Núcleos - promover e/ou aprofundar a relação institucional com as estruturas de Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária e Fiscalização Sanitária, buscando a superação da dicotomia existente em suas práticas, em que o objeto de ação da vigilância, em geral, não contempla o processo de produção e sua relação com a saúde dos trabalhadores. Com este intuito, recomenda-se, a constituição de equipes multiprofissionais para execução de ações interdisciplinares e pluriinstitucionais.

5.2 - Recomenda-se a criação de comissão, na forma colegiada, com a participação de trabalhadores, suas organizações sindicais e instituições públicas com responsabilidades em saúde do trabalhador, vinculada organicamente ao SUS e subordinada aos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, com a finalidade de assessorá-lo na definição de políticas, no estabelecimento de diretrizes e prioridades, no acompanhamento e avaliação da execução das ações de saúde do trabalhador.

5.3 - dada a abrangência e as dificuldades operacionais de se implantarem, simultaneamente, ações de vigilância em todos os ambientes de trabalho, em um dado Município ou Região, faz-se necessário o planejamento dessas ações com estabelecimento de prioridades, visando a intervenções de impacto, com efeitos educativos e disciplinadores sobre o setor. Para tanto, recomenda-se a adoção de alguns critérios como:

-**Base Sindical:** Uma vez que determinado sindicato de trabalhadores, com alguma tradição de luta pela saúde identifique e encaminhe situações-problema, junto à estrutura de vigilância, desencadeia-se uma ação integrada que visa atuar não apenas na empresa denunciada, mas nas principais empresas abrangidas por aquela categoria de trabalhadores. O investimento da ação, nesta base de considerar a capacidade de reprodutibilidade, a partir do sindicato em questão e para o movimento sindical como um todo, numa dada região.

-**Ramo Produtivo:** Consiste na atuação em todas as empresas com o mesmo perfil produtivo, capaz de se constituir em fonte de risco para a saúde, preponderantes numa dada região, independente da capacidade de mobilização dos sindicatos envolvidos. A utilização deste critério pode se dar por avaliação epidemiológica dos casos notificados, denúncias sucessivas ou análise dos processos produtivos. O investimento da ação, neste caso, visa a mudança de processos de forma integrada, sem a punição de uma empresa em particular, mas intervindo em todas as empresas daquele setor e,

em especial, nas que apresentam grande concentração de trabalhadores, sempre buscando atuação conjunta com os sindicatos das categorias expostas.

-Território: Consiste na intervenção por varredura, em pequena área geográfica previamente delimitada (setor censitário, distrito de saúde, bairro, distrito industrial etc.), de todos os processos produtivos capazes de gerar danos à saúde. O investimento da ação, neste caso, visa abranger todos os trabalhadores, ao longo do tempo, a despeito de sua forma de inserção no mercado de trabalho e seu vínculo de emprego, a partir da elaboração de mapas dos processos produtivos, de modo a estabelecer um perfil de risco à saúde dos trabalhadores.

-Epidemiológico: (evento-sentinela): Consiste na intervenção nas empresas, a partir de agravos à saúde dos trabalhadores que podem representar um problema coletivo, ainda não detectado, e mesmo um problema epidemiológico relevante, mas submerso. A intervenção dirige-se à maior ou às maiores empresas considerando os aspectos potenciais de frequência e/ou gravidade dos eventos-sentinela.

É importante salientar que os critérios acima não obedecem à ordem de hierarquia e tampouco são excludentes, podendo ser utilizados de forma combinada.

5.4 - Como estratégia de consolidação das ações de vigilância em saúde do trabalhador é fundamental que os Estados e Municípios contemplem o tema na revisão de seus códigos de saúde.

6 - Metodologia

Considerando os objetivos da Vigilância em Saúde do Trabalhador - conhecer a realidade para transformá-la, buscando um aprimoramento da qualidade de vida no trabalho - é necessário que se adotem metodologias capazes de estabelecer um diagnóstico situacional, dentro do princípio da pesquisa-intervenção e capazes, ainda, de avaliar de modo permanente os seus resultados no sentido das mudanças pretendidas

Nesta linha podem-se observar alguns pressupostos de caráter metodológico, compreendendo

6.1 - Fase preparatória

Uma vez identificada a demanda, com base nas estratégias relacionadas, o planejamento da ação pressupõe uma fase preparatória, em que a equipe busca conhecer, com o maior aprofundamento possível o(s) processo(s), o ambiente e as condições de trabalho do local onde será realizada a ação.

A preparação deve ser efetuada por meio de análise conjunta com os trabalhadores da(s) empresa(s) - objeto da vigilância e dos representantes sindicais daquela(s) categoria(s), tendo por objetivo não só aprofundar o conhecimento sobre o objeto da vigilância, através de seu saber operário, mas, principalmente, traçar estratégias de desenvolvimento da ação.

Deve-se lançar mão, ainda nesta fase, de consulta bibliográfica especializada e das informações locais disponíveis acerca do caso em questão.

6.2 - A intervenção (inspeção/fiscalização sanitária)

A intervenção realizada em conjunto com os representantes dos trabalhadores, de outras instituições e sob a responsabilidade administrativa da equipe da Secretaria Estadual e/ou Municipal de Saúde, deverá considerar, na inspeção sanitária em saúde do trabalhador, a observância das normas e legislações que regulamentam a relação entre o trabalho e a saúde, de qualquer origem, especialmente na esfera da saúde, do trabalho, da previdência do meio ambiente e das internacionais ratificadas pelo Brasil.

Além disso, é preciso considerar os aspectos passíveis de causar dano à saúde, mesmo que não estejam previstos nas legislações, considerando-se não só a observação direta por parte da equipe

de situações de risco à saúde como, também, as questões subjetivas referidas pelos trabalhadores na relação de sua saúde com o trabalho realizado.

Os instrumentos administrativos de registro da ação, de exigências e outras medidas são os mesmos utilizados pelas áreas de Vigilância/Fiscalização Sanitária, tais como os Termos de Visita, Notificação, Intimação, Auto de Infração etc.

6.3 - Análise dos processos

Uma forma importante de considerar a capacidade potencial de adoecer, no ambiente ou em decorrência das condições em que o trabalho se realiza, é utilizar instrumentos que inventariem o processo produtivo e a sua forma de organização. Os instrumentos metodológicos, a ser estabelecidos no âmbito do SUS, devem ser entregues no ato da inspeção, para serem preenchidos pela empresa, e o Roteiro de Vigilância, construído e aplicado pela equipe, no momento da ação, é outra forma de conhecer os processos.

6.4 - Inquéritos

Como proposta metodológica de investigação, no mesmo tempo da intervenção, podem-se organizar inquéritos, por meio da equipe interdisciplinar e de representantes sindicais e ou dos trabalhadores, aplicando questionários ao conjunto dos trabalhadores, contemplando a sua percepção da relação entre trabalho e saúde, a morbidade referida (sinais e sintomas objetivos e subjetivos), a vivência com acidente e o quase acidente de trabalho (incidente crítico), consigo e com os companheiros, e suas sugestões para a transformação do processo, do ambiente e das condições em que o trabalho se realiza.

6.5 - Mapeamento de riscos

Podem-se utilizar algumas técnicas de mapeamento de riscos dos processos produtivos, de forma gradualmente mais complexa à medida que a intervenção se consolide e as mudanças vão ocorrendo, sempre com a participação dos trabalhadores na sua elaboração.

Uma das técnicas que deve ser utilizada, especialmente em casos de acidentes graves e fatais, é a metodologia de árvore de causa para investigação dos fatores determinantes do evento, que será objeto de publicação posterior.

Com a concorrência interdisciplinar, na equipe, de profissionais de áreas diversas e à medida que os trabalhadores se apropriem de novos conhecimentos acerca do tema, aprofunda-se a investigação, por intermédio da utilização de técnicas mais sofisticadas.

É importante mapear, além dos riscos tradicionalmente reconhecidos, as chamadas cargas de trabalho e as formas de desgaste do trabalhador.

6.6 - Estudos epidemiológicos

Os estudos epidemiológicos clássicos, tais como os seccionais, de coorte e caso-controle, podem ser aplicados sempre que se identificar sua necessidade, igualmente com a concorrência, na equipe interdisciplinar de técnicos das universidades e centros de pesquisa, como assessores da equipe.

6.7 - Acompanhamento do processo

A intervenção implica a confecção de um relatório detalhado, incorporando o conjunto de informações coletadas, elaborado pela equipe, com a participação dos trabalhadores, servindo como parâmetro de avaliações futuras.

Em razão do ritmo de implementação das medidas, avalia-se a necessidade do envolvimento de outras instâncias como, por exemplo, o Ministério Público, com o objetivo de garantir as mudanças requeridas.

Cabe ressaltar que o entendimento da intervenção deve ser o de um processo de acompanhamento e avaliação, ao longo do tempo, em que se deve buscar a negociação com as diversas instâncias, objetivando o aprimoramento da qualidade de vida no trabalho.

7- Informações básicas

As informações de interesse para as ações em saúde do trabalhador, atualmente disponíveis, limitam-se à avaliação do perfil de morbi-mortalidade da população em geral, sem lograr o conhecimento sistemático dos riscos e o dimensionamento da população trabalhadora a eles exposta, que permitam a análise e a intervenção sobre seus determinantes.

É pensando na necessidade de se avançar neste conhecimento para fins de intervenção e prevenção efetiva dos agravos relacionados ao trabalho, que foi definido o elenco de informações aqui apresentadas, sem perder a perspectiva de ser acrescidas outras de interesse local, regional ou mesmo nacional, à medida que o sistema de informações em saúde do trabalhador se estruture e se consolide.

7.1- Informações acerca da mortalidade

As informações de mortalidade serão coletadas principalmente a partir da Declaração de Óbito, por intermédio do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Cada Município deverá investir na melhoria da qualidade dos dados da Declaração de óbito e, sempre que possível, cruzar com outras informações disponíveis, principalmente a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), da Previdência Social.

7.2 - Informações acerca da mortalidade

As informações de morbidade podem ser obtidas de diversas fontes, tais como a Ficha Individual de Notificação de Agravos, referentes às doenças incluídas no Sistema de Notificação de Agravos Notificáveis (SINAN); e a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT), normalmente utilizada para os trabalhadores do mercado formal de trabalho, regido pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT); as fichas, prontuários e outros documentos oriundos dos atendimentos ambulatoriais (SIA/SUS) e internações (SIH/SUS) na rede de serviços de saúde.

Os Estados e os Municípios poderão definir eventos-sentinela a ser notificados, incluindo-os no SINAN. Essa definição deverá ter por referência a análise do parque produtivo local ou a suspeita da existência de um agravo não diagnosticado como relacionado ao trabalho. A análise dos eventos-sentinela constituir-se-á em atividade complementar ao sistema de informações, particularmente neste momento em que o diagnóstico de doenças é muito reduzido. Observar, por exemplo, excessos de mortes ou morbidade por alguns tipos de cânceres ou de achados laboratoriais (leucopenias, anemias) que possam estar ocorrendo em grupos específicos de trabalhadores.

7.3 - Informações relativas às atividades e aos processos produtivos

Essas informações deverão ser obtidas à medida que os Estados e os Municípios executem e implantem as ações de vigilância.

Consideram-se, neste caso, Cadastro de Estabelecimentos, Relatórios de Inspeção, Termos de Notificação e Fichas de Vigilância.

Outras informações, utilizando os bancos de dados da RAIS e do IBGE, também poderão ser incorporadas devendo ser desagregadas, por Município, para que possam ser adequadas aos níveis locais.

Outras fontes de informação que deverão ser utilizadas, à medida que o sistema se capacite para tal, são as dos serviços médicos e de segurança e higiene industrial de empresas, do Anexo I da CIPA (Norma Regulamentadora Nº 5, Portaria Nº 3.214/78, Mtb), dos sindicatos, das associações patronais, dos serviços/institutos de medicina legal, de associações e entidades civis (associação de moradores, grupos ecológicos, culturais), de outros órgãos da administração pública (DETRAN, secretarias de proteção ambiental, de indústria e comércio, do trabalho etc). Devem ser considerados ainda estudos epidemiológicos e resultados de pesquisas de interesse da área de saúde do trabalhador, como fonte de informações.

Um maior detalhamento acerca da criação de bancos de dados e adequação das informações em saúde do trabalhador aos Sistemas de Informação existentes, considerando, entre outros, a coleta, o fluxo, o processamento, a análise e a divulgação das informações, será efetuado em publicação posterior.

Os Estados e os Municípios poderão acrescentar outras informações e metodologias que julgarem pertinentes, inclusive sugerindo sua incorporação em âmbito nacional nas publicações subsequentes.

8 - Considerações finais

A construção do Sistema Único de Saúde pressupõe um esforço permanente na afirmação de seus princípios e na ampliação das redes solidárias institucionais com a sociedade organizada.

Dentro do SUS, a área de saúde do trabalhador emerge como um desafio a mais, no sentido de se proverem os meios necessários para atender com primazia o que, a partir de 1988, com a Constituição Federal, passou a ser atribuição precípua das Secretarias de Saúde de Estados e Municípios: a Vigilância em Saúde do Trabalhador.

É preciso considerar, contudo, as dificuldades inerentes ao sistema de saúde, cujas práticas tradicionais, de há muito enraizadas, não dispõem de mecanismos ágeis de adequação às novas necessidades, determinadas pela lei e, mesmo, ansiadas pela sociedade.

Com este intuito, a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador pretende ser um instrumento capaz de ser um móvel de sensibilização e de ampliação das redes solidárias de construção da área específica e do próprio Sistema Único de Saúde.

Nesta perspectiva, pretende-se, ainda, com esta Instrução Normativa, iniciar uma série de publicações temáticas afins, entre as quais se destacam as questões dos Agrotóxicos, dos Sistemas de Informações, da Investigação de Acidentes de Trabalho, das Intoxicações por Metais Pesados, dos Agravos de Caráter Ergonômico, das Pneumopatias de Origem Ocupacional.

(*) Republicada por ter saído com incorreção, do original, no D.O de 02.07.98, Seção 1, pag. 36.

