

Atuação da Equipe de Enfermagem na Vigilância Epidemiológica

Renata Ferreira Takahashi¹

Maria Amélia de Campos Oliveira¹

O conceito e a finalidade da Vigilância Epidemiológica

Segundo o Ministério da Saúde, a Vigilância Epidemiológica (VE) compreende o conjunto de atividades que proporcionam as informações indispensáveis para conhecer, detectar ou prever qualquer mudança nos determinantes e condicionantes do processo saúde-doença, com a finalidade de recomendar e executar as medidas de prevenção, controle e tratamento das doenças.

As transformações históricas do conceito da Vigilância Epidemiológica

Desde a década de 50, a prática da VE vem sendo continuamente reformulada. Inicialmente, a VE caracterizou-se pela observação sistemática e ativa da ocorrência de determinadas doenças transmissíveis *em indivíduos*, através de ações voltadas mais para a vigilância das pessoas do que dos fatores de risco ou para os condicionantes/determinantes dos agravos à saúde. As ações compreendiam a quarentena e o isolamento dos doentes e seus contatos.

Na metade da década de 60, o conceito de VE foi ampliado, passando a ter como foco de ação não só *o indivíduo*, mas também *a coletividade*. Gradativamente, foi incorporando ações de monitoramento, avaliação, pesquisa e intervenção, através do desenvolvimento das campanhas e dos programas de erradicação das doenças transmissíveis. Foi nessa época que o registro dos dados sobre a doença passou a fazer parte da VE, tornando possível conhecer a maneira como as doenças ocorriam. O seu conceito sofreu uma revisão ainda mais abrangente na década seguinte, com a criação do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, que, apesar de estar voltado principalmente para o controle de doenças transmissíveis de notificação compulsória, passou a incluir também outros tipos de agravos. Na proposta de tal Sistema, era nítida a divisão entre as ações coletivas e de caráter preventivo, atribuídas à saúde pública, e as ações individuais e curativas,

associadas ao complexo médico-hospitalar, como se as últimas estivessem situadas à margem desse Sistema. Foram definidas a finalidade, as funções e as atividades integrantes da VE, que passou a ser concebida como um “conjunto de atividades que permite reunir a informação indispensável para conhecer em todo momento o comportamento ou história natural da doença, detectar ou prever qualquer mudança que possa ocorrer por alterações dos fatores condicionantes com o fim de recomendar oportunamente, sobre bases firmes, as medidas indicadas, eficientes, que levem à prevenção e ao controle da doença”.

A Vigilância Epidemiológica no SUS

A reformulação do Sistema Único de Saúde, que ocorreu durante toda a década de 80, culminou com a aprovação da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080) em 1990, em que 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.”

A incorporação do conceito ampliado de saúde ao SUS demandou uma readequação do conceito de VE e foi a partir daí que as doenças transmissíveis deixaram de ser o único objeto da VE, tendo sido incorporados os seus determinantes e também as condições que influenciam a sua ocorrência e manifestação.

A apreensão desse novo objeto requer a reorientação das práticas de saúde e a ampliação das responsabilidades dos serviços de saúde para além da coleta de dados e assistência às pessoas acometidas por determinados agravos. Portanto, deve abranger o conhecimento das condições de vida, dos determinantes e dos condicionantes da saúde individual e coletiva, na perspectiva de buscar melhor

qualidade de vida para a população da área de abrangência de tais serviços.

Da mesma forma que as práticas de saúde devem ser reorientadas, o Sistema de Vigilância Epidemiológica também requer uma nova organização, para que o atual conceito de VE possa ser operacionalizado.

É importante reafirmar que os problemas de saúde não estão restritos às doenças, podendo ser resultantes de riscos ambientais (como exposição à poluição do ar), riscos ocupacionais (como exposição à intensidade e determinados ambientes de trabalho), riscos sociais (alvo de violência social) e riscos iatrogênicos (pelo uso de certos medicamentos, aquisição de infecção hospitalar), entre outros.

Tendo em conta a lógica que estrutura o Sistema Único de Saúde, o ponto de partida da VE é a análise da situação de saúde, dos seus determinantes e condicionantes. A etapa posterior compreende a identificação dos problemas de saúde e a sua priorização. O passo seguinte abrange a caracterização dos indivíduos, dos grupos e das populações afetadas por tais problemas, assim como a sua distribuição geográfica. Em seguida, é preciso se proceder o planejamento e a promoção das medidas necessárias para a prevenção e o controle, bem como o monitoramento da ocorrência dos fenômenos que afetam a saúde das populações. Por último, tem de se avaliar o resultado das ações, considerando o seu impacto nos perfis epidemiológicos dos distintos grupos populacionais.

Ademais, de acordo com a atual concepção, a VE tem como finalidade fornecer, de maneira contínua, as informações necessárias para a *indicação e execução* das ações de prevenção e de controle de agravos à saúde. Tais informações compreendem a análise de dados relacionados à ocorrência, aos condicionantes e aos determinantes dos agravos à saúde da população residente em uma dada área geográfica.

No entanto, nos serviços locais de saúde, verifica-se que a prática da VE não vem contemplando as ações que deveriam ser realizadas, tendo como base o seu conceito atual. Na realidade, trata-se de uma VE voltada para a vigilância de casos, pois somente parte das atividades definidas segundo o seu conceito tradicional é que está sendo operacionalizada no nível local.

A VE operada nas Unidades de Saúde, nos dias de hoje, reproduz a divisão entre as atividades

assistenciais individuais, com enfoque curativo, e as atividades de saúde coletiva, de caráter coletivo e preventivo. Constitui uma prática limitada quanto à sua abrangência, voltada unicamente para algumas doenças transmissíveis, de notificação compulsória, cujas ações são desencadeadas a partir da ocorrência ou da suspeita do agravo. É necessário abandonar a visão fragmentada do processo de trabalho da VE e o desenvolvimento de ações isoladas e buscar a articulação com os membros da equipe de outros setores com vistas à Vigilância à Saúde, além de investir na qualificação dos profissionais.

A operacionalização da Vigilância Epidemiológica no nível local

Compete ao nível local:

- identificar e monitorar a vulnerabilidade da coletividade aos agravos de saúde;
- descrever a ocorrência dos agravos de saúde de maior relevância para a população habitante da área geográfica estudada;
- detectar surtos/epidemias;
- estimar a magnitude da morbidade e da mortalidade causada pelos agravos de saúde de maior relevância;
- recomendar e executar as medidas para prevenir e controlar a ocorrência de agravos de saúde;
- avaliar o impacto das medidas de intervenção.

A operacionalização das ações de VE, em nível local, na maioria das vezes restringe-se a atividades de investigação epidemiológica e de coleta de dados. A compilação e a análise dos dados são pouco frequentes. Geralmente, a transformação dos dados em informações é realizada nos níveis regional e central. Além disso, a demora na divulgação de tais análises tem contribuído para que os serviços locais de saúde não as utilizem para subsidiar o planejamento das ações de prevenção e controle dos agravos à saúde.

A identificação do caso suspeito ou confirmado constitui o ponto de partida para a coleta desses dados. A tomada de decisão sobre as ações a serem realizadas junto à fonte de infecção, aos suscetíveis e aos comunicantes deve estar pautada na análise de tais dados. A notificação de um caso de doença transmissível deve desencadear o processo de coleta de informações, conhecido como *investigação epidemiológica*.

A investigação epidemiológica

As atividades integrantes de tal processo são desencadeadas a partir de um caso suspeito ou confirmado e, além de *necessárias*, devem ser *eficazes* para interromper a cadeia de transmissão do agente infeccioso. Entretanto, são consideradas *insuficientes* por não terem como foco de ação os determinantes e condicionantes do agravo à saúde, pois as medidas são dirigidas ao doente, ao comunicante, ao suscetível ou à fonte de contaminação. São insuficientes porque as ações, em geral, são desencadeadas somente após a instalação do agravo, não gerando modificações nos perfis epidemiológicos dos grupos sociais da região.

A investigação epidemiológica é realizada segundo o método epidemiológico e visa o planejamento, a implementação e avaliação de medidas para prevenir o aparecimento de novos casos, controlando a disseminação. As etapas de investigação compreendem:

- definir se o caso é suspeito ou confirmado, através de critérios clínicos, laboratoriais e epidemiológicos.
- caracterizar os casos segundo pessoa, tempo e local.
- identificar a fonte de contaminação e os grupos suscetíveis.
- configurar a existência de endemia, epidemia ou surto.
- planejar e implementar medidas de prevenção, controle e tratamento da doença.

A atuação da enfermeira na Investigação Epidemiológica

A participação da enfermeira nesse processo inicia-se na fase pré-diagnóstica e compreende a coleta de informações que possam auxiliar na detecção dos casos, confirmação do diagnóstico, além da orientação e da coleta de material para realização de exames. Através do exame físico e da entrevista, cabe-lhe investigar a presença de sinais e sintomas da doença, a história de contatos, a existência de vulnerabilidade ao agravo em foco, a história pregressa de doenças infecciosas, os tratamentos realizados e verificar se as pessoas com quem o doente convive foram acometidas por tal doença.

Os dados sobre a ocorrência do agravo abrangem

a sua descrição no tocante às respostas sobre *quais são as pessoas* que adoecem (quais são as suas condições de vida, de trabalho, de moradia, o que fazem, quais os seus hábitos de vida relacionados à transmissão do agente causal, como são elas, composição familiar, situação vacinal), *quando e como adoeceram* (quais as pessoas com quem tiveram contato – antes e após o aparecimento da doença –, quais foram os sinais e sintomas, quando surgiram, quais as medidas tomadas), *qual a localização geográfica dos doentes e quais as prováveis fontes de contaminação*.

Após a confirmação do diagnóstico, deve notificar o agravo. Em seguida, verificar se a ocorrência dos casos configura uma situação de endemia ou de epidemia, tendo como base a análise das informações disponíveis sobre o agravo em períodos de tempo anteriores, comparando-os com os dados atuais. O diagnóstico de um surto ou de uma epidemia exigirá intervenções urgentes, de âmbito coletivo, tais como: a vacinação de bloqueio, as atividades educativas, a busca ativa de casos e a quimioprofilaxia, entre outras.

A atuação da enfermeira é fundamental quando a doença exige um tratamento prolongado ou adoção de novos hábitos e comportamentos, visando a prevenção de intercorrências que resultem no atraso ou impeçam a recuperação do doente. A intervenção deve buscar a criação de vínculos com o cliente, para que este se torne co-responsável pela sua recuperação e não delegue aos profissionais e à instituição de saúde a responsabilidade da sua cura. No caso de o tratamento ser realizado no domicílio, cabe à enfermeira orientar sobre o diagnóstico, a terapêutica medicamentosa, as medidas higienodietéticas, a necessidade de cuidados para evitar a infecção de outras pessoas, fazendo adaptações na habitação e nos costumes diários. Tais orientações podem ser estendidas aos familiares e às pessoas que pertencem à comunidade do cliente.

É válido recomendar que as atividades educativas não tenham um cunho meramente informativo, mas favoreçam a reflexão sobre a articulação existente entre as condições de vida e trabalho dos clientes e a manifestação das doenças. Essa prática permite que a enfermeira e o cliente possam identificar possíveis alternativas de transformação dessas condições, desde que sejam medidas ao alcance do cliente, isto é, estejam dentro das suas possibilidades de colocá-las em prática.

Outras atividades podem ser desenvolvidas pela

enfermeira, tais como: o controle de comunicantes, que abrange a sua identificação, a coleta de material e o encaminhamento para a realização de exames laboratoriais/ provas de sensibilidade, a observação para detectar precocemente o aparecimento de sinais e sintomas compatíveis com os do caso-índice e a orientação sobre a quimioprofilaxia.

A visita domiciliar deve ser destacada como um instrumento de grande valia na investigação epidemiológica, a despeito das dificuldades para sua realização, uma vez que possibilita conhecer as condições de vida do cliente, bem como identificar os recursos que poderá utilizar para enfrentar a doença, avaliar os riscos de infecção dos familiares, coletar material para exames, realizar procedimentos de enfermagem, ou, ainda, convocar faltosos para os retornos ao serviço de saúde.

A informação é imprescindível para a realização da VE, mas, apesar disso, constitui uma atividade-meio, não pode ser utilizada como uma atividade-fim. Para tornar-se uma informação efetiva, o dado deve ser cuidadosamente coletado e ter as seguintes características: ser completo, verdadeiro, objetivo, claro e atual. A análise das informações visa facilitar a avaliação e a reformulação das ações de prevenção e controle.

Outras fontes de informação

Os dados necessários para a VE extrapolam as informações sobre os casos suspeitos e notificados. É necessário obter dados demográficos da população residente na área de abrangência do serviço de saúde, taxas de natalidade, morbidade, mortalidade, informação sobre o meio ambiente (saneamento básico, abastecimento de água, destino dos dejetos e lixo, poluição ambiental, condições de habitação) e os recursos de saúde existentes. Os dados de mortalidade podem ser obtidos: através das declarações de óbito processados pelo Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), mediante inquéritos ou estudos pontuais e em serviços públicos que possuem bancos de dados e constituem importante fonte de informação, como o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

A existência e a integração de sistemas nacionais de informação, como o SIM, utilizado para a vigilância de óbitos, e o Sistema de Informação de Agravos Notificáveis (SINAN), que coleta e processa dados sobre agravos de notificação compulsória,

possibilitando a análise do perfil de morbidade, contribuem, juntamente com outros sistemas, para definir as ações prioritárias de prevenção e controle dos agravos de saúde. O Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC), cujas informações permitem compreender o comportamento da mortalidade infantil, constitui um outro banco de dados essenciais para a operacionalização da VE.

Os dados coletados devem ser consolidados através de gráficos, tabelas e mapas para facilitar a análise e a identificação dos grupos com maior risco de acometimento para um determinado agravo. O serviço local de saúde, ao dispor de tais análises, deve promover discussões com toda a equipe sobre a situação de saúde da população residente na área de abrangência do serviço, convidando inclusive usuários para que a definição de prioridades e as ações sejam compartilhadas.

Além da análise realizada pelo serviço de saúde que coleta os dados, a informação deve seguir o fluxo preestabelecido pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica, percorrendo os outros níveis, isto é, o regional e o central, para que, agregada aos dados de outras unidades de saúde, possam compor os relatórios que consolidam o conjunto de informações, os quais devem ser disponibilizados a todas as unidades de saúde daquela região ou Estado. Este conjunto de atividades constitui uma ação denominada de retroalimentação do sistema, que é considerada fundamental para o aperfeiçoamento contínuo da produção dos dados.

Potencialidades e limites da Vigilância Epidemiológica

As principais dificuldades enfrentadas na operacionalização da V.E. compreendem:

- a subnotificação dos casos, que resulta na produção de dados subestimados,
- o fluxo lento das informações, que implica na indisponibilidade de dados nos diversos níveis,
- ausência de sistematização das informações
- a má qualidade dos dados (incompletos, insuficientes, incorretos, inexistentes), que dificulta a real caracterização da ocorrência da doença e retarda as intervenções,
- a não-utilização das informações para subsidiar o planejamento das ações, a definição de prioridades,
- as intervenções são desenvolvidas somente após a manifestação da doença,

- as suas ações ainda estão restritas às doenças de notificação compulsória,
- as intervenções têm como objeto o resultado do processo, ou seja, o agravo e não os seus condicionantes e determinantes,
- o baixo impacto das ações nos perfis epidemiológicos dos grupos populacionais,
- as ações são desenvolvidas isoladamente,
- os recursos materiais e equipamentos inexistem ou são insuficientes para o desenvolvimento de algumas ações,
- a falta de motivação dos profissionais para produzir dados com qualidade.

Exemplificando algumas ações de VE da tuberculose

Como as equipes de saúde da Unidade X do PSF podem identificar e monitorar a vulnerabilidade à tuberculose das famílias cadastradas?

1. Identificar os casos de tuberculose ocorridos na área de abrangência da Unidade X **confrontando** os dados de notificação da Unidade e do Núcleo Regional de Saúde da área, pois podem existir moradores não-cadastrados que tiveram tuberculose e foram notificados por outros Serviços da região.

2. Analisar a ocorrência da tuberculose, considerando os dados disponíveis relacionados às características dos usuários e do agravo (como, por exemplo: sexo, idade, tipo de tuberculose, situação atual, forma de descoberta, serviço que notificou e que realiza o tratamento, condições de vida) e a distribuição geográfica dos casos em cada ano. Na análise, considerar as ações de prevenção e controle desenvolvidas pela Unidade e a organização do Serviço para o atendimento dos usuários (rotina).

3. Elaborar um diagnóstico da situação tuberculose na região (por exemplo: sua ocorrência vem aumentando ao longo dos anos; a morbidade é maior em uma determinada área geográfica; em várias famílias há mais de um caso de tuberculose; há aumento no número de casos de abandono de tratamento; há um aumento no número de casos em que há associação com outras doenças nos últimos anos; há um certo número de casos de moradores da área que estão sendo notificados e tratados por outros serviços) e estabelecer hipóteses que possam explicá-la (por exemplo: as condições de vida da população

têm piorado nos últimos anos; a maioria dos doentes estava desempregada; as condições de habitação e de vida têm favorecido a disseminação da doença; o atendimento de pessoas com tuberculose é limitado a um período da semana; o controle de comunicantes não tem continuidade; o abandono do tratamento tem ocorrido no terceiro mês de tratamento, etc.).

4. Identificar os determinantes e condicionantes da ocorrência da tuberculose (por exemplo: condições de vida, organização do serviço – horário, acolhimento, etc -, acesso, desconhecimento sobre a doença, preconceito, mobilidade da população) na área e **propor intervenções** que visem modificá-los, em parceria com representantes da comunidade e de outros serviços sociais existentes na região (por exemplo: realizar busca ativa de sintomáticos respiratórios na região; promover uma campanha educativa sobre a tuberculose, em conjunto com as escolas da região; buscar parcerias visando iniciativas para o oferecimento de cursos profissionalizantes aos moradores; reorganizar a rotina de atendimento, rever o controle dos comunicantes, etc.).

5. Intervir e avaliar posteriormente o impacto das ações na ocorrência da tuberculose.

6. Rever a organização do serviço e as ações até então estabelecidas para a prevenção e o controle da tuberculose.

BIBLIOGRAFIA

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional da Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. Guia de Vigilância Epidemiológica. Brasília, 1998.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Centro de Vigilância Epidemiológica “Professor Alexandre Vranjac”. Treinamento Básico de Vigilância Epidemiológica. São Paulo, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional da Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. Coordenação de Pneumologia Sanitária. Manual de Normas para o controle da tuberculose. Brasília, 1995.