

**FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE E DO MEIO
AMBIENTE**

AMARO VIANA NETO

**A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: PROPOSTA DE
CONSTRUÇÃO DE UM *SITE* COM ÊNFASE EM VIGILÂNCIA
EPIDEMIOLÓGICA.**

**VOLTA REDONDA - RJ
2017**

**FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE E DO MEIO
AMBIENTE**

**A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: PROPOSTA DE
CONSTRUÇÃO DE UM *SITE* COM ÊNFASE EM VIGILÂNCIA
EPIDEMIOLÓGICA.**

Dissertação apresentada ao Programa de
Mestrado Profissional em Ensino em
Ciências da Saúde e do Meio Ambiente do
UniFOA como requisito para obtenção do
título de Mestre.

Aluno: Amaro Viana Neto

Orientadora: Profa. Dra. Gabriela Girão
Albuquerque

**VOLTA REDONDA – RJ
2017**

FICHA CATALOGRÁFICA

Bibliotecária: Alice Tação Wagner - CRB 7/RJ 4316

V614eViana Neto, Amaro.

A estratégia de saúde da família: proposta de construção de um site com ênfase em vigilância epidemiológica./ Amaro Viana Neto - Volta Redonda: UniFOA, 2017.

147p. : II

Orientador(a): Profª Dra. Gabriela Girão Albuquerque

Dissertação (Mestrado) – UniFOA / Mestrado Profissional em Ensino

FOLHA DE APROVAÇÃO

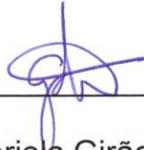
Aluno: Amaro Viana Neto

A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: PROPOSTA DE CONSTRUÇÃO DE UM SITE COM ÊNFASE EM VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Orientadora:

Profa. Dra. Gabriela Girão de Albuquerque

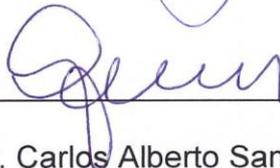
Banca Examinadora



Profa. Dra. Gabriela Girão de Albuquerque



Profa. Dra. Giseli Capaci Rodrigues



Prof. Dr. Carlos Alberto Sanches Pereira

Dedico esta pesquisa ao meu sobrinho Davi. Uma criatura que merece todo o sucesso e amor que houver nessa vida.

Agradeço primeiramente a Deus por me conduzir sempre para o lado do bem. À minha família e amigos por acreditarem que sou capaz. Aos meus amigos Maria Piedade, Renata Marques, Maria Célia do Nascimento, Cândida Magro, Miriam Seoldo, Érika Cardoso, Leticia Oliveira, Alessandra Simão, Tatiana Ramminger (*in memoriam*), Ricardo Thielmann e todos que direta ou indiretamente contribuíram para que esse sonho se aproximasse da realidade. Aos funcionários da Saúde da Família de Barra do Piraí por oferecerem seu tempo para contribuir para esse trabalho. À minha orientadora Gabriela Girão Albuquerque pelo apoio incondicional, generosidade, paciência e principalmente o apoio constante, nunca me deixando pensar que não daria certo. Ao meu amigo crítico, apoiador, e paciente Rodrigo Alves. Ao querido Diego Maia, pela ajuda, principalmente no momento que estive mais enrolado. Agradeço à minha Mãe por ter entendido que o filho prestativo estava escrevendo dissertação em muitos momentos. Ao meu companheiro de vida Wladimir Castro, a pessoa que me ajuda a ser uma pessoa melhor a cada dia. Obrigado pelo apoio e por acreditar que sou capaz de fazer mais do que imagino.

“O mundo está nas mãos daqueles que têm a coragem de sonhar e de correr o risco de viver seus sonhos.”

Paulo Coelho

RESUMO

A Atenção Básica é definida como um conjunto de ações em esfera individual e coletiva que envolve a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Na perspectiva de garantir os cuidados ela é representada pelas unidades que desenvolvem ações de Vigilância em Saúde. Entre os componentes da vigilância, destaca-se a Vigilância Epidemiológica, definida como um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos. Para cumprimento da proposta de desdobramento de ações de Vigilância em Saúde no contexto da Atenção Básica é fundamental que os profissionais estejam constantemente qualificados para o exercício das atribuições inerentes a essas práticas. Este trabalho teve como objetivo avaliar o conhecimento em Vigilância Epidemiológica dos profissionais atuantes na Estratégia de Saúde da Família com vistas a criar um *site* direcionado às equipes multiprofissionais. Foi realizado um estudo qualitativo baseado nas entrevistas com profissionais para obtenção de dados sobre as demandas de conhecimentos e necessidades de formação para a prática na Estratégia de Saúde da Família. O tratamento dos dados se deu a partir da técnica de análise de conteúdo. Os resultados revelaram categorias que foram objetos de discussão e estiveram relacionadas à compreensão a respeito das doenças e agravos de notificação compulsória; as impressões e desfecho sobre o processo de notificação; e reflexões sobre a prática da equipe multiprofissional. A pesquisa verificou uma tendência ao reducionismo em relação ao olhar sobre a atuação da Vigilância Epidemiológica quanto a um sistema que se dedica apenas as doenças transmissíveis. A indefinição observada pressupõe a necessidade de desenvolvimento de ações no intuito de promover maiores apropriações aos profissionais sobre essa área que permeia todas as esferas e níveis de complexidade da saúde pública.

Palavras-chave: Vigilância Epidemiológica. Ensino de Ciências da Saúde. Atenção Básica. Tecnologias Digitais de Informação e Comunicação. Análise de conteúdo.

ABSTRACT

The Basic Attention is defined as a set of actions in an individual and collective sphere that involves the promotion and protection of health, prevention of diseases, diagnosis, treatment, rehabilitation and maintenance of health. In the perspective of ensuring care, it is represented by the health units that carry out Health Surveillance actions. Among the components of surveillance, Epidemiological Surveillance is defined as a set of actions Which provides the knowledge, detection or prevention of any change in the determinants of individual or collective health, with the purpose of recommending and adopting measures of prevention and control of diseases or diseases. In order to comply with the proposal for the deployment of epidemiological surveillance actions in the context of the basic attention, it is fundamental that professionals are constantly qualified to exercise the attributions inherent to these practices. This study aimed to evaluate the knowledge in Epidemiological Surveillance of professionals workers in the Family Health Strategy with a view of creating a website aimed at multiprofessional teams. A qualitative study was conducted based on the interviews with professionals to obtain data on the demands of knowledge and training needs for the practice in the Family Health Strategy. The data treatment was based on the technique of content analysis. The results revealed categories that were the subject of discussion and were related to the understanding of the diseases and diseases of compulsory notification; The impressions and outcome on the notification process; And reflections on the practice of the multiprofessional team. The research verified a tendency to the reductionism of the epidemiological surveillance performance in a system that is dedicated only to communicable diseases. The uncertainty observed presupposes the need to develop actions in order to promote greater appropriations to professionals in this area that permeates all spheres and levels of complexity of public health.

Keywords: Epidemiological Surveillance; Health Strategy for the Family; meaningful learning; Content analysis.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	14
1. INTRODUÇÃO	16
1.1 OBJETIVOS	19
1.1.1 Geral	19
1.1.2. Específicos	19
2. REVISÃO DE LITERATURA	20
2.1 A EPIDEMIOLOGIA	20
2.1.1 A dinâmica da interação saúde x ambiente	22
2.2 A VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA	25
2.2.1 O Histórico da Vigilância Epidemiológica	25
2.2.2 Conceitos em Vigilância Epidemiológica	30
2.2.3 A Vigilância Epidemiológica como prática de Saúde Pública	37
2.2.5 A Notificação Compulsória de Agravos	38
2.3 AS TECNOLOGIAS E A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE	41
2.4 O USO DAS TECNOLOGIAS DIGITAIS DA INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO CONTEXTO DE ENSINO	46
2.4.1 Tecnologias da Informação Móvel (<i>M-learning</i>).....	47
3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	49
3.1 DESCRIÇÃO DO LOCAL DO ESTUDO.....	50
3.2 INSTRUMENTO NORTEADOR DA ENTREVISTA (ROTEIRO)	51
3.3 COLETA E TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS.....	52
3.4 PROCEDIMENTOS ÉTICOS ASSOCIADOS À PESQUISA	54
3.5 TÉCNICA E PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS	55
3.6 FASE DE PRÉ-EXPLORAÇÃO DO MATERIAL.....	54
3.7 SELEÇÃO DAS UNIDADES DE ANÁLISE.....	56
3.8 DESENVOLVIMENTO E AVALIAÇÃO DO PRODUTO.....	56
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	58
4.1 CATEGORIA 1: CONHECIMENTOS SOBRE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA	58
4.1.1 Subcategoria 1 – Compreende a VE a partir da noção de Prevenção e Controle sobre surtos e epidemias.....	59

4.1.2 Subcategoria 2 – Entendimento sobre Vigilância Epidemiológica associado à Vigília e Alerta sobre riscos.....	61
4.1.3 Subcategoria 3 – A Vigilância Epidemiológica como prática de investigação, notificação, acompanhamento	62
4.2 CATEGORIA 2 : COMPREENSÃO A RESPEITO DAS DOENÇAS E AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA.....	64
4.2.1 Subcategoria 1 – Os profissionais recorrem a Internet e mídia no geral.....	66
4.2.2 Subcategoria 2 – Os profissionais recorrem aos funcionários mais qualificados	68
4.2.3 Subcategoria 3 – O contato com a Vigilância Epidemiológica e Documentos oficiais para elucidação de dúvidas.....	69
4.3 CATEGORIA 3 : IMPRESSÕES SOBRE O PROCESSO DE NOTIFICAÇÃO DE AGRAVOS	71
4.3.1 Subcategoria 1 – A comunicação como o entendimento sobre a notificação de agravos.....	71
4.3.2 Subcategoria 2 – A indefinição sobre o profissional responsável pelo ato de notificar	74
4.3.3 Subcategoria 3 – Os agravos que deveriam ser notificados na visão do Profissional	75
4.4 CATEGORIA 4 : DESFECHO APÓS O PROCESSO DE NOTIFICAÇÃO POR PARTE DA VE/SISTEMA DE INFORMAÇÕES.....	77
4.4.1 Subcategoria 1 – Acredita que haja um trabalho de monitoramento territorial	78
4.4.2 Subcategoria 2 – Entende como uma providencia da Vigilância Epidemiológica.....	79
4.4.3 Subcategoria 3 – Entende que seja incluído em Sistema de Informação Nacional	80
4.5 CATEGORIA 5 : REFLEXÕES SOBRE A PRÁTICA DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E SEUS DESDOBRAMENTOS SOBRE A VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA	81
4.5.1 Subcategoria 1 – Falta de capacitações e conhecimento das funções de cada setor	82
4.5.2 Subcategoria 2 – Vigilância mais próxima com reuniões regulares.....	83

4.6 APRESENTAÇÃO DO PRODUTO.....	86
4.6.1 Produto do Mestrado	86
4.6.2 Expectativas em relação ao produto	89
4.6.3 Sobre o <i>site</i>	89
4.6.4 Cabeçalho	91
4.6.5 Página Principal.....	91
4.6.6 Seções Complementares	94
4.6.7 Folder de divulgação.....	96
4.7 AVALIAÇÃO DO <i>SITE</i>	98
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	100
6. REFERÊNCIAS.....	102
APÊNDICES	115
APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista Semiestruturada	115
APÊNDICE B – Carta de Anuência – Autorização para o estudo	116
APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	117
APÊNDICE E – Transcrição das Entrevista	118
ANEXOS	147
ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	148

LISTA DE ABREVEATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica
ACS – Agente Comunitário em Saúde
CEMUVIS – Centro Municipal de Vigilância em Saúde
CEO – Centro de Especialidade Odontológicas
DN – Declaração de Nascido Vivo
DO – Declaração de óbito
DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis
EAD – Educação à Distância
EPS – Educação permanente em saúde
ESF – Estratégia de Saúde da Família
GAVE – Guia de Ações em Vigilância Epidemiológica
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IFRJ – Instituto Federal do Rio de Janeiro
MS – Ministério da Saúde
OMS - Organização Mundial da Saúde
OPAS - Organização Pan-americana da Saúde
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PEP - MS – Plano de Educação Permanente de Saúde do Ministério da Saúde
PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
RSI – Regulamento Sanitário Internacional
SIM – Sistema de Informações sobre Mortalidade
SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASC – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SIS – Sistema de informação em saúde
SISFAD - Sistema de Informação de Febre Amarela e Dengue
SIVEP-MALÁRIA - Sistema de Vigilância Epidemiológica da Malária
SNI/PNI – Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunização
SNVE – Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica
SUS – Sistema Único de Saúde
TDIC – Tecnologias Digitais de Informação e Comunicação
UBS – Unidade Básica de Saúde
VE – Vigilância Epidemiológica

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Localização Geográfica no Estado do Rio de Janeiro.....	51
Figura 2 - Logomarca do <i>site</i> Gave.	87
Figura 3 - Tela inicial do <i>site</i> Gave.	90
Figura 4 - Cabeçalho e menu do <i>site</i> Gave	91
Figura 5 – Destaques no <i>site</i> Gave.	92
Figura 6 – <i>Banners</i> em forma de <i>link</i>	92
Figura 7 - Links da barra lateral para seções do <i>site</i>	93
Figura 8 – Rodapé da página do <i>site</i>	93
Figura 9 – Tela do Guia Básico de VE.	95
Figura 10 – Tela de divulgação de uma matéria no blog no Facebook.	96
Figura 11 – Capa do <i>folder</i> de divulgação do <i>site</i>	97
Figura 12 – Miolo do <i>folder</i> de divulgação do <i>site</i>	97

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Perfil profissional da equipe de saúde entrevistada.	54
Quadro 2 - Categorias criadas pela técnica de análise de conteúdo.....	56
Quadro 3 – Categoria e subcategorias relacionadas a “Conhecimentos sobre Vigilância Epidemiológica”.....	59
Quadro 4 – Categoria e subcategorias relacionadas à “Visão sobre Doenças e agravos de notificação compulsória”	65
Quadro 5 – Categoria e subcategorias sobre a “Notificação de agravos”	71
Quadro 6 – Desfecho após o processo de notificação por parte da VE Sistema de informação”.	77
Quadro 7 – Categoria e subcategorias relacionadas a “Observações dos profissionais de saúde”	82

APRESENTAÇÃO

Tenho formação em Geografia, Saúde Pública e Educação em Saúde. Atuo há mais de uma década em Vigilância Epidemiológica (VE). Minha formação acadêmica sofreu forte influência da Epidemiologia. Interessei-me por cursar Geografia, graças à curiosidade por compreender a dinâmica e organização dos agravos à saúde distribuídos nos territórios. Essa observação foi promovida pelo olhar atento às questões de saúde que fui adquirindo como Técnico em Vigilância.

Durante a graduação, mesmo com a necessidade de aprofundamento acadêmico às questões e disciplinas da grade do curso, nunca deixei de refletir, relacionar e perceber o espaço a partir de uma reflexão associada ao processo saúde-doença. O olhar inquieto sobre a complexidade e os elementos determinantes e condicionantes ligados à saúde nos territórios me levaram a me especializar em Meio Ambiente e em seguida Saúde Pública. Atualmente sou Sanitarista e continuo atuando nessa área.

O interesse pelo tema da pesquisa não é recente, foi crescendo de acordo com a prática nos núcleos de Vigilância por onde passei. Durante todo tempo pude observar o comportamento de profissionais que ocupam a ponta do sistema de saúde, produzindo dados que comporão parte das informações para o trabalho da VE. A necessidade de maiores apropriações pelo corpo técnico é exposta no cotidiano dos serviços quando ocorre a articulação entre a AB e a VE. Questões ligadas ao preenchimento de fichas de notificação; ações práticas de campo e investigação; contatos para orientação junto ao setor; e procedimentos diversos que em muitos casos revelam dúvidas primárias.

Levando em consideração tais aspectos, em todo o tempo reflito sobre a parcela de responsabilidade do órgão contratante para qualificação dos profissionais. Sempre senti no serviço de saúde a necessidade de melhores apropriações em VE, pois acredito que pode haver a qualificação dessas ações e com isso o cumprimento dos seus propósitos.

A partir do relacionamento com diferentes atores envolvidos nos processos de trabalho na saúde, a escuta a respeito das dificuldades e os sucessos das ações,

considerarei pertinente conhecer melhor o panorama dos profissionais, visto que são pouquíssimos cursos na área disponíveis, e os que existem geralmente estão distantes da cidade e torna inviável a participação. Conversar com esses profissionais foi uma experiência incrível e importante em minha carreira, onde certamente tive oportunidade de amadurecer profissionalmente, pessoalmente e nutrir ainda mais o meu interesse por essa temática.

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Básica (AB) é definida pelo Ministério da Saúde por um conjunto de ações de esfera individual e coletiva que abarca a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (BRASIL, 2006).

Na atual organização do Sistema Único de Saúde (SUS), que tem como uma das suas diretrizes a descentralização é possível verificar um empenho na organização do modelo de Atenção Básica, por meio de unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF). Este programa trata de uma proposta de reorientação do modelo assistencial e de gestão com propósito de reordenar os serviços da rede básica e implantar um novo modelo de atenção, apoiado pelo trabalho das equipes multiprofissionais.

A ESF é caracterizada como o primeiro contato com a rede assistencial pública e definida como porta de entrada do SUS que tem sob sua responsabilidade território e população delimitados. A sua atuação depende do conhecimento acerca do perfil epidemiológico local, podendo intervir sobre os riscos que essa comunidade está exposta, de forma a oferecer uma atenção integral, permanente e de qualidade (BRASIL, 2010).

O Ministério da Saúde, através da política de descentralização definiu responsabilidades aos municípios quanto a Atenção Básica, e a ela a incorporação em nível local das ações de Vigilância em Saúde, desempenhadas principalmente pelas Unidades de Estratégia de Saúde da Família como alternativa para garantir a oferta de cuidados individuais e coletivos no âmbito SUS.

A vigilância em Saúde tem como objetivo a observação e análise permanentes da situação de saúde da população, que articula um conjunto de ações destinadas a controlar os determinantes, riscos e dados à saúde de populações que vivem nos territórios (BRASIL, 2010).

Entre os componentes da vigilância em saúde, consideramos a Vigilância Epidemiológica como aquela que corresponde ao segundo a Lei Orgânica da Saúde:

“Um conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual ou coletiva, com a finalidade de se recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos” (BRASIL, 1990).

A Vigilância Epidemiológica definida na lei orgânica da saúde brasileira representa segundo Santos e Melo (2008), o rompimento do modelo de atenção com enfoque na doença e adoção do modelo que visa conhecer os elementos determinantes e condicionantes do aparecimento de um agravo em espaços coletivos para programar medidas eficazes de controle.

As atividades inerentes ao sistema de Vigilância Epidemiológica são interligadas e complementares, sendo necessário segui-las de maneira integrada. As principais atividades e funções são: coleta, processamento, análise e interpretação de dados; investigação epidemiológica; recomendação, implementação e avaliação e controle de agravos, além da retroalimentação e divulgação das informações de saúde (BRAGA E WERNECK, 2009).

No município de Barra do Piraí, a realização das inúmeras atribuições de Vigilância Epidemiológica acontece em parceria com a ESF, contribuindo significativamente para o cumprimento da proposta do Ministério da Saúde definido na lei. No entanto, há um vazio no tocante das capacitações, educação continuada e demais questões relacionadas à formação nesta área direcionada à equipe multiprofissional.

As capacitações ocorrem apenas quando há contratação de um número elevado de Agentes Comunitários. A Secretaria de Saúde desenvolve um curso introdutório, buscando desenvolver competências para a atuação destes profissionais no contexto da ESF. Apesar disso, a Coordenação de Vigilância Epidemiológica - que teria condições técnicas de propor ações para esse tipo de formação - não é convidada para participar do processo, que tem como principal objetivo situar os atores recém-chegados quanto ao “olhar” investigativo de cunho epidemiológico.

A necessidade de articulação entre os serviços e o compartilhamento de ações da Vigilância em Epidemiológica com a ESF nos motivou a pensar em uma

estratégia pedagógica de formação e transformação da realidade vivida. Monken (2008) fala sobre a importância de uma construção teórico-metodológica de caráter pedagógico para se potencializar a “técnica de territorialização em saúde” (Unglert, 1993) objetivando a adoção do “processo de territorialização para a produção de informações de base territorial” nas práticas dos serviços de vigilância em saúde.

Este trabalho estrutura-se em seis tópicos. No primeiro apresenta a introdução e os objetivos da pesquisa.

No segundo, o referencial teórico, dividido a partir de seções almejando fornecer as bases para o desenvolvimento da pesquisa de campo e análise: A Epidemiologia e a dinâmica da interação saúde x ambiente; A Vigilância Epidemiológica, seu histórico, conceitos, a prática em Saúde Pública e notificação compulsória de agravos; As Tecnologias na Educação Permanente; O uso das TDIC no contexto de ensino e as tecnologias da informação móvel.

O terceiro tópico apresenta os procedimentos metodológicos escolhidos para alcançar o desenvolvimento da pesquisa; a descrição do local de estudo; o processo de elaboração do Instrumento Norteador da Entrevista (roteiro); a coleta de dados; questões ligadas ao Comitê de Ética em Pesquisa; explicações sobre o procedimento de análise dos dados com detalhamento das etapas que compuseram o método de análise de conteúdo.

Em seguida, no quarto tópico, apresentamos os resultados e discussão da pesquisa e no quinto as conclusões.

E por último, no sexto tópico, é apresentado o produto elaborado, suas características, expectativas, organização e disponibilizado em detalhes a estrutura da ferramenta de *site* escolhida.

1.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar o conhecimento, em Vigilância Epidemiológica, dos profissionais atuantes em Estratégia de Saúde da Família do município de Barra do Piraí.

1.1.1 Objetivos Específicos

- Identificar se há fragilidades na formação de profissionais atuantes na Estratégia de Saúde da Família para execução de ações ligadas à Vigilância Epidemiológica;
- Criar um *site* Gave com conteúdo em Vigilância Epidemiológica direcionado aos profissionais atuantes na Estratégia de Saúde da Família.

2. REVISÃO DE LITERATURA

Nesta seção, serão abordadas questões baseadas na literatura científica ligadas à Epidemiologia no campo da saúde pública e seus desdobramentos mais importantes no cotidiano dos serviços de saúde através das ações da Vigilância Epidemiológica, considerando seu contexto histórico, conceitual, de práticas e procedimentos.

Em seguida esse referencial aponta uma reflexão baseada na literatura sobre as tecnologias na educação permanente em saúde, o uso das tecnologias no contexto de ensino e com o aprofundamento sobre as tecnologias da informação móvel, como alternativa de aprendizagem em um cenário de democratização do acesso à informação e presença de instrumentos tecnológicos e avanços das Tecnologias Digitais de Informação e Comunicação.

2.1 A EPIDEMIOLOGIA

Apesar da Epidemiologia ser uma disciplina relativamente nova, seus achados mais antigos remontam o uso do termo em um texto espanhol sobre a peste no século XVI. Existem registros do surgimento de uma Sociedade de Epidemiologia em Londres em 1850, e a partir daí inúmeras investigações ganham força contribuindo para o conhecimento científico a respeito das doenças. Apesar de o conceito original ter sido relacionado por muito tempo a doenças transmissíveis, ele evoluiu de modo a abarcar praticamente todos os problemas de saúde relacionados às populações humanas (PEREIRA, 2001).

Com o passar dos anos, houve uma ampliação, diversificação e aprofundamento do campo de atuação da Epidemiologia, surgindo assim áreas temáticas, fundamentadas em diferentes aspectos como: grupos de possíveis causas; conceitos de risco; dentre outros critérios. Atualmente é possível identificar diferentes áreas como epidemiologia ambiental, ocupacional, social, clínica, nutricional, farmacológica, molecular, comportamental entre outras. Diante desta

variedade de olhares e vertentes da Epidemiologia e dos inúmeros conceitos atribuídos a ela, torna-se difícil encontrar consenso sobre uma definição única sobre o tema (PEREIRA, 2001).

Considerando a dificuldade na sua conceituação da epidemiologia, alguns autores apresentam definições na tentativa de descrever esta ciência de fundamental importância para a saúde pública. Rouquayrol e Goldbaum (2006), no capítulo Epidemiologia e História Natural e Prevenção de Doenças no livro Epidemiologia e Saúde, definem epidemiologia envolvendo o estudo das doenças e seus fatores determinantes, como prevenção e controle. Os autores relacionam informação e gestão em saúde da seguinte forma:

“...ciência que estuda o processo saúde-doença em coletividades humanas, analisando a distribuição e os fatores determinantes das enfermidades, danos à saúde e eventos associados à saúde coletiva, propondo medidas específicas de prevenção, controle ou erradicação de doenças, e fornecendo indicadores que sirvam de suporte ao planejamento, administração e avaliação das ações de saúde” (ROUQUAYROL; GOLDBAUM, 2006, p. 17).

No mesmo livro eles definem Epidemiologia como “a ciência que estuda a distribuição e os determinantes dos problemas de saúde (fenômenos e processos associados) em populações humanas” (ROUQUAYROL; GOLDBAUM, 2006).

Pereira (2001) apresenta a Epidemiologia em seu sentido amplo, ligada à pesquisa do comportamento da coletividade, da saúde e da doença, definindo como o “ramo das ciências da saúde que estuda, na população, a ocorrência, a distribuição e os fatores determinantes dos eventos relacionados com a saúde.

Para Bonfim e Medeiros (2008) esta ciência tem como suas principais responsabilidades entender o processo saúde-doença nas populações, relacionando espaço, tempo, estilos de vida das pessoas e coletividade, com propósito de identificar um padrão da ocorrência das doenças sob os grupos de risco.

A Epidemiologia sempre teve como tendência fundamental a análise da distribuição das doenças e de seus determinantes no espaço e no tempo. A maior parte dos estudos de cunho epidemiológico faz uso de três questões básicas e fundamentais: como características da pessoa, que inclui gênero, faixa etária, etnia, condição socioeconômica, aspectos ligados a hábito e cultura; características de

lugar, que vai relacionar a doença a algum padrão espacial de ambiente; e as características de tempo, à medida que é possível supor um tipo de enfermidade e se ela se relaciona com algum aspecto sazonal, como a dengue que tem maior concentração de casos no verão e a influenza que se mostra mais expressiva através de números no inverno (ROUQUAYROL; GOLDBAUM, 2006).

Para Bonfim e Medeiros (2008) o objetivo da Epidemiologia está nas relações de ocorrência de saúde-doença em massa (em sociedades, coletividades, comunidades, classes sociais, grupos específicos, etc.). As relações são referidas e analisadas mediante o conceito de risco.

O conceito de risco é usado por diferentes ciências, no entanto na Epidemiologia ele toma função fundamental. A sua incorporação nos estudos epidemiológicos contribuiu para a compreensão da dinâmica das doenças não transmissíveis e conseqüentemente ampliando ainda mais o campo de atuação da ciência (GUILAM, 1996).

Dentro do campo de atuação da Epidemiologia enquanto ciência é possível observar a contribuição de estudos interdisciplinares que favorecem o entendimento das questões do processo saúde-doença, que é o caso das ciências da computação, sociais, estatística, geografia e muitas outras. Sendo assim, podemos dizer que entendemos a Epidemiologia como ciência que se preocupa, e se ocupa de entender e evidenciar o processo saúde-doença das pessoas e comunidades.

2.1.1 A dinâmica da interação saúde x ambiente

A interação entre o homem e o ambiente se dá de forma complexa, totalmente dinâmica e indissociável. Desde os tempos mais antigos, povos associam o surgimento das doenças com aspectos relacionados ao ambiente, que é o caso dos Egípcios e Romanos (CÂMARA, 2009).

Muitos são os fatores ambientais que refletem diretamente às questões da saúde humana. Segundo Câmara (2009), após a revolução industrial ocorrida na Europa e tardiamente no Brasil, houve um expressivo aumento dos relatos de

doenças associadas ao ambiente. Sendo assim, acredita-se que o surgimento do trabalho nas fábricas, a produção industrial, poluições de todas as formas e exposições a produtos químicos revelaram outra dinâmica do quadro de saúde na coletividade.

Entre os fatores associados à questão ambiental, podemos incluir mudanças da temperatura do planeta, que se relaciona à dinâmica de muitas doenças infecciosas e o habitat de vetores; o aumento do buraco na camada de ozônio, sendo responsável pelo crescimento expressivo de pessoas expostas à radiação solar, o aparecimento de câncer de pele e outros.

Muitos são os agravos ocasionados em decorrência da relação ambiente e saúde, principalmente se relacionados a problemas de ordem social de falta de infraestrutura ligadas às desigualdades sociais, que geram ambientes de miséria, pobreza com a ocorrência de um número expressivo de doenças infecto-parasitárias (CÂMARA, 2009).

A “contradição entre o atual modelo de desenvolvimento socioeconômico, a fragilidade institucional e a vulnerabilidade social aumenta a suscetibilidade aos riscos ambientais e industriais, o que se configura em um risco para a saúde da população” (VARGAS E OLIVEIRA, 2007).

Um dos estudos pioneiros sobre a relação ambiente e saúde, foi desenvolvido pelo médico inglês John Snow, em 1854 em Londres, ao associar a mortalidade por cólera aos fatores ambientais da cidade. O estudo do médico ficou conhecido, pois identificou com auxílio de um mapa uma fonte abastecedora de água que distribuía a bactéria em forma de vibrião por toda a cidade (CÂMARA, 2009). Muitos autores referem-se ao médico como um pai da Epidemiologia. Esse tipo de análise propôs debruçar sobre um campo de muitas possibilidades na relação ambiente e saúde.

A geografia como campo interdisciplinar oferece suas técnicas, ferramentas e crítica de cunho social para fomentar uma ciência nova, a geografia da saúde. A partir da observação sobre o ambiente a geografia oferece possibilidades de análises incorporando aspectos físicos dos lugares, condições e densidade das habitações, sistemas de drenagem, presença de esgoto, a questão do acúmulo de lixo, córregos, entre os demais aspectos relacionados às condições de vida dos residentes de determinado território (PEREHOUSKEI E BENADUCE 2007). Essa

relação permite uma ampliação do olhar epidemiológico a partir dos conhecimentos da tradicional geografia que conhecemos.

Sendo a Epidemiologia uma ciência importante que contribui para o entendimento da dinâmica das doenças transmissíveis e não transmissíveis em tempos atuais, surgem todos os dias estudos epidemiológicos com vistas ao entendimento do processo saúde doença e nas associações entre o desenvolvimento econômico e saúde.

Estudos refletem sobre o papel central dos processos produtivos como fontes de risco para o ambiente e a saúde humana. Cabe a Epidemiologia o papel de contribuir e tornar evidente o impacto que o desenvolvimento econômico exerce sobre a saúde das populações. A influência dos estudos já reflete em leis trabalhistas, preservação do meio ambiente, controle de químicos liberados nos seus respectivos ambientes, na promoção da saúde, programas de Vigilância e Monitoramento ambiental visto a necessidade de redirecionar os problemas com vistas a melhoria da qualidade de vida das pessoas (BRASIL, 2002).

A epidemiologia tem o papel de aperfeiçoar e contribuir ainda mais para a adoção de decisões adequadas de ordem intersetorial. O desenvolvimento de diagnósticos e controle das doenças e agravos deve ter apoio constante de diferentes instituições e de um corpo de trabalho interdisciplinar, envolvendo perspectivas e olhares múltiplos acerca da exposição ambiental, dos reflexos do desenvolvimento econômico e da condição de saúde coletiva.

2.2 A VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Desde o seu nascimento, a Epidemiologia é por definição uma área que possui como característica principal o manuseio da informação. A Vigilância Epidemiológica é o braço responsável por recolher informações, de modo que ela não deve ser vista como algo separado ou dissemelhante da epidemiologia (SILVA, 1992).

Pereira (2001) em seu livro “Epidemiologia: Teoria e Prática”, refere-se a Vigilância Epidemiológica como uma “importante arma de saúde pública”. Em sua obra, o autor buscou diferentes conceitos atribuídos a ela desde a década de 1960 para então caracterizar a utilidade desta área da Epidemiologia. Após analisar obras nacionais, internacionais e documentos oficiais do Ministério da Saúde o Autor chegou a conclusão, que o conceito sempre esteve relacionado a uma dupla conotação, ligado a “monitorização” e “controle”.

Para ele a “monitorização” está na base do sistema de saúde. A compreensão sobre esses aspectos está intimamente relacionada ao fluxo de dados, análise e divulgação de informações. Tais recomendações objetivam atingir profissionais de saúde e população, visando garantir medidas de “controle” de determinado problema de saúde.

A relação dos conceitos “monitorização” e “controle” pode ser percebida quando o autor conceitua Vigilância Epidemiológica como “sistema de coleta, análise e disseminação de informações relevantes para a prevenção e o controle de um problema de saúde pública” (PEREIRA, 2001, p.450). Essa ideia se assemelha às observações de Braga e Werneck (2009) ao associar Vigilância Epidemiológica com “informação para ação”. Atribui-se a informação como uma ferramenta valiosa na geração e divulgação de informes para a tomada de decisão em saúde.

2.2.1 O Histórico da Vigilância Epidemiológica

A expressão vigilância epidemiológica passou a ser aplicada ao controle de doenças transmissíveis na década de 1950 para intitular uma série de atividades relacionadas às etapas de erradicação da Malária (TEIXEIRA et al.,2006, p. 313).

Nessa época, havia uma visão restrita de vigilância enquanto uma “vigilância de pessoas”, baseada prioritariamente, em medidas aplicadas de forma individual e não coletiva. (PEREIRA, 2001, p. 449). Esse modelo tinha como principal finalidade tomar, ao primeiro sinal de alarme, uma pronta atitude de natureza médica ou de outro teor.

Para Braga e Werneck (2009) a concepção de “vigilância de pessoas” era baseada fundamentalmente na observação sistemática e ativa de casos suspeitos e confirmados de doenças transmissíveis e de seus contactantes, sendo o isolamento a principal medida de controle da época.

Almeida Filho, (2006) refere a essa metodologia como aquela reconhecida pelo sucesso na erradicação da varíola no mundo inteiro, sendo a mesma que serviu de modelo para organização de sistemas nacionais de vigilância epidemiológica.

Braga e Werneck (2009), afirmam que somente a partir da metade do século XX, surge uma visão mais ampla de vigilância, sendo compreendida como o acompanhamento sistemático de eventos adversos à saúde da comunidade com a finalidade de aperfeiçoar as medidas de controle.

Gradativamente o foco da doença deixou de ser individual e ganhou um caráter dentro do âmbito da coletividade. Alguns termos como inteligência epidemiológica foram utilizados, no entanto somente em 1964/1965 que o termo “epidemiológica” foi incorporado à vigilância e usado pela primeira vez em cenário internacional por Karel Raska, em decorrência da criação do departamento de Vigilância Epidemiológica da Divisão de Doenças Transmissíveis da Organização Mundial de Saúde (WALDMAN 1991; BRAGA, WERNECK, 2009).

Certamente a criação do departamento colocou em destaque esse novo termo juntamente com sua abordagem coletiva. Langmuir (1963) reforça a necessidade de distinguir vigilância epidemiológica, epidemiologia e pesquisa epidemiológica. Segundo ele muitos epidemiologistas tendem a tratar tais termos como sinônimos, porém ele coloca o conceito de vigilância como uma prática da epidemiologia.

Em 1968 a vigilância epidemiológica foi tema central da 21ª Assembleia Mundial de Saúde, sendo decretada a abrangência do conceito, que possibilitou o seu uso aos variados problemas de saúde pública para além das doenças transmissíveis, incluindo também as não-transmissíveis (TEIXEIRA, 2006, p.313).

Apesar desse entendimento ampliado, o conceito continua sendo aprimorado, a ponto de incluir diferentes problemas de saúde não transmissíveis, como doenças causadas por exposição a fatores de risco, doenças crônico-degenerativas, riscos ambientais, acidentes, violências e outros (BRAGA, WERNECK, 2009).

Em 1970, a OPAS (Organização Pan-americana de Saúde), com o objetivo de conhecer permanentemente as características epidemiológicas dos problemas de saúde e dos fatores condicionantes, recomenda aos países membros em seu Plano Decenal de Saúde das Américas, a manutenção da vigilância epidemiológica de acordo com a estrutura sanitária de cada país, a fim de permitir medidas oportunas e adequadas a eles relacionadas.

Em meio ao cenário de definições conceituais e fortalecimento da vigilância epidemiológica, surge o símbolo da consolidação das ações de vigilância em âmbito nacional, com a erradicação da varíola no período entre os anos de 1966 e 1973, após o desenvolvimento de inúmeras ações que possibilitaram enfrentar e erradicar a doença em território brasileiro.

Há menos de meio século que as mudanças de ordem conceitual se difundiram internacionalmente. Após ter conhecimento do referencial teórico sobre o assunto, é possível perceber que são gradativas as mudanças de ordem prática. Contudo, o termo vigilância epidemiológica tem consigo uma referência muito marcante sobre doenças transmissíveis, principalmente aquelas que possuem potencial de propagação, causando grandes epidemias.

Como exemplo, podemos referir o evento Primeiro Seminário Regional Sobre Sistemas de Vigilância Epidemiológica de Doenças Transmissíveis e Zoonoses das Américas que ocorreu na cidade do Rio de Janeiro em 1973. Nesse evento foi atribuída importância às características da vigilância epidemiológica, onde foi enfatizada a aplicação direcionada às doenças transmissíveis, por influência das ações prioritárias dos países da América Latina.

O relatório do final do seminário influenciou o conceito de vigilância epidemiológica adotado no Brasil em 1975, definindo vigilância como: "o conjunto de atividades que permitem reunir a informação disponível para conhecer a todo o momento a conduta ou história natural da enfermidade, detectar ou prever qualquer mudança que possa ocorrer por alterações dos fatores condicionantes, para recomendar oportunamente, sobre bases firmes, as medidas indicadas e eficientes que levem à prevenção e controle da doença" (WALDMAN, 1991, p.23).

Nesse período, inclusive as secretarias estaduais, foram estruturadas com unidades de vigilância epidemiológica, que em seguida serviram como base para o desenvolvimento de um sistema de notificação semanal de enfermidades, visando fornecer informações de saúde, através de um boletim quinzenal para, posteriormente, desenvolver ações de grande impacto, com controle de doenças evitáveis por imunização como a poliomielite (TEIXEIRA et al., 1998).

Ainda nessa década o Ministério da Saúde, por meio de instrumentos legais (lei 6.259/75 e decreto 78.231/76), instituiu o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE), graças as recomendações resultantes da 5ª Conferência Nacional de Saúde. Nesse cenário surgem instrumentos importantes para a notificação obrigatória de doenças transmissíveis e a publicação do primeiro Manual brasileiro de Vigilância Epidemiológica, contendo normas técnicas para vigilância de cada doença transmissível.

A importância do SNVE se mostrou notória quando foi introduzida a Vigilância Epidemiológica no texto da lei de criação do Sistema Único de Saúde (SUS), como:

“Um conjunto de ações que proporciona 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” (Lei 8.080/1990).

A ampliação do conceito foi percebida através do texto e a partir daí suas ações foram desenvolvidas em um contexto de profunda reorganização da saúde pública nacional, marcado pela descentralização de responsabilidades e pela integralidade da prestação de serviços.

No ano de 1976, a Associação Internacional de Epidemiologia, publicou em seu jornal (Internacional Journal of Epidemiology), um número especial, refletindo sobre vigilância epidemiológica, destacando e condecorando a relevância e abrangência da prática em saúde pública. Na publicação, várias considerações são realizadas sobre coleta, análise e retorno que apoiam oportunamente as ações de controle (WALDMAN, 1991).

Entretanto, algumas últimas definições ocorrem a partir da produção de Thacker e Berkelman (1988), ao discutirem os limites da prática da vigilância. Eles analisaram se o termo “epidemiológica” seria o mais adequado para relacionar à vigilância em saúde pública aplicada na atualidade. Os autores refletem sobre as atividades em saúde pública associada à vigilância, à pesquisa epidemiológica e laboratorial, aos serviços (abrangendo a avaliação) e treinamento.

Thacker e Berkelman (1988), concluem que o termo “epidemiológica” seria amplo demais para designar as ações relacionadas ao processo de vigilância, que esse termo tem ocasionado a incorporação indevida de atribuições da epidemiologia. Eles propõem que seja intitulada vigilância em saúde pública para evitar confusões sobre a exata delimitação da prática.

Segundo Weidman (1991) a vigilância se desenvolveu e consolidou nas últimas décadas, apresentando variações em sua abrangência, com aplicação na saúde pública de diferentes realidades econômicas, sociais, de sistemas políticos e modelos de saúde.

O histórico da vigilância epidemiológica demonstra o enriquecimento e aperfeiçoamento do conceito a partir do entendimento de sua função e importância para a manutenção da condição de saúde dos territórios e melhoramento da qualidade de vida da coletividade. A comunicação científica se mostrou muito relevante ao contribuir para ampliação dos conceitos e adoção de medidas eficientes em âmbito nacional e internacional. Trata-se de uma construção dinâmica, onde o surgimento de novos estudos servirá de alicerce para iniciativas inovadoras no campo da saúde pública e modelos mais eficazes praticados de acordo com realidades econômicas, sociais e históricas.

2.2.2 Conceitos em Vigilância Epidemiológica

Ao aprofundar o estudo em Epidemiologia, o profissional de saúde se depara com alguns conceitos polissêmicos que possibilitam uma multiplicidade de sentidos, gerando dúvidas sobre o uso e aplicação na descrição de um evento.

Este tópico foi elaborado com o objetivo de esclarecer esses conceitos, muito abordados na saúde pública no que tange às ações de vigilância epidemiológica em serviço. Elencamos as principais terminologias de modo que possibilite uma compreensão ampliada acerca das questões que envolvem essa atividade dinâmica da saúde pública.

2.2.2.1 Agravos

O Regulamento Sanitário Internacional (RSI 2005) conceitua agravo como danos à integridade física, mental e social dos indivíduos. Eles podem ser provocados por doenças ou circunstâncias nocivas, como por exemplo, acidentes, intoxicações ou abuso de drogas.

Barbosa (1987) atribui o agravo à saúde ao desenvolvimento econômico desigual e agressivo; e destaca o surgimento de grupos que defendem uma visão humanística da saúde com enfoque na melhoria da qualidade de vida.

O agravo constitui um fator de alerta para o estudo de uma doença. É uma circunstância de caráter externo ou interno que pode interferir no funcionamento do organismo, impedindo-o de realizar suas funções vitais. O conhecimento desses fatores possibilita antever e tomar medidas preventivas que atenuem a incidência de agravos.

Tauil (1998) traça objetivos no controle de agravo (erradicação, eliminação, redução da incidência, redução da gravidade e redução da letalidade) e destaca sua importância para a identificação de medidas preventivas adotadas e os resultados alcançados no controle de doenças e de outros agravos à saúde.

2.2.2.2 Doença

O conceito de doença pode ser compreendido como um desajuste nos mecanismos de funcionamento do organismo ou ausência de resposta aos estímulos a que são expostos. O processo gera como consequência a perturbação da estrutura ou da função de um órgão, de um sistema, de todo o organismo ou de suas funções vitais (JENICEK e CLÉROUX, 1982 *apud* ROUQUAYROL, VERAS e FAÇANHA, 1999)

Castellanos; Bertolozzi, (1991) destacam o contexto histórico da definição de doença em determinadas épocas, pois são resultados de um trabalho de construção coletiva de um modelo social.

O Ministério da Saúde (1987) definia doença como “alteração ou desvio do estado de equilíbrio de um indivíduo com o meio” (BRASIL, 1987, p.11). O conceito foi ampliado através da portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011, que em seu artigo 1º define as terminologias adotadas em legislação nacional, dispostas no Regulamento Sanitário Internacional (RSI 2005). Nele o conceito de doença é classificado como enfermidade ou estado clínico, independentemente de origem ou fonte, que represente ou possa representar um dano significativo para os seres humanos.

Pereira (2001) estabelece diferenças entre as terminologias adotadas sobre os tipos de doença. A doença infecciosa está relacionada ao processo biológico e ao comportamento do agente infeccioso; a doença infecciosa e parasitária restringe seu campo de atuação a apenas algumas doenças infecciosas; a doença transmissível destaca a presença de um agente etiológico, e sua classificação destaca o risco de disseminação entre a população; a doença contagiosa conota transmissão por contato direto.

Carvalho (2008) conceitua doença como o estado de gravidade de uma situação de saúde e destaca doenças negligenciadas pelo mundo, como exemplo a dengue, filariose, ascaridíase, que ocorrem principalmente em países de clima tropical e considerados subdesenvolvidos.

A fisiologia humana pode ser compreendida através de sua interação com o ambiente em que vive. Quando está realizando suas atividades normais, o homem está em equilíbrio com o meio, ou seja, com saúde. Um leve desajuste nessa delicada relação pode provocar um estado de doença, onde suas funções vitais podem estar comprometidas devido ao acometimento de um órgão ou sistema. Através desse sinal de alerta, são investigados as possíveis causas e medidas para solucionar a situação.

2.2.2.3 Epidemia

Barbosa (2006) define epidemia como a ocorrência de uma determinada doença em um grande número de pessoas ao mesmo tempo. Surge como uma elevação progressiva, inesperada e descontrolada, manifestada espacialmente e cronologicamente.

A Organização Pan-Americana de Saúde (1997) classifica epidemia quando alguma enfermidade ultrapassa a incidência prevista e envolve estudos de variáveis como ocorrências em determinadas épocas do ano, agente infeccioso, características da população.

Buck et al., (1988) elucida através da dicotomia endemia / epidemia, a ideia de que a primeira refere-se a uma doença moradora e a última como doença visitante. Sinnecker (1976) estabelece epidemia como a concentração de uma doença no tempo e espaço e endemia como concentração de uma doença somente no espaço.

Carvalho (2008) acrescenta que a epidemia se constitui como uma frequência acima do esperado para um determinado período. Através da análise da distribuição mensal da média de ocorrência nos últimos anos, temos o “canal endêmico”, ou seja, o comportamento esperado de uma doença “moradora”. Quando se ultrapassa o limite superior do canal endêmico, a autoridade deve assumir uma postura de atenção ao risco de processo epidêmico.

A epidemia merece atenção especial por parte dos pesquisadores por se tratar de um acometimento da população inesperado e veloz, exigindo uma resposta imediata para demarcar territórios da ocorrência e tomar medidas de controle.

2.2.2.4 Investigação epidemiológica

A investigação representa o início de um processo de levantamento de hipóteses que busca explicar a ocorrência de determinado evento que provocou situações adversas na população. Através dessa análise minuciosa, é possível traçar medidas de controle e adotar novas posturas no combate à doença.

Teixeira et al., (2006) destacam a importância da investigação epidemiológica como uma ferramenta de esclarecimento de ocorrência de doenças transmissíveis ou agravos à saúde. Ela pode surgir através da análise de casos isolados ou relacionados.

O Guia de Vigilância Epidemiológica apresenta o ato de investigar como o levantamento de informações e definição de uma linha de pesquisa epidemiológica, onde a metodologia é apoiada em técnicas estatísticas e controle sofisticado com precisão na análise dos resultados e periodicidade esporádica.

Investigação epidemiológica é um trabalho de campo, realizado a partir de casos notificados (cl clinicamente declarados ou suspeitos) e seus contatos. Esse tipo de estudo baseia-se nos casos notificados e é destinado à avaliação de seus desdobramentos em relação à sociedade. Os principais objetivos incluem a confirmação do diagnóstico, a determinação das características epidemiológicas da doença, a identificação das causas e a definição de medidas de controle. Essas metas traçadas são fundamentais para o processo de tomada de decisão-ação da vigilância epidemiológica (TEIXEIRA et al., 2006; BRASIL, 2006).

A investigação pode ser subdividida em: descritiva, onde são quantificados, identificados e caracterizados os danos à saúde; etiológica, onde são apontados possíveis fatores de riscos e prognósticos; metodológica, onde são estimados e aferidos os procedimentos de intervenção e diagnóstico; de avaliação, onde são

avaliados os impactos potenciais da eliminação de um fator de risco ou por um programa de saúde; e teórica, onde são produzidos modelos epidemiológicos para análise estatística e simulações.

A investigação epidemiológica é segundo Acuña e Romero, (1984), a principal fonte de conhecimento sobre o processo saúde-doença. Através dela são produzidos estudos de distribuição e frequência das doenças na população humana, levantamento de causas e análise da magnitude do percurso da doença, identificando seu surgimento e expressão.

2.2.2.5 Processamento de dados em saúde

O Sistema de Informações em Saúde (SIS) é representado como a base referencial de conhecimento que atua para facilitar a ação dos gestores no planejamento e decisões. Ele é parte integrante essencial da organização de um sistema de saúde. Seu objetivo principal é avaliar as políticas vigentes e formular programas de saúde.

O SIS é composto de subsistemas, como o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), que tem como principal instrumento de coleta de dados a Declaração de Óbito (DO); o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), que é responsável pelo registro de nascidos vivos através da Declaração de Nascido Vivo (DN); o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), que registra as notificações e investigações de casos que constam na lista nacional de doenças de notificação compulsória; o Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunização (SNI-PNI), que oferece dados sobre campanhas de vacinação e alcance da imunização sobre a população; o Sistema de Informação de Febre Amarela e Dengue (SISFAD), com dados específicos sobre o controle do vetor das duas doenças, o *Aedes aegypti*; o Sistema de Vigilância Epidemiológica da Malária (Sivep-Malária), que provê dados para vigilância dos casos da doença.

Silveira, (1974) define sistema de informação em saúde como uma ferramenta importante que auxilia com suas técnicas e métodos de tratamento automático da informação, na tomada de decisão e consequente ação. O sistema de saúde deve

ser integrado à população, às instituições e aos recursos humanos, materiais e financeiros. O objetivo dessa conexão é sempre a melhoria da saúde individual e coletiva. O sistema de informação atua como uma rede de coleta e processamento de dados que são analisados criteriosamente, influenciando assim a tomada de decisões.

Sendo assim, dada a sua possibilidade da coleta, armazenamento, processamento dos dados e difusão de informações, os sistemas de informação em saúde representam a capacidade de oferecer dados informatizados que garantem um sistema organizado para o fornecimento de um banco de dados confiável de acesso a informações imprescindíveis para a equipe multiprofissional encarregada pela execução e gestão dos serviços em saúde.

2.2.2.6 Processo Saúde-doença

Laurell, (1983) *apud* Rouquayrol e Goldbaum (2006) descrevem o processo saúde-doença como um processo biológico de desgaste e reprodução que ocorre na coletividade com eventuais funcionamentos diferentes, caracterizados como doença que acarretam consequências para o desenvolvimento das atividades regulares.

Sampaio e Messias, (2002) caracterizam o processo pela sua particularidade de manifestação das condições da vida humana em sociedade, considerando as especificidades de um ciclo de vida e a capacidade de um indivíduo em enfrentar as adversidades que ocorrem. O estudo dessas competências baseia-se em sua origem biológica, psicológica e social.

Entretanto, Vianna (2012) defende que os aspectos relacionados à determinação causal do processo saúde-doença estão ligados a um agrupamento de variáveis que causam e condicionam o estado de saúde e doença de uma população, que variam em diversos momentos históricos e do desenvolvimento científico da humanidade (VIANNA, 2012).

O processo saúde-doença envolve a análise sob vários aspectos da figura humana e seu comportamento frente às adversidades encontradas no percurso,

portanto, deve considerar as contribuições no campo econômico, social, cultural, histórico, político e antropológico, e sua influência no processo de saúde e doença, dado caráter social da dimensão humana. O evento doença caracteriza-se como um ponto chave de estudo e serve de referência para a elucidação de fatores externos e internos que interferem diretamente na saúde dos indivíduos.

2.2.2.7 Surto

O surto pode ser identificado quando ocorre uma elevação repentina do número de casos da doença em regiões específicas. A equipe de saúde monitora a quantidade de casos notificados ao longo dos anos e obtém um número esperado para determinada localidade. Quando a taxa aumenta ligeiramente, merece atenção especial e comunicação imediata às autoridades sanitárias.

Schmid (1956) classifica o surto como uma epidemia de proporções reduzidas que atinge uma pequena comunidade humana, entretanto, Carvalheiro (2008) considera como equivocada a ideia de que um surto é uma epidemia em menor escala. Para ele o surto constitui-se como evidência da observação de determinada doença e sua frequência inesperadamente alta, como um evento sinalizador que provoca análise profunda. O Guia de Vigilância Epidemiológica define surto como um tipo de epidemia em que os casos se restringem a uma área geográfica pequena e bem delimitada ou a uma população institucionalizada (creches, quartéis, escolas, etc). O instrumento norteador do Ministério da Saúde estabelece como principal objetivo da investigação de uma epidemia ou surto de alguma doença infecciosa a identificação de formas de interrupção da transmissão e prevenção da ocorrência de novos casos.

2.2.3 A Vigilância Epidemiológica como prática de Saúde Pública

Segundo Waldman, (1998) não há necessidade que os sistemas de Vigilância Epidemiológica sejam perfeitos para serem úteis, porém, certas limitações impossibilitam que esse instrumento tenha a utilidade que justifique sua efetivação.

A seguir apresentaremos quatro fatores citados pelo autor que mais impactam no desempenho dos sistemas de vigilância, como a subnotificação, baixa representatividade, baixo grau de oportunidade e inconsistências na definição do caso. Um primeiro fator, a subnotificação, segundo o autor é uma situação encontrada até mesmo em países desenvolvidos, e torna um impedimento na definição de tendências, grupos e outros fatores que são considerados de risco e conseqüentemente leva um atraso nas ações de controle. Geralmente é muito característico de sistemas passivos de notificação.

Para Waldman, (1998) a subnotificação pode ser resultado de alguns aspectos como desconhecimento dos profissionais a respeito da importância da notificação e das doenças que fazem parte do rol de notificação; ausência da notificação, em função do tempo consumido no preenchimento da ficha, com falta de retorno da informação analisada; preocupação dos profissionais quanto a quebra da confidencialidade das informações dos usuários e pela falta de percepção desses a respeito da magnitude do processo de vigilância a que determinadas doenças são submetidas.

Segundo fator, a baixa representatividade, que Waldman (1998) relaciona à dificuldade na exatidão de informações sobre o problema de saúde quanto ao tempo, característica da população e distribuição espacial dos casos. Nesse caso é possível diferenciar os casos notificados dos não-notificados de determinada doença segundo características demográficas, local ou de uso de serviços de saúde, caracterizando um descompasso para obtenção de informações fiéis.

Além disso, outros aspectos importantes a serem considerados que reforçam um sistema de baixa representatividade é o caso de privilegiar a notificação dos casos mais graves e de pessoas hospitalizadas e aquelas que naquele momento são mais exploradas pela mídia e desprivilegiar informações corriqueiras (WALDMAN, 1998).

Um terceiro fator importante que impacta na qualidade das ações de vigilância é a baixa oportunidade que se relaciona à atuação oportuna da Vigilância em diferentes momentos e por motivos diversos, como a dificuldade na obtenção de

diagnóstico laboratorial; serviço de notificação incompleto mal preenchido; demora na análise da situação de saúde, característica dos sistemas marcados por rotina burocrática em detrimento das atividades técnicas; demora na disseminação da informação analisada, impossibilitando a população e profissionais de saúde de conhecer informações para uma ação adequada dentro de aspectos de oportunidade e eficiência frente a um problema de saúde (WALDMAN, 1998).

Por último, o quarto fator, é a inconsistência na definição dos casos, levando à avaliação a partir de critérios clínicos, representando um entrave para o desenvolvimento de um sistema de vigilância capaz de identificar os verdadeiros casos com a proposta de acompanhar e analisar (WALDMAN, 1998).

2.2.4 Notificação Compulsória de Agravos

O sistema de vigilância epidemiológica utiliza-se de diferentes fontes de dados, que vão desde notícias veiculadas na imprensa a informações mais específicas como prontuários médicos; atestados de óbito; resultados laboratoriais; registros de banco de sangue; investigação de casos e de epidemias; inquéritos comunitários; distribuição de vetores e reservatórios; usos de produtos biológicos e a notificação compulsória de agravos (PEREIRA, 2001).

Pereira, (2001) afirma que o sistema de Vigilância Epidemiológica se baseia na notificação compulsória de casos, que se trata de uma comunicação oficial de determinado caso suspeito - observado a partir de sua sintomatologia - com a ocorrência de agravo à saúde. Segundo o autor, qualquer pessoa pode realizar a notificação às autoridades sanitárias, sendo um profissional de saúde ou não. O cumprimento das funções de vigilância epidemiológica depende da disponibilidade de dados que venham servir para apoiar o processo de produção da informação para a tomada de decisão/ação (BRASIL, 2006).

O Ministério da Saúde define as doenças mais relevantes a nível nacional através de uma listagem, onde são especificados os eventos que merecem ser classificados como notificação imediata ou obrigatória. Os parâmetros para sua

inclusão na lista são estabelecidos por critérios como: magnitude, onde entram doenças de elevada frequência; potencial de disseminação, onde é aferido o potencial de transmissão da doença, seja por vetor ou outra fonte de infecção; transcendência, onde são destacadas diversas variáveis, como severidade, relevância social, relevância econômica; vulnerabilidade, onde são aferidas as medidas concretas de instrumentos para prevenção e controle da doença; compromissos internacionais, relacionados a metas do continente ou mundial de controle, eliminação ou erradicação de doenças previstas em acordos do governo com órgãos internacionais; e ocorrência de emergências, epidemias e surtos, onde configuram situações que exigem notificação imediata, pois implicam riscos de contaminação.

O preenchimento da ficha de notificação tem que ser muito cuidadoso, e devem ser registradas informações com o máximo de exatidão, de modo que seja possível ter a total clareza do evento. As fichas devem ser preenchidas em todos os campos, não desprivilegiando algumas informações adicionais que possam contribuir para o esclarecimento do evento (BRASIL, 2006)

O sistema nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE) foi criado no texto da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90), que define o sistema de vigilância epidemiológica como “um conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual e coletiva a fim de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças e agravos” (ROUQUAYROL, ALMEIDA, 2006, p.314).

O Guia de Vigilância Epidemiológica considera alguns fatores para notificação. A suspeita deve ser notificada, mesmo em casos em que não houve a confirmação da doença. O sigilo das informações garante o direito ao cidadão de permanecer anônimo e a notificação negativa é feita quando não há ocorrência de nenhum caso, atestando a eficiência do sistema de informações.

Dado o caráter compulsório do ato de notificar, essa postura deve assumir certas formalidades por parte profissional da saúde ou cidadão. Observa-se, entretanto, que as notificações por vezes não são realizadas por desconhecimento de sua relevância e por minimizar sua real função. O sistema de notificação deve estar integrado às práticas desses profissionais como um instrumento imprescindível de um sistema de Vigilância Epidemiológica sensível.

2.3 AS TECNOLOGIAS E A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

A educação e a saúde são espaços de produção e aplicação de conhecimentos e saberes destinados ao desenvolvimento humano em um ciclo constante e permanente de ensinar e de aprender. O campo da saúde guarda a tarefa de incorporar o processo educativo no cotidiano de trabalho.

Paulo Freire, (2007) ao refletir sobre o homem e a educação considera que:

“o homem pode refletir sobre si mesmo e colocar-se num determinado momento, numa certa realidade: é um ser na busca constante de ser mais e, como pode fazer esta autorreflexão, pode descobrir-se como um ser inacabado, que está em constante busca” (FREIRE, 2007, p. 27).

É possível perceber no texto do autor, que a êgide da educação está na construção contínua do homem como um ser ciente de suas limitações e necessidades de aquisição de conhecimentos. O processo de autorreflexão nos aproxima de um conceito muito importante, ligado à educação e a saúde, denominado, Educação Permanente em Saúde. A Política Nacional de Educação Permanente estabelece como objetivo das ações a “transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho” (BRASIL, 2009, p. 20).

Ceccim, (2005) elabora uma definição pedagógica para a Educação Permanente quando afirma que:

“o processo educativo que coloca o cotidiano de trabalho – ou da formação – em saúde em análise, que se permeabiliza pelas relações concretas que operam realidades e que possibilita construir espaços coletivos para a reflexão e avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano” (CECCIM, 2005, p. 161).

Entretanto, conceitua a Educação Permanente em Saúde como um processo educativo, advindo do pressuposto pedagógico da aprendizagem significativa e do ensino problematizador, capaz de estimular a reflexão da prática profissional e dos processos a ela relacionados, incorporando o processo ensino-aprendizagem no cotidiano ao trabalho (CECCIM, 2004, 2005, 2006). Para Montenegro, Brito e Silva (2012), a educação permanente caracteriza-se por um processo dinâmico de ensino aprendizagem de forma permanente que busca atualizar e melhorar a capacitação do profissional em suas referidas instituições.

Na década de 50, a visão sobre educação para a prática profissional estava ligada apenas à formação médica, vista a concepção medicalocêntrica da época, entretanto com o avanço da ciência e das novas tecnologias incorporadas ao campo da saúde tem promovido uma intensificação de uso de equipamentos entre outras transformações, promovendo como resultado a ampliação e atividade de outras categorias profissionais nos processos de educação em serviço (CARDOSO, 2015). A proposta da educação permanente, portanto, sugere a partir de uma perspectiva centrada no processo de trabalho que não se limita a determinadas “categorias profissionais, mas a toda a equipe, incluindo médicos, enfermeiros, pessoal administrativo, professores, trabalhadores sociais e todas as variantes de atores que formam o grupo” (BRASIL, 2009, P. 45).

Segundo o documento regulamentador do Ministério da Saúde, esse tipo de aprendizado baseado na situação, prevê a transformação do cotidiano das unidades, através das situações do dia a dia em instrumento de reflexão e análise dos problemas e promovendo o aprendizado (BRASIL, 2009).

Se de um lado, há diferentes formas de promover uma prática reflexiva com melhoria da assistência à saúde para o atendimento às demandas de formação dos profissionais, de outro, existe um grande desafio incorporado pela saúde pública para a formação do seu corpo técnico, considerando o volume de profissionais e os métodos de transmissão de conhecimento empregados historicamente caracterizado pelas capacitações que seguem a lógica do “modelo escolar” que nem sempre alcançam os resultados esperados (BRASIL, 2009, p. 41).

O modelo escolar muita das vezes segue o seguinte desenho de capacitação:

“pressupõe a reunião das pessoas em uma sala de aula, isolando-as do contexto real de trabalho, colocando-as ante um ou vários especialistas experientes, que transmitirão conhecimentos para, uma vez incorporados, serem aplicados. A primeira intenção é “sensibilizar” o grupo acerca do valor do novo enfoque ou conhecimento e “transmitir” a melhor forma de entendê-lo. É praxe, posteriormente, organizar uma “cascata” de encontros, das equipes centrais até os grupos de nível operativo, por intermédio de multiplicadores. A expectativa (e o pressuposto) é que as informações e conhecimentos adquiridos serão incorporados às práticas de trabalho” (BRASIL, 2009, p. 41).

Mesmo que em alguns casos específicos haja a aprendizagem individual por meio desse tipo de formação, não há garantias de que ocorra uma formação que assegure a transferência dos conhecimentos para a ação coletiva (BRASIL, 2009).

O Ministério da Saúde, através da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, em sua conceituação estabelece como um dos objetivos da Educação Permanente “a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde” (CAMPOS, et al., 2006, p. 43).

Atualmente existem diferentes estratégias que visam potencializar a educação permanente através dos recursos tecnológicos proporcionado pelas TDIC que, considerando os desafios do serviço público, adquirem um caráter estratégico, promovem a disseminação do conhecimento e garantem o acesso e troca de informações de nível global, possibilitando um aprendizado particularizado, proporcionando flexibilidade geográfica, de tempo, e de objetivos (BRASIL, 2009).

Apesar de poucos estudos se dedicarem a discutir e esclarecer, propor e difundir o vasto campo de possibilidades de utilização das TDIC, os docentes devem adaptar-se às novas tecnologias como um instrumento pedagógico na prática profissional, uma vez que estas possuem potencial de proporcionar uma aprendizagem mais crítica e participativa (CARDOSO, 2008).

Para Prado, (2009) o desenvolvimento das TDIC promove mudanças nas relações entre as pessoas e dessas com o meio. É possível perceber como elas passaram a representar um importante instrumento na organização social, possibilitando o processamento, armazenamento, difusão e elaboração contínua do conhecimento.

O processo de intermediação educacional pelo uso das TDIC ampliou significativamente as formas de comunicação e aquisição de informações, alterando a modo de se aprender na atualidade (EVORA, 2010).

“O aprendizado através de recursos tecnológicos, em particular na atualização profissional, é de grande importância, razão pela qual atingiu grande desenvolvimento nas últimas décadas. Ele permite a flexibilidade e abertura no acesso ao conhecimento e à informação, facilita a formação de

comunidades virtuais em áreas de interesse, supera problemas de distância e de acesso a bibliografias, potencializa a circulação de dados e o desenvolvimento de debates e, em geral, oferece uma adesão dos usuários mais dinâmica, oportuna e personalizada do que as atividades de ensino presencial” (BRASIL, 2009, p. 53).

Foram muitas as transformações ocorridas o mundo atual, nos aspectos econômicos, tecnológicos, culturais e políticos que provocaram e provocam significativas mudanças no modo de ver a educação e principalmente a formação profissional. Para Ceccim (2005) a educação permanente tem acompanhado as TDIC, afinal, a atualização profissional faz-se, a cada dia, mais necessária para os profissionais da saúde.

As inovações educacionais decorrentes do uso das TDIC constituem um fenômeno social que transcende o campo da educação, situando-se num patamar mais geral, o do papel da ciência e da técnica na sociedade (BELLONI, 2002).

Inúmeras são as ferramentas tecnológicas disponíveis na atualidade, e para que tais instrumentos possam oferecer significativa contribuição para a área da saúde, faz-se necessário que os profissionais estejam devidamente capacitados. E considerando o constante aprimoramento tecnológico, a capacitação deve ser permanente (AIRES e RAGGY, 2014).

Podemos dizer que recentemente o uso das TDIC está muito presente na formação profissional e na busca por informações para a prática. O uso de computadores, smartphones, tablets, que são acompanhados de aplicações e aplicativos diversos e mais atrativos, concretizam-se como favoráveis ferramentas para o desenvolvimento da educação permanente. Segundo Elbert, (2003) o público é muito receptivo a esse tipo de modalidade. Para o autor, a maioria dos adeptos do uso das TDIC é composta por profissionais que precisam de formação complementar para ampliação de informações e garantia da atividade profissional com aquisição de conhecimentos através da internet.

Entretanto, Ramos e Coppola, (2009 p. 5), afirmam que “a internet como uma nova mídia a ser utilizada deve ser analisada como um instrumento de comunicação, informação, de pesquisa e de produção de conhecimentos”, e que seu uso como ferramenta pedagógica nos coloca a refletir que as tecnologias disponíveis na atualidade representam um instrumento, que se bem utilizado, poderá contribuir para

atender às novas necessidades de aquisição de conhecimentos da sociedade atual, rápida e em constante mudança (RAMOS e COPPOLA, 2009).

Tomaél et al., (2004) no artigo que aborda a avaliação das fontes de informações na internet apontam que a disponibilização de materiais atuais na rede tem um papel muito importante, constituindo um valioso indicador para o desenvolvimento de organizações e profissionais, entretanto com o notável crescimento de fontes eletrônicas, é possível perceber que grande parte dos dados disponíveis na atualidade nem sempre estão estruturados de modo que o usuário consiga tomar conhecimento e transformá-los em informações úteis dentro de suas próprias necessidades.

Assim como afirma Almeida e Sales, (2007 p. 72) “Todo conhecimento advém de uma fonte de informação. Para criar um novo conhecimento é imprescindível que este seja embasado por outro conhecimento já existente e devidamente comunicado em alguma outra fonte, seja ela oral, escrita ou audiovisual. ”Para eles o fato de não haver uma avaliação prévia dos conteúdos disponíveis pela internet, propicia muitas vezes a disseminação de informações irrelevantes, imprecisas e desatualizadas e faz-se necessário um estudo referente aos critérios para avaliação desses (ALMEIDA e SALES, 2007 p. 72). Apesar de haver um grande volume de *sites* eficientes disponíveis, pode ser uma tarefa difícil encontrá-las (TOMAÉL et al., 2004; ALMEIDA , SALES, 2007).

Entretanto é importante considerar a internet um recurso muito poderoso no que diz respeito a informações de saúde, podendo ser um grande instrumento educacional. A rede mundial de computadores assim como é chamada, possibilita a transposição dos conceitos de tempo e espaço e garante o acesso a um grande número de informações em revistas científicas, universidades, hospitais e outros, garantindo a captura rápida de fontes a qualquer hora e lugar (GARBIN et al, 2012).

2.4 O USO DAS TECNOLOGIAS DIGITAIS DA INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO NO CONTEXTO DE ENSINO

Nas últimas duas décadas, com o advento das tecnologias digitais, a educação à distância vem sofrendo mudanças significativas, tanto em aspectos metodológicos como de abordagem. Anteriormente o processo ensino-aprendizagem estava restrito/condicionado ao material impresso e outros como rádio e TV.

Atualmente vivemos características inéditas no que se refere ao processo pedagógico proporcionado pelas TDIC, uma vez que seu aparato tecnológico crescente torna mais relevante observar a Educação à distância (EAD) através do rompimento de entraves, ligados a mediação, interação e acompanhamento dos alunos em ambientes virtuais (HEIMANN, 2011).

Dupret (2011) aponta que além de serem reveladas poderosas aliadas no enfrentamento dos desafios da educação (rompimento de barreiras geográficas, de tempo, de compartilhamento de conhecimentos e ampliação das possibilidades de interação), a incorporação das tecnologias em processos educativos deve oferecer significado e contribuir para a formação centrada no sujeito da aprendizagem, com qualidade pedagógica; diferente de muitos programas que pela oferta de inúmeras possibilidades na incorporação das tecnologias, acabam tomados de certa “euforia” para que os mesmos pareçam inovadores do ponto de vista tecnológico, mas acabam por desenvolver propostas pedagógicas completamente obsoletas sob o ponto de vista pedagógico.

O Ministério da Saúde (2009) no desenvolvimento das ações de Educação Permanente, aponta as tecnologias aplicadas à educação como de caráter estratégico, à medida que potencializa a disseminação global do conhecimento, estimulando o intercâmbio com o mundo.

Hoje em dia já é possível potencializar a Educação Permanente e em Serviço com os aportes das tecnologias de Educação a Distância. Em lugar de opor uma modalidade à outra, trata-se de enriquecer os projetos integrando ambas as contribuições, ou seja, faz-se necessário fortalecer os processos de Educação Permanente com a inclusão de aportes da Educação a distância, aproximando o conhecimento elaborado às práticas das equipes, alimentando suas contribuições no caminho de um progresso construtivo e inclusivo. Para isso, faz-se necessário o fortalecimento dos

modelos educativos a distância privilegiando a problematização e integrando-os ao desenvolvimento de projetos de Educação Permanente em serviço (BRASIL, 2009).

Tal iniciativa parece ser incentivada em consonância com a necessidade de formação permanente, aliada à democratização do acesso à Internet, com vista no rompimento dos entraves da ligadas ao desafio da educação nacional, que pode ser vista como uma oportunidade ampliação de oportunidades de formação.

2.4.1 Tecnologias da Informação Móvel (*M-learning*)

Mülbert e Pereira (2012), em artigo que traça um panorama das pesquisas sobre aprendizagem móvel, defendem que as inovações tecnológicas, resultado do desenvolvimento no campo das telecomunicações têm possibilitado o acesso a ambientes virtuais de aprendizagem cada vez mais diversificados. Além disso, recordam que no passado recente, era requisito para o acesso a Ambientes Virtuais de Aprendizagem um computador conectado à rede fixa de internet. No entanto, atualmente coexistem inúmeros dispositivos mais leves, rápidos, sem fios, que proporcionam o acesso a ambientes e recursos educacionais parecidos.

Para Batista et al., (2010) estamos vivendo a era da mobilidade, sendo assim, as relações entre educação, sociedade e tecnologia estão cada vez mais dinâmicas, configurando um novo paradigma, caracterizado pelo aumento da informação em qualquer tempo e lugar. Já Mozzaquatro (2009) descreve o surgimento de uma sociedade móvel e conectada, com uma grande gama de fontes de informação e modos de comunicação existentes.

Em ocasião desse cenário, assistimos ao surgimento de uma sociedade móvel e conectada em diferentes ambientes: domiciliares, trabalho, estabelecimentos de ensino, comerciais e outros muitos espaços sociais, chamados *hotspot* (MEIRELLES e TAROUÇO, 2005). Os autores pontuam que as tecnologias móveis estão sendo incorporadas de forma ubíqua e em rede, propiciando interações sociais relevantes, sensíveis ao contexto e possibilitando conectividade com a Internet.

Considerando o aspecto onipresente dado a esse tipo de uso da tecnologia, surge o termo “*M-learning ou mobile learning*”, sendo esses, os termos mais utilizados para representar o conjunto de práticas e atividades educacionais viabilizadas por meio de dispositivos móveis”(MÜLBERT e PEREIRA, 2012).De acordo com Ogata(2004) apud Mozzaquatro (2009), os ambientes virtuais de aprendizagem necessitam avançar tecnologicamente para esse tipo de modelo, de modo que suporte processos educacionais em qualquer lugar e tempo.

Para Mülbert e Pereira (2012) existe mais ou menos uma correlação com o conceito *m-learning, mobile learning* ou aprendizagem móvel, no entanto essa associação se dá com termos como *wireless*, ubiquidade, aprendizagem pervasiva ou nômade. Os termos usados sozinhos não refletem a complexidade que se dá ao conceito.

Os autores avançam em discussões que permitem uma visão ampla a respeito do conceito, que se dá especificamente pela aprendizagem que é oferecida por meio de dispositivos de mão, tais como palmtops, smartphones, *iPhods, tablets* e outros de tamanho pequeno. No entanto, além de se tratar de uma definição tecnocêntrica, está atrelada a dispositivos que possuem suas existências transitórias. Sendo assim, aconselha-se que se busque o conceito de m-learning não apenas em seu aspecto tecnológico, e sim, de modo a abordá-lo a partir da ótica do ensino, com foco nas práticas educativas. Portanto, apesar da tecnologia ser o recurso viabilizador de novas práticas, esse tipo de aprendizado necessita de uma caracterização que extrapole o contexto tecnológico (MÜLBERT E PEREIRA, 2012).

No estudo de Mozzaquatro et al., (2009) que realizaram a validação de um ambiente de aprendizagem móvel em curso a distância,os autores consideraram a satisfação por parte dos alunos, que acessaram o ambiente classificando como incentivador para o processo de aprendizagem, pois além de julgarem novidade, foi avaliado como útil na vida diária. O que reforça os postulados de Mülbert e Pereira (2012) e demais autores internacionais mencionados por eles, que o *m-learning* se distingue de outras formas de aprendizagem pelo fato de se adaptar ao ritmo (em constante movimento) dos alunos, sendo possível aprender em diferentes espaços, através de diferentes recursos.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Quanto ao método e a forma de abordar o problema, podemos classificar este estudo como qualitativo (TRIVIÑOS, 1987), pois se dedicou a descrever os resultados a partir da transcrição de entrevistas, narrativas, declarações dos profissionais atuantes na Estratégia de Saúde da Família do município de Barra do Piraí/RJ. Foi realizada uma pesquisa aplicada, pois buscou além de ir a campo, conversar com pessoas, “contribuir teoricamente para novos fatos para o planejamento de novas pesquisas” (TRUJILLO FERRARI, 1982, p.171).

Quanto ao objetivo da pesquisa pode ser classificada como descritiva, (Triviños, 1987, p.100) de modo que se empenhou em descrever a compreensão dos profissionais de saúde sobre determinados conceitos relacionados à Vigilância Epidemiológica, buscando manter a neutralidade no decorrer da coleta de dados.

Para o desenvolvimento da pesquisa foram escolhidas 04 unidades de saúde entre as 06 unidades de Estratégia de Saúde da Família atuantes no município. A amostra definida foi por conveniência, devido ao fato de representarem áreas mais distantes do centro da cidade e possuindo aspectos demográficos distintos. Areal, Califórnia da Barra, Parque Santana e Vargem Alegre.

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com profissionais da equipe Multiprofissional (Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem e Agentes Comunitários de saúde). O contato com os sujeitos da pesquisa foi realizado com antecedência, diretamente com os gerentes das Unidades de Saúde.

As entrevistas ocorreram no horário de funcionamento das unidades de saúde (compreendido entre sete horas da manhã até as dezessete horas da tarde), no período de trabalho dos profissionais, e teve o enfoque em conhecer a opinião, atitudes e significados que os profissionais atribuem às questões ligadas a Vigilância Epidemiológica. Segundo Minayo (1996) as entrevistas têm como vantagens entre outras coisas, analisar atitudes, comportamentos, reações e gestos e dar maior flexibilidade ao entrevistador.

O áudio das entrevistas foi gravado em celular *smartphone* do pesquisador e todos preencheram e assinaram autorização de gravação do áudio constante no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido disponível no Apêndice D deste trabalho.

Para Triviños (1987), as entrevistas semiestruturadas, ao mesmo tempo em que valoriza a presença do investigador, oferecem todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação.

3.1. DESCRIÇÃO DO LOCAL DO ESTUDO

O presente trabalho foi desenvolvido na cidade de Barra do Piraí, pertencente à Região Médio Paraíba do Estado do Rio de Janeiro. A cidade possui uma área de 582,1 km², que corresponde a 9,4% da Região Médio Paraíba a qual faz parte. Sua localização Geográfica é central na região Sul Fluminense, ficando há aproximadamente 100 km de distância da capital, Rio de Janeiro. Barra do Piraí faz limite com os municípios de Valença, Vassouras, Mendes, Piraí, Pinheiral, Volta Redonda e Barra Mansa.

Segundo dados do IBGE (2010) a população do município é composta por 94.778 habitantes, correspondendo 45.154 pessoas do sexo masculino e 49.624 do sexo feminino. Atualmente a cidade é composta de 6 distritos: Barra do Piraí (sede), Ipiabas, Vargem Alegre, Dorândia, São José do Turvo, Califórnia da Barra.

O mapa na figura 1 apresenta a localização do município em relação ao território do Estado do Rio de Janeiro.

Figura 1: Localização Geográfica no Estado do Rio de Janeiro



Fonte: IBGE

Em relação à Saúde Pública, Barra do Piraí apresenta uma Rede de Saúde Hierarquizada, dispondo a seguinte estrutura: 15 Unidades Básicas de Saúde; 06 Unidades de Estratégia de Saúde da Família; 01 (PACS) que funciona o Programa de Agentes Comunitário de Saúde; 01 Serviço de Pronto-Atendimento (Polo de Emergência); 03 Hospitais gerais conveniados; 01 Farmácia Municipal; 01 Centro de Saúde da Mulher; 01 Centro de Saúde (Albert Sabin); 01 Serviço de Especialidades Médicas; 01 CEO (Centro Especialidades Odontológicas); 01 Laboratório Municipal e 03 Laboratórios Hospitalares Conveniados.

3.2 INSTRUMENTO NORTEADOR DA ENTREVISTA (ROTEIRO)

As questões que compuseram o roteiro da entrevista foram definidas em dois aspectos: primeiro de modo que possibilitasse conhecer o perfil do profissional de saúde (formação, atuação e tempo de serviço) e segundo de modo que permitisse compreender suas relações e conhecimentos sobre Vigilância Epidemiológica.

As questões foram elaboradas baseadas no levantamento bibliográfico sobre o assunto em Pereira (2001) Rouquayrol e Almeida (2006), Guia de Vigilância Epidemiológica do Ministério da Saúde, (2006), Braga e Werneck (2009), na dissertação de mestrado de Waldman (1991) e na prática profissional do pesquisador.

Considerando tais aspectos, foram realizadas perguntas com intuito de conhecer o grau de compreensão sobre a vigilância epidemiológica dos entrevistados conforme apresentado a seguir: (1) o correto entendimento da disponibilidade de informações oficiais a respeito das doenças de notificação compulsória; (2) o modo como se busca aquisição de informações referentes ao processo de trabalho no que tange as doenças de notificação; (3) o nível de informação sobre notificações de agravos; (4) exemplos de notificações mais presentes no dia a dia do serviço de saúde; (5) eventual atuação em processos de investigação agravos à saúde e (6) o correto entendimento a respeito do processo de continuidade da notificação/investigação de agravos após chegada ao setor de destino das notificações.

3.3 COLETA DE DADOS E TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS

A escolha da entrevista como instrumento de coleta de dados foi importante pois buscamos coletar o máximo de informações para a pesquisa. Foi possível observar o envolvimento com os entrevistados que acreditamos que não seria possível em uma entrevista com uso de questionário. Para Minayo (1994) a entrevista privilegia a obtenção de informações através da fala individual, que revela relações com a estrutura local, valores, normas e símbolos e transmite através do entrevistado representações de determinados grupos.

Apesar da importante interação social promovida pela entrevista, observamos como limitação para o estudo, a possível preocupação dos sujeitos a respeito da neutralidade política da pesquisa. Sendo assim, antes de serem submetidos à entrevista, todos receberam informações informais e formais sobre o estudo, com o intuito de minimizar a sensação de avaliação. As informações informais foram oferecidas assim que houve o encontro com o sujeito e o entrevistador, com esclarecimento sobre o objetivo meramente acadêmico do trabalho. As informações formais sucederam com a leitura do Termo de Compromisso Livre e Esclarecido por parte do pesquisador.

Antes de realizar a visita às unidades de saúde, o pesquisador estabeleceu contatos com os gerentes das unidades, solicitando a participação da equipe na

pesquisa. Para reservar maior espontaneidade dos entrevistados, não foram informados maiores detalhes sobre o teor da pesquisa.

Todas as entrevistas foram agendadas com antecedência, seguindo orientações dispostas por Costa (2009), em seu livro Metodologia da Pesquisa. O roteiro da entrevista seguiu a ordem predefinida.

A entrevista foi realizada individualmente em sala fechada e a gravação do áudio foi captada através de aparelho *smartphone* da marca Samsung. Buscamos deixar o entrevistado à vontade e nos mantivemos neutros perante o processo. Apenas participaram da entrevista aqueles que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As entrevistas foram transcritas, preservando sigilo da identidade dos profissionais que participaram.

Antes da realização das entrevistas, foram aplicados dois testes com profissionais do Setor de Vigilância Epidemiológica. Após análise minuciosa, chegamos à conclusão sobre a necessidade de alguns ajustes, que foram feitos para melhor se aproximar do objetivo da pesquisa. O roteiro disponível nos apêndices deste trabalho representa o modelo final, ajustado -o mesmo a que os sujeitos foram submetidos, no momento das visitas às unidades de saúde.

À medida que as entrevistas aconteciam, foram feitas as transcrições literais, com pequena correção em determinadas palavras com pronúncia errada e exclusão de palavras repetitivas.

No momento das transcrições, com o propósito de manter o sigilo da identidade dos participantes, identificamos todos por um código para cada sujeito. No Quadro 1 apresentamos o quadro que dispõe sobre características sobre a amostra.

Quadro 1 – Perfil profissional da equipe de saúde entrevistada.

Sujeito	Categoria	Formação	Função	Tempo
P1-1	ACS	Ensino Médio	Agente Comunitário de Saúde	3 anos
P1-2	ACS	Ensino Médio	Agente Comunitário de Saúde	3 anos
P1-3	ACS	Ensino Médio /Técnico em logística	Agente Comunitário de Saúde	5 anos
P1-4	ACS	Ensino Médio/ Créditos e finanças	Agente Comunitário de Saúde	8 anos
P2-1	Téc. Enf.	Ensino Médio/ Auxiliar de enfermagem	Auxiliar de Enfermagem	27 anos
P2-2	Téc. Enf.	Técnica de Enfermagem	Técnica de Enfermagem	3 anos
P2-3	Téc. Enf.	Técnica de Enfermagem	Agente Comunitário de Saúde	3 anos
P2-4	Téc. Enf.	Técnica de Enfermagem	Técnica de Enfermagem	3 anos
P3-1	Enf.	Graduação em Enfermagem/ Especialista	Enfermeira gerente/assistencialista	3 anos
P3-2	Enf.	Graduação em Enfermagem	Enfermeira gerente/assistencialista	4 anos
P3-3	Enf.	Graduação em enfermagem	Enfermeira gerente/assistencialista	5 meses
P3-4	Enf.	Graduação em enfermagem	Enfermeira gerente/assistencialista	7 anos

Fonte: Elaborado pelo autor.

O quadro desenvolvido possui nomenclaturas específicas para diferenciar os profissionais que compõem a amostra da pesquisa. Foram considerados “P1” os Agentes comunitários de Saúde, “P2” os Técnicos de Enfermagem e “P3” os Enfermeiros. O número que se encontra após o hífen indica a unidade de saúde de atuação com uma numeração de 1 até 4.

3.4 PROCEDIMENTOS ÉTICOS ASSOCIADOS À PESQUISA

Este estudo atendeu aos preceitos éticos da resolução nº 466/2012 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa que preconiza normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996).

Antes da realização do trabalho de campo, encaminhamos o Projeto de Pesquisa para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, do Centro Universitário de Volta Redonda, sendo aprovado com o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) de nº 37606614.3.0000.5237, conforme o Parecer do CEP disponível nos anexos.

3.5 TÉCNICA E PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS

A escolha para o tratamento dos dados da pesquisa foi a análise de conteúdo. Segundo a autora (BARDIN, 2011, p.38), a análise de conteúdo refere-se a “um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens”.

Bardin (2011) indica que a utilização da análise de conteúdo prevê três fases fundamentais, pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados - a inferência e a interpretação.

3.6 FASE DE PRÉ-EXPLORAÇÃO DO MATERIAL

Após a transcrição e separação do material a ser analisado, foi feita leitura flutuante sobre todo produto da entrevista com a proposta de esmiuçar e organizar os aspectos que seriam trabalhados na análise de conteúdo. Segundo Bardin (2011), nesta fase são elaboradas as hipóteses e os objetivos da pesquisa.

Durante a leitura foi feito um levantamento das principais ideias nos ajudando a categorizar as respostas mais frequentes e importantes. Essa análise permitiu sistematizar e condensar conceitos que emulem uma questão significativa a ser trabalhada. Para a autora, a categoria em geral, é uma forma de pensamento e reflete a realidade de forma resumida em determinados momentos.

O momento de escolha das categorias para serem trabalhadas foi desafiador, pois constituiu um estágio de leitura contínua e recorrente do material, com o objetivo de filtrar as questões de maior repercussão ligadas ao tema da pesquisa. Preocupamo-nos em elencar as categorias com muito cuidado, dada a riqueza de informações oferecida para não desprivilegiar conceitos relevantes para o escopo da investigação.

No quadro 2 são apresentadas as categorias produto dessa fase, e que serviram como base para a criação das subcategorias.

Quadro 2 – Categorias criadas pela técnica de análise de conteúdo.

CATEGORIA	TEMA
Nº 1	Conhecimentos sobre Vigilância Epidemiológica.
Nº 2	Compreensão a respeito das doenças e agravos de notificação compulsória.
Nº 3	Impressões sobre o processo de notificação de agravos.
Nº 4	Desfecho após o processo de notificação por parte da VE/ Sistema de informações.
Nº 5	Reflexões sobre a prática da equipe multiprofissional na ESF e seus desdobramentos sobre a Vigilância Epidemiológica.

Fonte: Elaborado pelo autor.

3.7 SELEÇÃO DAS UNIDADES DE ANÁLISE

Para a seleção de subcategorias, o critério utilizado foi à observação de conceitos-chave frequentemente citados pelos sujeitos que se relacionavam com as categorias elencadas. Para tal foi realizado o agrupamento de respostas de mesmo teor na tentativa de oferecer um caminho para dialogar com o referencial teórico sobre o assunto relacionado à prática.

Foram extraídas quinze subcategorias relacionadas às categorias apresentadas no quadro anterior. A determinação das subcategorias foi resultado do processo de exploração do material, proposto por Bardin, (2011). Essas subcategorias são apresentadas em quadros na seção posterior resultados e discussão.

3.8 DESENVOLVIMENTO E AVALIAÇÃO DO PRODUTO

Como produto resultante desta pesquisa, desenvolveu-se um *site*, destinado às equipes multiprofissionais da Estratégia de Saúde da Família e outros profissionais de saúde e acadêmicos envolvidos nas demais áreas da saúde pública que se relacionam com a Vigilância Epidemiológica (hospitais, ambulatórios, laboratórios, centros de referência).

O *site* está disponível para acesso na internet no endereço eletrônico <http://amarovneto.wixsite.com/gave>. Para o desenvolvimento deste, buscou-se o uso de linguagem didática e objetiva de modo que as informações fossem interpretadas com facilidade, contrapondo os tradicionais materiais e guias disponíveis a uma parcela reduzida de profissionais pela complexidade de termos e definições, o que torna o conhecimento hermético para muitos.

Além do conteúdo disponível *on-line* foram elaborados *folders* de divulgação que foram entregues aos profissionais de saúde. O folder traz dados sobre o conteúdo do *site*, considerando a disponibilidade de informações através de livros, *e-books* interativos, *blog* de notícias, vídeos, compartilhamento de fichas de trabalho, seção de perguntas e respostas e outras. Ademais, o folder reforça a experiência multiplataforma o que torna mais convidativa a visita, devido o conteúdo apresentar uma linguagem adaptável para *smartphones*, *tablets* ou computadores.

Com o interesse de avaliar o *site*, foi desenvolvido e disponibilizado na página principal um *link* de uma pesquisa para os usuários exporem sua opinião a respeito do *site* a partir de perguntas elaboradas através de um questionário criado em *Google Forms*. Essa ferramenta da empresa *Google* possibilita a criação, coleta e análise de formulários de forma simples, rápida e gratuita.

O formulário disponível no *site* contou com questões que visam avaliar a linguagem, conteúdo e a importância do material para a prática cotidiana ligada às ações de Vigilância Epidemiológica para os profissionais e serviços de saúde na Atenção Básica.

4– RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo serão apresentados os resultados e discussão das análises desenvolvidas a partir das entrevistas, obedecendo a sequência de cinco categorias resultantes do processo de análise de conteúdo. Cada categoria ofereceu subsídios para elaboração de subcategorias que serão evidenciadas a seguir.

Os fragmentos das falas dos entrevistados no texto são acompanhados de um código entre parênteses que identifica a atuação do profissional no serviço de saúde, identificação da Unidade de Estratégia de Saúde da Família e pergunta da entrevista. Sendo assim, compreendemos o código através de numeração separada por hífen, identificado na seguinte ordem: categoria profissional- unidade de saúde de atuação (ESF) – questão no roteiro de entrevista.

4.1 – CATEGORIA 1: CONHECIMENTOS SOBRE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA.

Esta categoria foi criada baseada na variedade de conceituações dos profissionais entrevistados, quando indagados sobre seus conhecimentos a respeito de Vigilância Epidemiológica. Foi possível observar uma visão reducionista atribuída ao termo. No entanto, podemos dizer que apesar de cada entrevistado apresentar uma visão diferente, elas se aproximam dos conceitos de VE trabalhados na atualidade.

Para determinarmos as subcategorias, usamos as palavras mais citadas, considerando sua pertinência em relação ao termo e frequência de menções. A metodologia escolhida forneceu subsídios para a criação de três subcategorias, sendo elas relacionadas à compreensão da VE a partir da noção de Prevenção e Controle sobre surtos e epidemias; A VE como sistema sentinela; Investigação, notificação, acompanhamento, apresentadas no quadro a seguir:

Quadro 3 – Categoria e subcategorias relacionadas a “Conhecimentos sobre Vigilância Epidemiológica”.

CATEGORIA 1 - Conhecimentos sobre Vigilância Epidemiológica	
Subcategorias	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Compreende a VE a partir da noção de Prevenção e Controle sobre surtos e epidemias; ▪ Entendimento sobre Vigilância Epidemiológica associado à Vigília e Alerta sobre riscos; ▪ A Vigilância Epidemiológica como prática de investigação, notificação, acompanhamento.

Fonte: Elaborado pelo autor.

4.1.1 Subcategoria 1 – Compreende a VE a partir da noção de Prevenção e Controle sobre surtos e epidemias.

Nessa subcategoria buscou-se, a partir de respostas semelhantes, evidenciar a relação que os entrevistados estabeleceram entre Vigilância Epidemiológica e Prevenção e Controle sobre surtos e epidemias. Essa associação reflete um olhar ligado aos casos de doenças potencialmente infecciosas, capazes de promover uma propagação em massa, o que nos parece insuficiente, tendo em vista que não contempla todos os aspectos relacionados a esse ramo da Epidemiologia. As falas proferidas que demonstram esse tipo de entendimento são as seguintes:

“Ah, um meio de se precaver de qualquer epidemia que venha ter né... você sanar antes ou precaver para que não venha acontecer alguma epidemia, é isso”? (P2-2-Q4).

“É o controle né, para você ver como anda as doenças dentro do bairro pra fazer ações né... No combate. No caso: diarreia, aí você tem que ver o que está acontecendo, se é a água, se é contaminação alimentar... Para vim a prevenção, para tratar para não ter mais” (P1-4-Q4).

O entendimento ligado a epidemias pode ser explicado pelo conceito de VE ter sido por muito tempo referido a doenças transmissíveis e somente a partir da segunda metade do século XX, que outras doenças foram incluídas e a visão

começou a se expandir também para as doenças não transmissíveis (WALDMAN, 1991).

Mesmo emitindo conceitos incompletos, os sujeitos revelaram definições coerentes para a descrição do conceito, uma vez que cada abordagem estava relacionada de certa forma à sua atuação VE. A fala dos entrevistados demonstra a associação da VE ao desenvolvimento de uma série de ações preventivas necessárias para a interrupção das doenças contagiosas.

Pereira (2001) classifica prevenção a partir de duas formas de ação: aquela ligada à fase da saúde, que envolve medidas de se resguardar da doença; e na fase da doença, com o objetivo de proteger o paciente de maiores danos, em busca da cura e evitar a morte. Barbosa (2006) identifica a prevenção como ação antecipada, com o objetivo de barrar ou anular a evolução de uma doença. As ações têm por finalidade reduzir as possibilidades de contrair determinadas doenças no ambiente físico, social e fisiológico.

Assim, compreendemos que a prevenção mencionada, “conversa” com o conceito de controle, caracterizado por Waldman e Gotlieb (1992) como um procedimento organizado ou programas executados com o intuito de minimizar ou eliminar a incidência e/ou prevalência de determinadas doenças. Definido por Last (1983) como uma série de atividades que posicione um agravo em nível de baixa prevalência, não representando mais um problema de saúde pública.

Apesar da visão dos entrevistados se aproximarem da conceituação encontrada na literatura científica, revelaram um entendimento desordenado e insuficiente, sinalizando a existência de uma lacuna na compreensão dos objetivos da Vigilância Epidemiológica. Uma alternativa viável para a mudança dessa realidade seria oferecer estratégias que levem à reflexão entre prática e teoria, que subsidiem a qualificação do olhar acerca da ação em VE na Atenção Básica.

4.1.2 Subcategoria 2 – Entendimento sobre Vigilância Epidemiológica associado à Vigília e Alerta sobre riscos.

Em uma torre, à espreita, um soldado sempre alerta não pode de maneira alguma desprender a atenção. Há uma ameaça de ataque. Não se sabe de onde vem. O que lhe resta é a vigília, a completa ação de guardar e observar como linha de frente. Um sistema sentinela.

O parágrafo anterior conota uma situação fictícia que buscamos na tentativa de ilustrar o imaginário de alguns profissionais quanto às suas impressões sobre a Vigilância Epidemiológica no contexto dos serviços de saúde. Os profissionais, quando questionados sobre sua compreensão, revelaram percepções distintas, porém similares a definições que relacionava a um sistema atento e à vigília propriamente dita. Muitos recorreram à etimologia da palavra na tentativa de explicar, entretanto, não foram assertivos a ponto de fornecer respostas concretas. Algumas descrições reportavam a algo dissociado do cotidiano da prática de trabalho na Atenção Básica. Tais aspectos podem ser observados no trecho a seguir:

“Acho assim que o vigiar, do vigia, tomar conta, prestar atenção, ajudar, porque na maioria das vezes não adianta só tomar conta e não fazer nada, numa certa situação. Acredito que seja isso”. (P1-2-Q4)

O sujeito salienta na frase acima uma postura de tomada de decisão em detrimento ao ato de identificar um evento inesperado, que é resultado de uma observação contínua do sistema de saúde. Entende-se que toda vez que isso ocorre, o sistema de vigilância deve ser acionado para que o evento seja investigado e as medidas de prevenção sejam adotadas (TEIXEIRA, 1998).

Outros profissionais associam o sistema de vigilância à observação das fases de risco das doenças. Estas são obtidas através da frequência em determinadas épocas do ano, sendo necessária uma visão atenta acerca dos eventos de saúde nos territórios para uma ação oportuna ligada à sazonalidade. Essa compreensão é exemplificada pelo seguinte trecho:

“Assim, surtos de doenças né, eu acho que a principal função da vigilância é esse né... igual a dengue por exemplo, estar sempre atento as fases de risco das doenças... bem, eu acho que é por aí” (P1-3-Q4).

A postura apontada no depoimento acima se aproxima muito do conceito de risco, onde é possível aplicar também a comportamentos sociais que podem determinar grupos de risco. Este constitui um dos principais focos de observação no território da Saúde da Família.

A prática exige do profissional uma postura atenta na obtenção de informações necessárias frente às adversidades apresentadas em busca de conhecimento e vigilância de agravos. Os profissionais utilizam de diferentes artifícios para obter essas informações, como é o caso abaixo:

“Bom, eu entendo que você tem que estar sempre alerta tanto faz com paciente dentro do posto como nas visitas. Se você desconfiar que algumas dessas pessoas podem estar, você tem que investigar, conversar, porque tem família que não se abre...” (P1-1-Q4).

O preconceito e o embaraço da população, representados pelo medo da exposição sobre determinadas doenças, inibem a equipe de Estratégia de Saúde da Família. Tais resistências dificultam a elucidação dos casos e conhecimento das situações de saúde dos indivíduos, impossibilitando a ação preventiva.

Dessa forma, foi possível observar falas que demonstram um olhar apurado e investigativo acerca das famílias no território como uma observação contínua e preocupada.

4.1.3 Subcategoria 3 - A Vigilância Epidemiológica como prática de investigação, notificação, acompanhamento.

Como observado nas subcategorias anteriores, o entendimento sobre a Vigilância Epidemiológica pelos profissionais se demonstrou muito variado. Nesta subcategoria foram reunidas percepções isoladas geradas a partir de respostas

sortidas que estiveram ligadas à Vigilância Epidemiológica como o processo de investigação, notificação e acompanhamento de doenças.

Algumas pessoas associaram o conceito de VE a um espaço físico responsável pelo recebimento da notificação, que realiza estudos e ações de investigação. No entanto, não demonstram relacionar o conceito com as ações intersetoriais, desenvolvidas principalmente pela Atenção Básica no desenrolar das atividades cotidianas que acontecem na ESF. Tal percepção se distancia dos entendimentos de rede na atualidade que promove o compartilhamento de ações para obtenção de resultados favoráveis, como é possível observar a seguir:

“Eu entendo que seja um local da saúde que a gente tenha que fazer as notificações das doenças de agravos... para poder fazer o estudo em cima dessas incidências para poder investigar o porquê de está acontecendo...”
(P3-4-Q4).

O processo de notificação, segundo o Guia de Vigilância Epidemiológica, consiste no ato de comunicar a ocorrência de determinada doença ou agravo à saúde. Ele pode ser feito por profissionais de saúde ou qualquer cidadão às autoridades sanitárias, no intuito de se adotar medidas cabíveis de intervenção sobre o fato. Segundo o MS, o ato de notificar não deve estar atrelado a confirmações do caso. A simples suspeita habilita a pessoa a efetuar a notificação, afinal a espera pode significar a perda da oportunidade de ação eficaz.

A notificação surge nesse contexto como uma importante ferramenta de comunicação e conhecimento antecipado e preventivo de um evento de saúde. Entretanto, deve ser vista como o ponto de partida para o desencadeamento de ações pontuais e não a simples observação sem a tomada de decisão, uma vez que o sistema é acionado e medidas são tomadas para garantir o sucesso no tratamento e intervenção.

É necessário que o sistema de notificação esteja constantemente direcionado à sensibilização dos profissionais e população com vistas em aperfeiçoar quantitativa e qualitativamente os dados coletados com a participação de todas as unidades de saúde. A partir do momento que há a ampliação e o fortalecimento da

rede pública, privada e filantrópica dentro desses aspectos, certamente os objetivos serão alcançados (BRASIL, 1996).

É válido destacar compreensões que revelam um entendimento amplo e complexo a respeito da atuação da vigilância epidemiológica como um objetivo estratégico, intersetorial, realizado através de procedimentos bem definidos e em contato com a população na busca de soluções para os problemas. Manifesta-se por meio da conscientização a respeito de seu papel e sua contribuição no prosseguimento das ações, visando à promoção da saúde. O depoimento que segue condiz com essa visão:

“Então... Assim, eu acho que são as ações que a gente faz em conjunto com a vigilância sanitária. A gente atua na prevenção também e no sentido de estar buscando os agravos, as doenças e tenta montar uma estratégia para estar acompanhando isso. No caso da dengue, da sífilis, aí a gente consegue junto com a equipe de vigilância epidemiológica, estar notificando o número de casos, buscando os contactantes. Eu acredito que é um trabalho em equipe que vem para promover mesmo a saúde das pessoas” (P3-2-Q4).

A prática profissional, por estar atrelada a atividades procedimentais, possui uma forte tendência à automatização do serviço, levando o indivíduo a desconsiderar seus reais desdobramentos e aplicações. As falas proferidas pelos profissionais P3-4, P1-2 e P3-2 evidenciaram olhares contrastantes que expressaram heterogeneidade no entendimento sobre a Vigilância Epidemiológica.

4.2 CATEGORIA 2: COMPREENSÃO A RESPEITO DAS DOENÇAS E AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA.

Os profissionais, quando indagados quanto aos seus conhecimentos a respeito das doenças que fazem parte da lista de notificação compulsória, ofereceram respostas diversas. Muitos declararam desconhecimento, outros, não e muitos demonstraram não saber. Percebemos também que alguns afirmavam

nunca terem deparado com uma doença desconhecida. Mesmo com a insistência por parte do pesquisador através da reformulação da pergunta, continuavam a afirmar conhecer todas as doenças, o que nos pareceu ingênuo, considerando o caráter dinâmico do processo saúde-doença e dos inúmeros fatores condicionantes a elas relacionados.

Ao questionar como adquiriram informações sobre sintomas, formas de contágio, tratamento, agente etiológico e aspectos clínicos em contato com um evento inédito, os profissionais relataram consultar diferentes fontes de informação como: o contato com o setor de VE, para o fornecimento de informações sobre o protocolo de determinadas doenças; o uso da mídia e Internet, por oferecer uma infinidade de informações para acesso de qualquer pessoa em tempo real; a consulta a outros profissionais considerados mais qualificados na área de saúde, como médicos e enfermeiros; além de documentos oficiais do Ministério da Saúde, por eles oferecerem informações oficiais, representando um conteúdo de credibilidade.

Dentro dessa discussão, manifestaram-se três subcategorias que serão trabalhadas a seguir: Os profissionais recorrem à internet e mídia em geral; os profissionais recorrem aos profissionais mais qualificados; e ao contato com a Vigilância Epidemiológica e documentos oficiais para elucidação de dúvidas.

Quadro 4 – Categoria e subcategorias relacionadas à “Visão sobre Doenças e agravos de notificação compulsória”.

CATEGORIA 2 - Compreensão a respeito das doenças e agravos de notificação compulsória.	
Subcategorias	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Os profissionais recorrem a Internet e mídia no geral; ▪ Os Profissionais recorrem aos funcionários mais qualificados; ▪ O contato com a Vigilância Epidemiológica e Documentos oficiais para elucidação de dúvidas.

Fonte: elaborado pelo autor.

4.2.1 Subcategoria 1 – Os profissionais recorrem a internet e mídia em geral.

A internet constitui-se em uma rede global que possibilita o acesso de informações em tempo real, acelerando a criação de novas formas de interação humana. O crescimento vertiginoso observado nas últimas décadas atesta a influência na vida e na mudança comportamental das pessoas. Ela representa uma ferramenta de grande importância na busca de conhecimentos em geral. Atualmente, com a popularização dos *smartphones*, assistimos a uma democratização do acesso e qualquer pessoa é capaz de navegar e obter as informações desejadas. Em especial em saúde, a internet possibilita o contato com materiais oficiais através de consultas a uma infinidade de informações não restrita apenas aos profissionais da área.

Na entrevista, sujeitos revelaram ter a internet como principal fonte de pesquisa sobre doenças, porém não entraram em detalhes sobre quais *sites* são consultados ou ferramentas de busca usadas para sanar suas dúvidas. Existem *sites* que trazem em seu conteúdo informações errôneas, causando confusão na interpretação por parte do indivíduo (ALMEIDA, SALES, 2007). Sendo assim, se faz necessária a busca de páginas confiáveis, desenvolvidas por profissionais da área qualificados ou entidades oficiais que são responsáveis pela difusão de conhecimento em saúde.

Em relação à internet, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), realizada pelo IBGE (2011) (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) forneceu importantes informações para o conhecimento do perfil pessoal de uso das TIC. Os resultados indicam que em um período de 6 anos, o número de internautas no país mais que duplicou, ou seja, 77,7 milhões de brasileiros acessaram a internet em 2011. É importante ressaltar que os indivíduos que atuam nas áreas de ciências e artes são líderes de acesso à rede de computadores, entre as diferentes categorias profissionais (BARBOZA, 2014).

Outra fonte de consulta que foi comentada foi a da mídia, que engloba vários meios de comunicação social. O meio mais citado nas entrevistas, além da internet, foi a televisão. Através de seus programas jornalísticos, a televisão oferece sua contribuição na tarefa de informar as pessoas. Fischer (2006) classifica a TV como

uma formadora de opinião, na condição de meio de comunicação social, que possui participação fundamental na formação das pessoas e na constituição do sujeito contemporâneo.

O hábito de assistir TV está incorporado há décadas na cultura das pessoas, porém não existe um programa televisivo de relevância direcionado à prestação de serviço e conscientização sobre práticas de saúde. Muitas vezes os temas são explorados superficialmente em pequenas matérias.

A indústria televisiva participa dos processos de produção e circulação de significados e sentidos, que influenciam diretamente nos modos de pensar, conhecer o mundo e de se relacionar com a vida.

A televisão tem o poder alcançar um número maior de pessoas de diferentes faixas etárias. Esse meio de comunicação em massa transmite diariamente através dos seus programas e noticiários informações relevantes para aquisição de conhecimento. O depoimento de uma entrevistada exemplifica essa questão:

“...Na televisão hoje em dia fala muito, igual estão falando agora da hepatite C... mas as vezes tem umas doenças tipo “lúpus”, que eu não sei muito a respeito, entendeu? Então eu procuro me informar o que é lúpus, por que dá, assim, mas verdade algumas coisas eu não sei te informar direitinho. O que é não sei né...” (P2-1-Q6).

A mídia em geral exerce uma influência na formação de opinião da sociedade. A internet, mesmo com o aumento de sua penetração nas residências e o crescimento do meio digital em números absolutos em relação a acessos nos últimos anos, ainda é um meio novo de comunicação, não abarcando todas as faixas etárias como a televisão. No entanto, configura-se uma ferramenta promissora de interatividade e acesso a conteúdos porque tem potencial de expansão e capacidade de dialogar com diferentes plataformas de comunicação como rádio, mídia impressa e a própria TV.

4.2.2 Subcategoria 2 – Os profissionais recorrem aos funcionários mais qualificados.

A consulta aos diversos profissionais dentro da unidade de Estratégia de Saúde da Família revelou-se um procedimento muito utilizado por parte dos sujeitos da entrevista. O enfermeiro surge como uma figura de referência no esclarecimento de dúvidas ocasionais, quando os profissionais se deparam com uma doença a qual têm poucas informações.

Backes (2012) destaca a profissão do enfermeiro como figura fundamental no funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS), por se diferenciar através de atividades integradoras de cuidado, fomentando cada vez mais práticas em educação e promoção da saúde, voltadas para o bem-estar social. A enfermagem, dada sua polivalência de atribuições, tem a capacidade de transitar por diferentes campos de conhecimentos na saúde e promover a interação entre os usuários, equipe de saúde e comunidade.

É válido ressaltar a dupla função exercida pelos Enfermeiros nas unidades de saúde do município, que foram objetos desta pesquisa. Estes executam atividades gerenciais e atribuições técnicas ligadas ao cuidado no mesmo cargo, posicionando sua categoria em um lugar de destaque e referência na unidade para os demais profissionais, como observado nos depoimentos abaixo:

“Mas assim eu procuro ver com a enfermeira, ela pesquisa, me fala, no hospital a gente procurava saber com os profissionais mais capacitados” (P2-1-Q6).

“A gente busca, a primeira informação é a minha chefe (enfermeira), aí a partir dela, se ela não tiver a informação, assim, se ela também desconhecer, e tiver pouca informação, a gente já busca, ou liga para os órgãos né... pesquisa na internet, a gente tá sempre...” (P1-4-Q6).

“Eu venho pra Unidade, no caso a gente procura a enfermeira a gente passa situação o que ela souber, ela passa pra gente o que ela não souber ela vai buscar pra passar pra gente” (P2-3-Q6).

Tais referências fortalecem a importância da equipe multiprofissional na elucidação de dúvidas que ocorrem na Estratégia de Saúde da Família. O próprio enfermeiro faz uso de diferentes fontes de informações oficiais para sanar as questões apresentadas por ele ou pelos outros profissionais na unidade, através de consultas na internet e a manuais e periódicos, que serão tratados na subcategoria a seguir.

4.2.3 Subcategoria 3 – O contato com a Vigilância Epidemiológica e documentos oficiais para elucidação de dúvidas.

O Ministério da Saúde elabora frequentemente materiais orientadores direcionados aos profissionais de saúde com o intuito de fornecer estratégias para o enfrentamento e encaminhamento dos casos, envolvendo processos de notificação, coleta de materiais biológicos para análise laboratorial, orientação medicamentosa, medidas individuais, coletivas e outras, de modo que possibilitem que o profissional tenha ao seu alcance mecanismos metodológicos e procedimentais para a resolução de cada caso.

Além disso, temos também o setor de Vigilância Epidemiológica que recebe orientações das Secretarias Estaduais, que estabelecem contato com o Ministério da Saúde, formando uma rede hierarquizada de informações com o objetivo de fornecer aos municípios bases técnicas elaboradas a partir de estudos nacionais e internacionais sobre agravos.

Segundo Waldman (1991), cabe a Vigilância epidemiológica a incumbência de disponibilizar informações técnicas permanentemente aos profissionais de saúde, principalmente no que tange o quadro de saúde dos territórios, bem como os fatores condicionantes de agravos e eventos de saúde, de modo que os profissionais possam decidir sobre a execução de ações de controle das doenças.

São funções da vigilância epidemiológica, segundo o Guia do Ministério da Saúde: a coleta de dados; processamento de dados coletados; a análise e interpretação dos dados processados; recomendação das medidas de controle

apropriadas; promoção das ações de controle indicadas; avaliação da eficácia e efetividade das medidas adotadas e divulgação de informações pertinentes.

O trabalho desenvolvido pela VE é compreendido como um ciclo de funções específicas e que se complementam, sendo realizadas de modo contínuo, possibilitando o conhecimento constante sobre o modo de ocorrência das doenças ou agravos. Os desajustes nas condições de saúde individuais ou coletivos são alvo das ações, que são criadas como medidas de intervenção apropriadas para cada caso, desencadeadas no momento oportuno e com eficácia (MS 1986). Sendo assim, podemos dizer que se trata de um setor de referência para a rede de saúde, como observado nos trechos seguintes:

“Eu busquei junto à equipe de Epidemiologia e no Ministério da Saúde. Esses Manuais do Ministério...” (P3-2-Q6).

“Eu peguei o manual do Ministério, inclusive eu peguei um na Coordenação, o de sífilis congênita e busquei informações nele”(P3-4-Q6).

O Guia de Vigilância Epidemiológica salienta o atendimento às normas técnicas como indispensáveis e a padronização dos procedimentos de acordo com o que consta nos manuais e materiais institucionais. Tais normas devem priorizar uma linguagem clara e estar disponíveis nas unidades do sistema de saúde, com o objetivo de definir o caso de cada doença ou agravo.

De acordo com o Guia de Vigilância Epidemiológica (2009):

“O cumprimento das funções de vigilância epidemiológica depende da disponibilidade de dados que sirvam para subsidiar o processo de produção de informação para ação. A qualidade da informação depende, sobretudo, da adequada coleta de dados gerados no local onde ocorre o evento sanitário (dado coletado).”(BRASIL, 2009, p. 19)

É possível perceber que os profissionais de saúde veem o setor de VE como um espaço orientador para qualificar a tomada de decisão que acontece na Atenção Básica quando se deparam com um evento inusitado, evidenciando-se o reconhecimento do papel do setor de Vigilância Epidemiológica, atuando como um suporte para a Estratégia de Saúde da Família, pois este está em contato direto com as orientações oficiais elaboradas pelo Ministério da Saúde.

4.3 CATEGORIA 3 : IMPRESSÕES SOBRE O PROCESSO DE NOTIFICAÇÃO DE AGRAVOS.

Essa categoria foi criada baseada nas impressões desses profissionais quanto ao ato de comunicar a ocorrência das doenças às autoridades sanitárias e da visão dos sujeitos sobre os agravos que são objetos de análise da Vigilância Epidemiológica, captados através da notificação.

Foram elencadas as seguintes subcategorias: a comunicação como o entendimento sobre a notificação de agravos; a indefinição a respeito do profissional responsável pelo ato de notificar e os agravos que deveriam ser notificados na visão do profissional.

Quadro 5 – Categoria e subcategorias sobre a “Notificação de agravos”.

CATEGORIA 3 – Impressões sobre o processo de notificação de agravos.	
Subcategorias	<ul style="list-style-type: none"> ▪ A comunicação como o entendimento sobre a notificação de agravos; ▪ A indefinição sobre o profissional responsável pelo ato de notificar; ▪ Os agravos que deveriam ser notificados na visão do Profissional.

Fonte: Elaborado pelo autor.

4.3.1 Subcategoria 1 - A comunicação como o entendimento sobre a notificação de agravos.

De acordo com o Guia de Vigilância Epidemiológica (2009), a informação para ação é o princípio que deve reger as relações entre os responsáveis pela vigilância e as diversas fontes que podem ser utilizadas para o fornecimento de dados.

Segundo o dicionário Michaelis, o ato de comunicar está intimamente relacionado à transmissão de informação. Entendemos desse modo, que o objetivo da comunicação é uma mensagem que faz a ponte entre interlocutores. Para que

essa propagação seja feita com eficiência, deve haver sentido na informação desejada. No caso da notificação de agravos, essa estratégia constitui uma comunicação de extrema importância, pois tem como intuito trazer à tona uma situação com potencial ou não, de disseminação.

Exatamente dentro dessa reflexão que os profissionais compreendem o ato de notificar. Alguns diferenciam como algo incomum que necessita de atitudes em tempo adequado, destacando seu caráter de urgência, sempre relacionando a um ato obrigatório da equipe de saúde diante de uma situação específica, observado a seguir:

“Uma coisa que a gente tem que fazer uma situação que a gente tem deparado. A gente tem que fazer a notificação...” (P1-2-Q7).

Foi possível perceber que todos os entrevistados associam o ato de notificar à comunicação de um evento de saúde em forma de coleta de dados. Porém, o Guia de Vigilância Epidemiológica do Ministério da Saúde salienta que a coleta de dados sem a devida qualidade e continuidade do processo, não representa importância. A relevância do trabalho ocorre após a comunicação e envolve a análise e investigação que consiste em mensurar o que cada dado representa em relação ao todo para compreendê-lo. Para isso se faz necessário o maior número de dados, advindos de diferentes fontes, regularidade no envio e comunicação em tempo hábil. (MS, 2006).

Mesmo com as questões apontadas, é difícil compreender a verdadeira totalidade de dados e a situação de saúde dos territórios. Para Waldman (1998), na Atenção Básica, identificada por ele como a assistência primária à saúde - uma das mais importantes fontes de informação utilizadas para os sistemas de VE dos países, – é onde ocorrem inúmeros aspectos ligados à falta de engajamento dos profissionais, a subnotificação, o preenchimento incompleto das fichas, o que prejudica o funcionamento dos sistemas.

É importante salientar que os profissionais não se referiram em momento algum à subnotificação. Contudo, o desconhecimento sobre os aspectos apontados até agora nas subcategorias se relacionam intimamente com a ausência de notificação por algum motivo específico. Segundo Waldman (1998), em sistemas de

VE, caracterizados como passivos, é possível observar o percentual de 50% a 70% de subnotificação dos casos, o que pode determinar a inexistência de ações de controle quando na realidade a situação necessita delas. A fala abaixo apresenta incerteza sobre os critérios adotados pelos profissionais para o processo de notificação, onde alguns deles consideram doenças corriqueiras como não passíveis de registro:

“Eu entendo que seja isso essas doenças que não são essas corriqueiras que a gente vive no dia a dia da saúde assim pública e são doenças que precisam de ter uma certa... como é que se fala precisam se tomar providências mais rápido então são doenças graves” (P3-4-Q7).

Apesar do entendimento ligado a comunicação, é possível compreender que poucos associam, a notificação compulsória de agravos à lista de doenças elencadas pelos órgãos nacionais como o Ministério da Saúde em consonância de orientações de organismos internacionais como a Organização Mundial de Saúde (OMS).

A definição dos agravos que compõem essa lista depende de uma análise de impacto, ligadas a sua relevância, necessidade de controle e erradicação. Os critérios mais usados para a seleção do elenco das doenças de notificação compulsória são: o Regulamento Sanitário Internacional; a magnitude; o potencial de disseminação; vulnerabilidade; transcendência; epidemias, surtos e agravos inusitados; e compromissos internacionais.

Aquelas doenças, presentes no Regulamento Sanitário Internacional, estão incluídas nas listas de todos os países da Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) e da Organização Mundial da Saúde (OMS); as doenças de grande Magnitude – por afetar contingentes populacionais importantes, com altas taxas de incidência, prevalência, letalidade e outros; Pela capacidade e Potencial de disseminação por vetores ou outras fontes transmissão, submetendo indivíduos e coletividades a risco; Vulnerabilidade como doenças que já possuem instrumentos apropriados que permitem atuação concreta e efetiva dos serviços de saúde, visando sua prevenção e controle sobre indivíduos e coletividade; Transcendência, definida como as características clínicas e epidemiológicas das doenças como: severidade, relevância social e relevância econômica.

Epidemias, surtos e agravos inusitados exigem comunicação e investigação rápidas, considerando a apresentação clínica e epidemiológica do evento. Na maior parte das vezes são doenças e agravos que são alvo de metas de Compromissos Internacionais de controle, eliminação ou erradicação (BRASIL, 2006).

Apesar de alguns profissionais apresentarem de forma genérica seu conhecimento, foi possível observar que até mesmo os profissionais mais capacitados da equipe de saúde, apresentando informações muito limitadas quando perguntado, e não relacionaram tais doenças às questões apontadas, como observado a seguir:

“Tem uma lista grande de notificações... São as notificações que temos que passar para a Epidemiologia. Tem algumas que são até em 24 horas” (P3-2-Q7).

Para Waldman, (1998) muitos são os motivos ligados a subnotificação. A falta de conhecimento dos profissionais sobre a importância dos procedimentos ligados à notificação. O desconhecimento sobre as listas de doenças de notificação compulsória de importância para a VE. A falta de interesse dos profissionais, em contribuir para o processo - muitas vezes pelo tempo extra no preenchimento das fichas. A alegação da falta de retorno das informações analisadas com recomendações de teor técnico. A preocupação dos profissionais de saúde quanto às informações das pessoas e a confidencialidade dos dados. E a falta compreensão dos profissionais a cerca da importância em saúde pública dos registros de doenças e agravos submetidos à vigilância.

4.3.2 Subcategoria 2 - A indefinição sobre do profissional responsável pelo ato de notificar.

Apesar de muitos reconhecerem a importância do ato de notificação, observa-se uma lacuna a respeito de qual profissional é encarregado pelo registro e informações aos órgãos competentes. São observadas confusões na delimitação desta função, que podem comprometer o desencadeamento das ações. Quando

indagados sobre essa atribuição, apesar de alguns se aproximarem do entendimento, que qualquer profissional de saúde ou pessoa civil pode realizar a notificação, nenhum sujeito da pesquisa chegou a essa conclusão correta. As definições abaixo revelaram esse desconhecimento:

“Médico e enfermeiro. Mais para o médico, porém nos postos de saúde quando médico se recusar fazer o técnico pode fazer” (P3-3-Q8).

“Seria a Coordenadora do Posto, seria a Enfermeira no caso a gente passa pra ela e ela faz a notificação” (P1-1-Q8).

Entretanto, apesar de alguns atribuírem essa função aos cargos técnicos de nível superior do sistema de saúde, é perceptível que muitos entendem que seja algo que todos os profissionais de saúde devem realizar, não identificando a participação da sociedade civil na emissão da notificação:

“Qualquer profissional de saúde” (P3-4-Q8).

“Eu penso que todos aqueles envolvidos na área de saúde devem fazer a notificação, não só o médico, o enfermeiro e o técnico, os agentes de saúde também fazem aqui, eu estou pedindo, numa notificação, fez visita domiciliar, para notificar e colocar lá... Agente de saúde tal. Carimbar e assinar” (P3-4-Q8).

Essa compreensão é resultado de inúmeras atividades que os profissionais desempenham em seu cotidiano que impedem a reflexão e aprofundamento do processo de trabalho em vigilância. São conhecimentos de suma importância que devem estar internalizados, considerando que esses profissionais são referência para a comunidade.

4.3.3 Subcategoria 3 - Os agravos que deveriam ser notificados na visão o profissional.

As doenças transmissíveis como dengue, tuberculose, diarreia, sífilis e as doenças transmitidas pelo contato sexual, por sua frequência no cotidiano da Estratégia de Saúde da Família, foram identificadas pelos profissionais como

aqueles agravos de interesse de vigilância epidemiológica. No entanto, outras doenças de igual importância epidemiológica não foram apontadas nessa discussão, como doenças exantemáticas (rubéola e sarampo), as hepatites, leptospirose, leishmanioses, malária, meningites, H1N1, zika vírus e chikungunya, entre outras.

Podemos supor que grande parte do olhar obtido pelos profissionais esteve ligada às doenças popularizadas e com potencial de disseminação, o que diverge do conceito ampliado de Vigilância Epidemiológica, que abarca diferentes problemas de saúde.

Algumas doenças não-transmissíveis foram citadas, mas não se enquadram na lista de doenças de interesse da VE e não fazem parte da lista elaborada pela OMS. Foram mencionados lúpus, psoríase, asma e bronquite. No entanto, outros agravos nesse contexto que poderiam ser citados, como: acidentes envolvendo material biológico, acidentes de trabalho e acidentes com animais peçonhentos foram desconsiderados. A notificação de violência doméstica, tema de uma capacitação ocorrida nas unidades de saúde com distribuição de material de apoio às equipes, também não foi citada.

Tais impressões fazem refletir a respeito da sensibilidade do sistema de notificação das unidades de saúde. A atitude tomada por esses profissionais quando se deparam com outras doenças de notificação compulsória exigem uma atenção especial. O desconhecimento acerca da sua obrigatoriedade de registro pode porventura, levar os profissionais a deixar de notificar uma doença que seja importante do ponto de vista epidemiológico.

4.4 CATEGORIA 4: DESFECHO APÓS O PROCESSO DE NOTIFICAÇÃO POR PARTE DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E SISTEMA DE INFORMAÇÕES.

Para os profissionais o processo de notificação se inicia com a suspeita e posteriormente a informação do agravo, a equipe que atua na rede assistencial estabelece contato com os instrumentos de comunicação da Vigilância Epidemiológica. Ocorre nessa etapa um paradoxo entre as esferas, pois se constitui para a VE o início de um procedimento de investigação ao passo que na compreensão da ESF configura o final de sua participação, pois não há perspectiva de acompanhamento e ideia da importância do dado fornecido para o todo. Observamos nesse caso, o desconhecimento sobre a real contribuição do trabalho executado por esses profissionais e todo o trâmite que ocorre na continuidade do processo.

Considerando essa percepção, apresentamos as subcategorias ligadas ao desfecho do processo de notificação sendo elas: entende como uma providência da vigilância epidemiológica; acredita que haja um monitoramento territorial e entende que seja incluído em um sistema de informação nacional.

O quadro abaixo (Quadro 6) relaciona as categorias e subcategorias relacionadas às impressões que os profissionais tiveram sobre o processo de trabalho da VE que inicia após a notificação do agravo.

Quadro 6 – Desfecho após o processo de notificação por parte da VE/ Sistema de informações”.

CATEGORIA 4 - Desfecho após o processo de notificação por parte da VE/ Sistema de informações.	
Subcategorias	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Acredita que haja um trabalho de monitoramento territorial. ▪ Entende como uma providência da vigilância epidemiológica. ▪ Entende que seja incluído em um Sistema de informação nacional.

Fonte: Elaborado pelo autor.

4.4.1 Subcategoria 1 – Acredita que haja um trabalho de monitoramento territorial.

Os profissionais acreditam que as notificações se convertem em dados atribuídos aos territórios, que tem potencial de se transformar em uma linguagem gráfica - mapas geográficos – representando uma informação de fácil interpretação, sendo para eles o resultado (aplicado) do processo de notificação de agravos, configurando e possibilitando instrumentos para a efetivação de estudos da equipe de VE e posteriormente a elaboração de instrutivos e ferramentas adequadas para a tomada de decisões por parte das equipes de saúde nas unidades.:

“...Só sei que tem um mapa lá que eles fazem, lá fora vocês, lá tem um mapa das áreas que são os maiores focos. Uma vez eu vi lá. Quando eu fui na dengue eu vi, até eles me mostraram lá, “ô aqui tem mais”. A menina me mostrou que vocês fazem um mapa da situação. Onde está ocorrendo mais caso. No caso da dengue...” (P1-4-Q11).

A representação dos dados em um mapa para visualização e análise constitui-se uma visão positiva do profissional no estudo dos casos, afinal os mapas utilizados nas Estratégias de Saúde da Família podem favorecer essa linha de pensamento. Essa concepção sobre o produto do processo de notificação denota um entendimento territorial importante a respeito dos agravos e do processo saúde-doença.

Segundo Barra e Lemos (2009 p. 154):

“A epidemiologia, ciência que estuda o processo saúde-doença na comunidade, analisando a distribuição e os fatores determinantes e dos agravos à saúde coletiva, tem, no espaço geográfico, uma perspectiva singular para melhor apreender os processos interativos que permeiam a ocorrência da saúde e da doença nas coletividades”.

Sendo assim, para os autores o mapa pode ser importante ferramenta para a análise sobre a espacialização das doenças no espaço geográfico, oferecendo indícios importantes sobre as áreas de risco onde os problemas sanitários ocorrem com maior frequência e gravidade para intervenção através de planejamentos de saúde (BARRA , LEMOS 2009 p. 154). Contudo, conhecer as determinadas

estruturas espaciais possibilita pormenorizar a situação de saúde dos territórios, evidenciando onde ocorrem os eventos de saúde. O que coloca os estudos do espaço em destaque nas pesquisas em saúde (BARCELLOS , BASTOS, 1996).

4.4.2 Subcategoria 2 - Entende como uma providência da Vigilância Epidemiológica.

Os entrevistados, quando questionados sobre o processamento das informações a partir da notificação, revelaram suas opiniões sobre o papel da Vigilância Epidemiológica no acompanhamento dos casos e tomada de atitudes frente ao agravo apresentado.

Entendem que a VE possui uma série de providências a serem tomadas após a notificação. Esses profissionais não apresentaram uma visão clara a respeito do desfecho e das ações desenvolvidas por ela. Eles revelaram uma postura de isenção de responsabilidades futuras. Na fala abaixo é possível observar o desinteresse justificado pela falta de retorno das informações repassadas:

“A gente tem conhecimento, mas não tem retorno... a gente notifica e vai para o setor lá que cuidam. No caso de dengue por exemplo... de lá eles tomam outras providências” (P1-3-Q11).

Outros compreendem o desfecho como algo ligado a um fluxo contínuo de abastecimento de insumos, como resultado da notificação:

“É, vai para... verificar como está acontecendo, ver quantidade e... toma as devidas providências e encaminha medicamentos” (P3-3-Q11).

O resultado do processo de notificação pode ser exemplificado quando há uma ação de intervenção, acompanhamento e investigação, possibilitando um contato mais estreito entre a população e Estratégia de Saúde da Família, desenvolvendo um trabalho conjunto e complementar:

“Teve uma vez que... uma pessoa que da minha área teve/contraiu rubéola, aí a gente passou, notifiquei passei para a enfermeira, ela preencheu a

folha, aí fui lá pra fora.... aí eles automaticamente vieram aqui no posto, me chamaram para mim levar até a casa e fui até a casa da pessoa que tinha contraído, aí foi lá, preencheu o monte de papel de dados, e falou para ela voltar para fazer outro exame. Assim que eles fizeram” (P1-1-Q11).

O Guia de Vigilância Epidemiológica define como principal diretriz para o funcionamento de um sistema de vigilância a resposta efetiva aos informantes. Esse tipo de ação, denominada de retroalimentação, corresponde ao regresso das informações ao início do processo de forma a confirmar sua contribuição. A divulgação pode ocorrer através de informativos epidemiológicos regulares destinados aos gestores. Com isso, o sistema adquire credibilidade e valoriza a participação dos profissionais de saúde e líderes comunitários.

4.4.3 Subcategoria 3 - Entende que seja incluído em um Sistema de Informação Nacional.

A informatização presente em vários setores da sociedade, facilitando a vida moderna, é capaz de reunir dados de acontecimentos em diferentes áreas e promover um olhar direcionado aos sistemas de informação. Tudo na atualidade passa por um sistema de informações, que se processado tem o potencial de revelar situações e tendências. Diversos sistemas funcionam com o intuito de armazenar, processar, analisar e difundir conhecimento e no caso do setor saúde não é diferente. Considerando tais aspectos, é possível observar na fala dos profissionais esse entendimento.

“Eu acredito que seja um sistema nacional que precisa ser coletados os dados porque nessa área tá acontecendo isso...” (P3-4-Q11).

“Eu sei que é um banco de dados. O que eu sei é que, por exemplo, na minha unidade, através da vigilância eu tenho como saber quantos casos de candidíase eu tive na minha unidade. É um trabalho em conjunto, que a unidade precisa estar notificando porque já não tem como saber, pra gente ter um dado mais certinho de tudo. Mas assim, como é feito isso eu não sei.” (P3-2-Q11).

Observa-se o olhar do profissional da Estratégia de Saúde da Família sobre seu papel na informação de casos que comporão um banco de dados para utilização da unidade e contribuição para planejamento em saúde do território adstrito.

Branco, (1996) defende que a característica descentralizadora das ações em saúde deve se estender também à informação, para que o município tenha mais autonomia na realização, organização, controle e análise de seus serviços. A produção e a comunicação de informativos são estratégias que contribuem para a consolidação das posturas. A informação em saúde sinaliza problemas individuais e coletivos e promove o estudo de alternativas para solucioná-lo, enfatizando sua característica dupla de estar relacionada tanto ao processo saúde/doença como também à área administrativa, influenciando no poder de decisão.

4.5 CATEGORIA 5: REFLEXÕES SOBRE A PRÁTICA DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E SEUS DESDOBRAMENTOS SOBRE A VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA.

Chegamos a uma etapa da entrevista onde foi aberto um espaço para que o indivíduo refletisse sobre sua prática e emitisse opiniões acerca do funcionamento da Vigilância Epidemiológica e seu relacionamento com a Atenção Básica.

Poucos se sentiram confortáveis em proferir suas considerações à questão não-estruturada do roteiro de entrevista, entretanto os que se manifestaram, contribuíram positivamente com suas observações, possibilitando a criação desta categoria que fornece subcategorias relevantes para diálogos entre os setores e promover desdobramentos futuros em âmbito municipal: Falta de capacitações e conhecimento das funções de cada setor e Vigilância mais próxima com reuniões regulares.

Quadro 7– Categoria e subcategorias relacionadas a “Observações dos profissionais de saúde”.

CATEGORIA 5 - Reflexões sobre a prática da equipe multiprofissional na ESF e seus desdobramentos sobre a Vigilância Epidemiológica.	
Subcategorias	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Falta de capacitações e conhecimento das funções de cada setor ▪ Vigilância mais próxima com reuniões regulares

Fonte: Elaborado pelo autor.

4.5.1 Subcategoria 1 - Falta de capacitações e conhecimento das funções de cada setor.

A falta de informações técnicas revelou-se um entrave para o desenvolvimento das atividades cotidianas na Atenção Básica. Foram apresentadas muitas dúvidas práticas, a respeito dos procedimentos e atitudes no desenrolar das ações de VE cotidiano na Atenção Básica.

As dúvidas acabam por tornar o processo mais lento, pois faz-se necessário buscar informações antes de qualquer atitude. O conhecimento prévio sobre as ações pode contribuir para a agilidade na tomada de decisão.

“A gente tem algumas dúvidas... assim, no caso das doenças que são para notificar, igual ao caso lá de conjuntivite... o caso da dengue mesmo eu sempre pergunto para vocês lá né. Às vezes quando tem notificação o pessoal notifica em outro lugar. O pessoal notifica em Piraí. E fico em dúvida, se eu tenho que ir lá fazer/notificar de novo né... Mas essas dúvidas eu pergunto para vocês (risos)” (P1-4-Q12).

Os profissionais apresentaram dificuldades que podem impedir o funcionamento oportuno das ações relacionadas aos agravos, perceptíveis em reflexão sobre a necessidade de aquisição de conhecimento e educação continuada.

As inseguranças enfrentadas revelam o pleno entendimento da seriedade que envolve o processo de vigilância epidemiológica. Eles se sentem impossibilitados de tomar atitudes relacionadas a alguns casos que requerem respostas rápidas, causando descontrole da equipe e da situação, aumentando a possibilidade do profissional cometer falhas.

“Então eu acho isso, que são doenças graves que a gente tem muito pouco conhecimento aprofundado do que seja, realmente que na verdade é uma coisa que a gente não vive no dia a dia e quando aparece, meio que bate um desespero que aí você vai tentar buscar alguma informação, científica do que seja aquilo, mas as vezes nesse momento a gente não tem a informação, acaba que você pode até passar o tempo que era pra ter sido feito algo pelo paciente pela investigação pra poder não piorar ainda mais aquele caso de agravo da saúde da população. Então eu acho que falta muito informação para a gente mesmo, enquanto profissional, a gente ouve falar nas doenças, mas saber realmente os sintomas a fundo sobre a doença eu acho que a gente acaba no dia a dia se perdendo um pouco e não tendo acesso nem a essa informação” (P3-4-Q12).

Entende-se que é uma vontade dos profissionais a busca por informações e cursos que complementem sua formação, auxiliando a sua vivência na Estratégia de Saúde da Família e fornecendo uma troca importante de experiências e práticas com outros profissionais e com novos conhecimentos.

4.5.2 Subcategoria 2 - Vigilância mais próxima com reuniões regulares

Um aspecto apontado por grande parte dos entrevistados sugere a existência de encontros periódicos entre os atores das unidades de saúde de outros territórios, os setores da saúde e a vigilância epidemiológica, tendo em vista a impressão de distanciamento entre as partes, que dificulta o diálogo. Reuniões dessa natureza propiciam um novo olhar sobre as práticas, de modo a universalizar o entendimento das ações e promover a troca e a padronização da comunicação.

No livro Saúde e Cidadania que se dedica a Vigilância Epidemiológica, Waldman, (1998) aponta para dois tipos característicos de sistemas em VE, que estabelecem métodos de trabalho apropriados, que dependem tanto das características do agravo como dos recursos disponíveis, os sistemas de vigilância passivos e ativos.

No primeiro, denominado sistema ativo, as notificações obtidas não oferecem uma visão completa da ocorrência do agravo, sendo a priori necessário conhecer o número total de registros para identificarmos medidas adequadas para o controle. Esse tipo de sistema caracteriza-se pelo aumento da subnotificação de doenças, diminuindo a validade da VE e das ações.

E o segundo, chamado de sistema ativo de coleta de informações. É característico em ações que envolvem eventos inusitados ou em programas intensivos de erradicação de doenças, são marcados pelo contato direto das equipes de VE e as fontes de informação, públicos e privados, favorecendo aquisição de informações complementares o intercâmbio de ideias. Esses sistemas permitem uma maior proximidade e conhecimento do perfil dos agravos à saúde da comunidade, oferecendo dados que relatem informações para se conhecer dados quantitativos e qualitativos de saúde. Esse segundo é entendido como aquele de desejo da maioria dos entrevistados.

A vigilância no caso do sistema ativo teria a função normatizadora, acompanhando o processo na expectativa de solucionar os problemas antes deles chegarem a ela, como exemplo das fichas mal preenchidas, subnotificação, fluxos incorretos, contribuindo para o desempenho destas ações.

Os ganhos do sistema de vigilância ativo são inegáveis, no entanto é importante considerar que os custos desse tipo de ação tornam o trabalho inviável, prevalecendo seu caráter ativo apenas em considerando agravos que exigem ação rápida por razão da alta letalidade.

“Eu só acho assim... deveria ter reuniões mais periódicas para que a coisa fosse mais certa, mais fidedigna. Cobrasse mais, uma forma de cobrar mais, porque muita coisa passa, assim, despercebida. Achava que seria importante, até mesmo para orientar mais os profissionais e cobrar mesmo, alguma forma de estar cobrando isso” (P3-4-Q12).

A função de cobrança, mencionada acima, pode ser entendida como uma VE que viabilizar espaços de troca e esclarecimentos, onde seja possível estabelecer rigor e padronização das ações e posturas. Uma vigilância que combina posturas ativas e passivas para o desenvolvimento das ações e aproxima-se local de geração do dado tem grandes possibilidades de obter melhores informações a respeito da situação de saúde dos territórios.

4.6. APRESENTAÇÃO DO PRODUTO

4.6.1 Produto do Mestrado

Como produto desta pesquisa foi desenvolvido um material educativo no formato de *site* contendo informações sobre Vigilância Epidemiológica direcionado aos profissionais de saúde da ESF e demais interessados. A escolha do produto disponível através da Internet se deu pelo encontro das ideias de Moran (1997); Ramos e Coppola (2009) ao defenderem a importância desta mídia na atualidade e das possibilidades que a internet oferece. Os autores estabelecem cinco benefícios importantes pelo seu uso como: possibilidade de divulgação, pesquisa, apoio na aquisição de conhecimentos e comunicação.

Sendo assim, pormenorizando para o contexto do estudo, certamente o potencial de divulgação da Internet é extremamente grandioso. E em comunhão com os autores, acreditamos que cada um dos pontos mencionados pode ser relevante para alcance do público-alvo como descritos a seguir.

Iniciando pela “divulgação” (1), a Internet pode desempenhar o papel de difusão do trabalho realizado pelo setor de Vigilância Epidemiológica, apresentando projetos em desenvolvimento, boletins epidemiológicos, demais comunicados e resultados; de “pesquisa” (2), com a proposta de servir como canal de aquisição informações para a prática cotidiana, promovendo esclarecimentos às indagações que eventualmente surgem no contexto da ESF; de apoio à “aquisição de conhecimentos” (3), disponibilizando materiais que fomentem o aprendizado ligado à prática com a oferta de subsídios por intermédio de literaturas (básicas e específicas), compartilhamento de vídeos temáticos, *e-books*, publicações oficiais, manuais e outros; de “comunicação” (4), constituindo um canal oficial, oferecendo links de *sites*, programas específicos, podendo ser articulado à oferta de mini curso sem plataformas complementares. Ademais viabilizando o encurtando das barreiras geográficas do setor central da VE com as Unidades de ESF, cedendo o acesso às fichas de notificação, documentos on-line e comunicação de notificações de agravos (MORAN, 1997).

A oferta de ferramentas para criação de *sites* personalizados disponíveis na internet correspondeu um facilitador para o desenvolvimento desta proposta. O *site* oferece a perspectiva de estar em contato com os profissionais e minimizar as dificuldades enfrentadas em razão de disponibilidade de tempo, veículos e distância para a ocorrência de encontros periódicos, não substituindo completamente as reuniões presenciais importantes para desencadeamento de ações.

A escolha do nome “GAVE” se deu pela fácil assimilação da sigla para “Guia de Ações em Vigilância Epidemiológica”. A logomarca seguiu representada pela presença de uma lupa e um olho, que faz referência ao conceito de vigilância, correspondente à busca, investigação e olhar apurado para os eventos de saúde.

Figura 2 - Logomarca do *site* gave



Fonte: Elaborado pelo autor.

O desenvolvimento da proposta é totalmente direcionado à VE e cria um ambiente novo para os profissionais que somente com o avanço e aperfeiçoamento das TDIC foi oportunizado. Para Vargas (1994 p. 20) “a tecnologia é hoje a atividade de transformação do mundo, resolução de problemas práticos, construção de obras e fabricação de instrumentos, baseada em conhecimentos científicos e por processos cientificamente controlados”.

Para Fonseca (2013) o número de *sites* abrangendo materiais com conteúdo de fins educacionais é crescente nos tempos atuais. São muitas instituições empenhando-se na produção e publicação de temas que tem o intuito de favorecer a disseminação do conhecimento aberto e gratuito. No entanto, tais publicações mesmo quando acessíveis, devem atender às questões de autoria, portanto seu uso carece de atenção.

Mülbert e Pereira (2011) faz referência a um passado recente que para se manter conectado à internet era preciso uma estrutura física fixa de rede e atualmente os dispositivos móveis garantem a qualquer pessoa, em qualquer lugar, o acesso em diferentes ambientes educacionais e modos de aprender. Sendo assim estes aparelhos portáteis tem capacidade de oferecer alternativas que também podem ser exploradas para a aprendizagem *Mobile Learning*, nome usado para caracterizara Aprendizagem Móvel.

Merije (2012) explica que telefone celular teve seu ápice com a chegada dos smartphones, denominados os “telefones inteligentes”, capazes de reunir em um só aparelho (telefone, internet, console de jogos, recursos dos computadores pessoais, entre outras). Para Fonseca, (2013) a apropriação dos celulares inteligentes para o ensino-aprendizagem tem crescido muito nos últimos anos, pois se trata atualmente de um dispositivo popular e acessível a todos. Além disso, a familiaridade no uso e mobilidade e portabilidade são pontos relevantes, sendo possível levá-los para qualquer lugar.

Considerando o contexto de aprofundamento da *Mobile Learning*, buscamos para a elaboração do *site*, uma alternativa para disponibilizar todo conteúdo através de dispositivos móveis, propiciando o conteúdo em multiplataforma, sendo possível o acesso através de diferentes dispositivos.

Fonseca (2013) diz que são muitas as justificativas para o uso dos *smartphones* como ferramenta ligada ao ensino e ponta o caráter amigável da tecnologia e comum no cotidiano das pessoas. A mobilidade e portabilidade, podendo ser levados para qualquer lugar. A quantidade de recursos semelhantes ao computador tradicional, como textos, sons, imagens, vídeos e principalmente o acesso à internet ampliando as formas de comunicação e acesso à informação.

No contexto atual instituições e professores já se apropriam das condições destes dispositivos para o uso educacional, utilizando objetos pedagógicos para subsidiar o processo ensino-aprendizagem (TAROUCO et al.,2004).

A proposta do *site* não surge como uma visão restritamente tecnológica, e sim, sugere uma aproximação entre a Equipe da ESF e o setor de VE (MÜLBERT E PEREIRA, 2011). Sendo assim o conteúdo foi elaborado baseado nas entrevistas da pesquisa de campo, que trouxeram subsídios para traçar o caminho a ser seguido na elaboração e organização dos conteúdos, de modo que seja proveitoso e relacionado a prática cotidiana dos profissionais na ESF.

4.6.2 Expectativas em relação ao produto

Disponibilizar para os profissionais de saúde uma ferramenta eficaz para consulta de dados que sirvam como auxílio na tomada de decisões para a equipe de ESF.

Estabelecer um canal de comunicação entre as Unidades de Saúde e o Setor de Vigilância Epidemiológica Municipal.

Fomentar o acesso às informações diversas em saúde na atualidade.

4.6.3 Sobre o Site

A plataforma escolhida para a criação do *website* foi a Wix.com. Esta ferramenta funciona *on-line* para a criação e edição de *sites* personalizados. Através dela o usuário consegue planejar e elaborar um *site* com aparência profissional, independente do conhecimento de design ou programação, de maneira fácil e intuitiva.

O referido *site* encontra-se disponível para acesso no endereço eletrônico <http://amarovneto.wixsite.com/gave>.O *layout* escolhido é do tipo multiplataforma e se adapta aos vários formatos de tela disponíveis e propicia o acesso em diferentes dispositivos como computadores, *tablets* e *smartphones*.

O site foi projetado para servir como um veículo de consulta de informações instantâneas e acessível empenhando-se para se tornar referência entre os profissionais. Baseado em Tomaél et al. (2004), nos dedicamos elaborar a página seguindo a escolha de *layout* e arte gráfica sóbrios em tons pastéis, alternativa para acesso em diferentes TDIC, elaboração de páginas curtas sem o uso de animações, orientação para navegação com botões de retorno, endereço URL sucinto, links e cores padronizados, informações atualizadas, hospedado em um domínio que oferece agilidade na abertura das janelas, sem morosidade.

Figura 3 - Tela inicial do site gave

GAVE
GUIA DE AÇÕES EM
VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Busca no Gave

GAVE | VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA | O QUE É NOTIFICAÇÃO | DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO | COMPARTILHAMENTOS

Destaques

O site Gave oferece acesso em diferentes tipos de equipamentos. Pensando na dinamismo, a proposta é desenvolver algo multiplataforma.

Lata mais

Tire suas dúvidas

Doenças Frequentes

Fique por dentro. Acesse o blog

Proteína do leite pode ajudar no combate ao vírus da zika e da f...
09/23/2016

Surtos de consumo afetam três cidades no interior de São Paulo
09/22/2016

Testes de vacina contra dengue são feitos em Porto Alegre
08/19/2016

Comitê internacional considera que País está livre de sarampo
08/19/2016

Destaque na sessão vídeos

AJUDE A AVALIAR O SITE
SUA PARTICIPAÇÃO PODE CONTRIBUIR PARA MELHORIA DA INFORMAÇÃO

GAVE - Guia de Ações de Vigilância Epidemiológica
Desenvolvido por Amaro Neto (Sanitarista)
Contato: amaronetovigilante@gmail.com

UniFOA

Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde e do Meio Ambiente

Fonte: Elaborado pelo autor.

4.6.4 Cabeçalho

O cabeçalho da página é constituído pela logomarca, menu de conteúdos e o buscador para consultas. A logomarca serve como identificação para o leitor do *site*. Na imagem a seguir (Figura 4) é possível verificar a distribuição dos ícones e a organização escolhida o posicionamento do menu de acesso as informações.

Figura 4: Cabeçalho e menu do *site* gave



Fonte: Elaborado pelo autor.

O menu de conteúdos serve para orientar o acesso as páginas, sendo subdivido pelas categorias, que dinamiza a objetividade da consulta (Gave, Vigilância Epidemiológica, O que é Notificação, Doenças de Notificação e Compartilhamentos). Além disso, no menu há uma ferramenta de busca, que facilita a pesquisa através de palavras-chave do que já foi publicado. Há também um botão que direciona para a página oficial do GAVE no *Facebook*, como uma forma de divulgação das publicações nas redes sociais.

4.6.5 Página Principal

A página principal é apresentada através de um mosaico onde estão disponíveis os conteúdos abordados no *site*, de forma a facilitar a navegação para o visitante. Os destaques (figura 5) estão organizados em duas matérias escolhidas por seu nível de importância.

Figura 5 - Destaque no *site* gave

Fonte: Elaborado pelo autor.

Abaixo estão dois *banners* em forma de *link*. O primeiro convida o leitor a conhecer o Guia Básico de Vigilância Epidemiológica e o segundo direciona para a avaliação do *site*, que se trata de um instrumento de avaliação do produto para o público-alvo através da ferramenta Google Formulários.

Figura 6 - *Banners* em forma de *link*

Fonte: Elaborado pelo autor.

Na barra localizada à direita temos *links* para três seções do *site*, que são: Perguntas e Respostas em Vigilância Epidemiológica, *Blog* de Notícias e Destaque de Vídeos.

Figura 7 - Links da barra lateral para seções do *site*.



Fonte: Elaborado pelo autor.

Ao final da página, no rodapé, encontra-se o contato dos desenvolvedores do *site* e a instituição de ensino que está vinculada a pesquisa.

Figura 7 - Rodapé da página do *site*.



Fonte: Elaborado pelo autor.

4.6.6 Seções Complementares

O menu “GAVE” foi dividido em três subtópicos: “Apresentação”, onde é descrito brevemente o objetivo da ferramenta pedagógica; “Quem Somos” apresenta o perfil acadêmico dos criadores do *site*; e “*Blog* de Notícias” que se trata de um compêndio dos principais acontecimentos em saúde difundidos nos meios de comunicação.

A seção “VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA” foi dividida em quatro páginas. A primeira, denominada “A Vigilância”, refere-se à tarefa de apresentar informações legais, atribuições e objetivos da VE para o conhecimento do leitor. “Perguntas e Respostas” reúne as principais dúvidas reveladas durante a pesquisa de campo e oferece respostas direcionadoras para a ação da ESF e vigilância.

No “Glossário”, as principais terminologias comuns à área são apresentadas com linguagem clara e concisa. “Aprenda +” permite ao visitante acessar materiais multimídia para seu desenvolvimento e atualização profissional, através de vídeos, livros, *e-books* e outros.

O menu “O QUE É NOTIFICAÇÃO” aborda o aspecto legal do ato de notificar e orienta esta ação para o encaminhamento de forma correta. Em “Enviar notificação on-line” é disponibilizado um formulário para o preenchimento digital e envio da comunicação ao órgão competente.

Em “DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO” é apresentada uma lista dos principais agravos de interesse no contexto de Vigilância Epidemiológica. Ao clicar no nome da doença/agravo são disponibilizadas informações simplificadas, oferecidas em uma linguagem acessível e clara sobre o tema, caracterizando especificidades sobre cada doença como: agente etiológico, modo de transmissão, sintomas, critérios de confirmação, diagnóstico laboratorial e medidas de controle específicas para cada caso. Tais informações foram baseadas no Guia de Vigilância Epidemiológica do Ministério da Saúde (2009).

Figura 9 - Tela do Guia Básico de VE.



Fonte: Elaborado pelo autor.

Por fim, a seção “Compartilhamentos” oferece instrumentos concretos para o trabalho prático de Vigilância na ESF. São disponibilizadas fichas de notificação para download, manuais variados, publicações, informes técnicos, links importantes e relatórios. Este espaço é uma fonte de consulta e de informações para o pleno desenvolvimento das ações de VE pelas unidades de ESF.

A internet na atualidade destaca-se dos outros tipos de mídia por congrega uma infinidade de possibilidades, e promover a postura ativa do usuário, com o compartilhamento de informações relevantes em vez de apenas acessá-la (GARBIN et al., 2010).

Como complemento a estrutura do *site*, foi criado um blog que tem a proposta de divulgar informações e matérias para o público em geral, com o intuito de manter o leitor bem informado sobre os principais acontecimentos ligados a VE em diferentes escalas (local, regional, nacional e mundial). O blog também é oferecido pela plataforma *Wix.com* e se conecta com as principais redes sociais proporcionando a disseminação das matérias.

Figura 10 - Tela de divulgação de uma matéria do blog no Facebook



Fonte: Elaborado pelo autor.

4.6.7 Folder de divulgação

As imagens a seguir se referem o *folder* de apresentação e divulgação do *site* que foi entregue aos profissionais de saúde convidando-os a conhecer o conteúdo.

Figura 11 - Capa do *folder* de divulgação do *site*.



Fonte: Elaborado pelo autor.

Figura 12 - Miolo do *folder* de divulgação do *site*



Fonte: Elaborado pelo autor.

4.7 AVALIAÇÃO DO *SITE*

Os profissionais foram comunicados sobre a publicação do *site* e convidados a conhecer e classificar o conteúdo. Para o convite entregamos pessoalmente o folder de divulgação (figura 13 e 14) em quatro Unidades de ESF e alguns profissionais que atuam da Atenção Básica. Solicitamos após tomarem conhecimento, que participassem da pesquisa para possíveis ajustes ou acréscimo de informações que não estavam contempladas.

Após os resultados obtidos pela pesquisa esperamos a efetivação de uma ferramenta pedagógica em Vigilância Epidemiológica para Atenção Básica e que tais resultados possam ser aplicados para futuras pesquisas, além de servirem de produto para artigos e seminários sobre o assunto.

Para a organização da pesquisa, foi criado um formulário disponível através do sistema *Google Form*, disposto em *link* no *site*. O formulário foi disponibilizado no período compreendido entre doze de novembro até dois de dezembro do ano de 2016. No período foram realizadas 20 classificações do *site*.

Criamos três categorias de questões para a pesquisa. A primeira sobre a formação profissional do respondente (1 questão). A segunda sobre a organização do *site* (7 questões) e a terceira se ateve ao conteúdo (5 questões) (TOMAÉL, ET AL. 2004).

As duas últimas categorias apresentaram afirmativas que o respondente teve que assinalar em uma escala tipo Likert, variando 1 (discordo totalmente) a 5 (totalmente de acordo). A proposta não contemplou uso de métodos estatísticos para interpretação. Nossa pesquisa teve objetivo de observar como os profissionais classificaram a organização e o conteúdo do *site*.

Na primeira categoria que visava conhecer o perfil profissional dos respondentes as informações disponibilizadas revelaram que 80% deles tinham formação superior enquanto 15% ensino médio e os outros 5% demais formações.

Na segunda categoria que concentrou as afirmativas na avaliação em critérios da organização do *site*, obteve os seguintes resultados:

- A visualização do *site* é agradável (85% totalmente de acordo e 15% de acordo).
- O desing é atrativo (85% totalmente de acordo e 15% de acordo).
- A linguagem usada é de fácil assimilação (85% totalmente de acordo e 15% de acordo).
- O tamanho das letras é apropriado (95% totalmente de acordo e 5% de acordo).
- O título dos menus é claro e facilita acesso aos conteúdos (95% totalmente de acordo e 5% de acordo).
- Os links funcionam corretamente (90% totalmente de acordo e 10% de acordo).
- É fácil de retornar a página principal quando necessário (90% totalmente de acordo e 10% de acordo).

A terceira categoria que ofereceu afirmativas no intuito de conhecer as impressões dos respondentes sobre o conteúdo do *site* revelou os resultados a seguir:

- O conteúdo oferece informações importantes para o desempenho das atividades na Atenção Básica (90% totalmente de acordo e 10% de acordo).
- É possível adquirir conhecimento através do *site* Gave. (95% totalmente de acordo e 5% de acordo).
- Fornece instrumentos para um trabalho autônomo em parceria com a Vigilância Epidemiológica (90% totalmente de acordo e 10% de acordo).
- O *site* oferece interatividade (90% totalmente de acordo e 10% de acordo).
- O conteúdo multiplataforma (oferece acesso através de diferentes dispositivos) é importante (85% totalmente de acordo e 15% de acordo).

A pesquisa teve contribuições de Tomaél et al., (2004) que colaboraram significativamente em seu artigo: “Avaliação de fontes de informação na Internet”, para formação de critérios que serviram como base para a avaliação do produto em questão. As respostas oferecidas pelos participantes sobre as afirmativas mostraram-se satisfatórias. Os critérios foram bem avaliados, sendo assim podemos afirmar que o *site* foi bem aceito pelos profissionais, tanto nos aspectos ligados à organização gráfica quanto no que se refere aos conteúdos disponíveis.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar das concepções dos funcionários se aproximarem do conceito amplamente difundido de VE, verifica-se uma tendência ao reducionismo da sua atuação quanto a um sistema estático, pouco dinâmico, que se assemelha aos sistemas passivos de vigilância epidemiológica, encarregado apenas de se apropriar das doenças transmissíveis. A vigilância não se limita apenas a essa finalidade, trata-se do desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais que extrapolam o local e se configura como ideias, concepções, subjetividade e ação. Dada a heterogeneidade de concepções desacertadas reveladas no trabalho de campo, foi possível perceber um quadro de indefinição que pressupõe a necessidade de intervenção no intuito de promover maiores apropriações por parte dos profissionais sobre essa área que permeia todas as esferas e níveis de complexidade da saúde pública.

No que se refere ao conhecimento sobre as especificidades das doenças, o uso das mídias como a internet e TV são importantes na formação de conhecimentos em saúde, entretanto é preciso ter cuidado quanto à validade e referencia das informações prestadas por que há principalmente na internet conteúdos duvidosos, com transmissão de informações errôneas e desatualizadas.

Revela-se a figura do Enfermeiro nas ESF como categoria de referência e são peças-chave por carregar uma aproximação ao conhecimento científico elementar para orientar a equipe e promover o desenvolvimento das ações de Vigilância Epidemiológica na Atenção Básica.

Existe uma compreensão do caráter obrigatório de registro de doenças sem a correta reflexão sobre o conceito que se dá o processo, sendo possível verificar um entendimento equivocado sobre os agravos de relevância epidemiológica. A pesquisa revelou o desconhecimento da existência da lista de doenças de interesse de VE, sobre os profissionais que executam a notificação. Ocorre uma postura de isenção de responsabilidades após a comunicação dos eventos, identificando como tarefa que compete apenas a VE.

Entretanto, uma parcela relaciona e vislumbra a ocorrência de agravos a partir de uma perspectiva espacial, refletindo sobre a dinâmica dos territórios de promoção

de doenças, demonstrando interesse em participar de encontros envolvendo diferentes esferas da saúde municipal, e principalmente a VE. Tal reflexão pareceu ser uma queixa entre os profissionais que muitas vezes se relacionam com a Vigilância Epidemiológica apenas em momentos de necessidade. Uma parcela considerável relatou falta de informações, que se configuraram em entraves para o desempenho pleno e para a tomada de decisão da equipe. Dentro desta perspectiva o olhar a respeito da educação permanente em saúde se mostrou incipiente e limitante para a reflexão e transformação da prática em serviço.

Com base nos resultados desta pesquisa foi elaborado um *site*, com intuito de servir como um canal de informação, conhecimento e interação para os profissionais. O conteúdo foi preparado para promover o empoderamento dos atores na prática diária abordando aspectos da Vigilância Epidemiológica, privilegiando a objetividade, a clareza, a mobilidade e conteúdo confiável, baseado nos principais documentos oficiais.

Longe de esgotar as possibilidades de abordagem sobre o assunto e de apresentar um produto que visa corrigir completamente o déficit de conhecimentos sobre o assunto, acreditamos que outros estudos direcionados à atenção básica, vigilância epidemiológica, rede de saúde e educação permanente do município são bem vindos. Acredita-se que maiores apropriações dos profissionais sobre Vigilância Epidemiológica será resultado de ações educativas problematizadoras permanentes com vistas em promover a ampliação do saber e empoderamento para a prática reflexiva dos profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS

ACUÑA, D.L. & ROMERO, A. Perspectivas de La investigacion epidemiologica em El control y vigilancia de lãs enfermedades. Salud publ. México, 26:281-296, 1984.

AIRES, M. B. RAGGY, F. C.A. P. **Tecnologias da informação são aliadas na formação de profissionais de enfermagem**. UNIFEM. Revista Referência. Ano 1. nº1 Sete Lagoas, 2014.

ALBUQUERQUE, M. I. L. K. N.; CARVALHO, E. M. F.; LIMA, L. P. **Vigilância epidemiológica: conceitos e institucionalização**. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant., Recife , v. 2, n. 1, abr. 2002 .

ALMEIDA FILHO, N. Bases **históricas da epidemiologia**. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia; ALMEIDA FILHO, Naomar de. **Epidemiologia & Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. Cap.1, p.1-19.

ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia sem números**. Rio de Janeiro, Ed. Campus, 1989. p.1-17.

ALMEIDA FILHO, N., **A Clínica e a Epidemiologia**. Salvador, Apce/ABRASCO, 1992.

ALMEIDA FILHO, N.; ROUQUAYROL, M. Z. Elementos de Metodologia Epidemiológica. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia; ALMEIDA FILHO, Naomar de. **Epidemiologia & Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. Cap.6, p. 149-177.

ALMEIDA, P. P.; SALES, R. **Avaliação de fontes de informação na internet: avaliando o site do nupill/ufsc**. Revista Digital de Biblioteconomia e Ciência da Informação. Campinas, v. 4, n. 2, p. 67-87, jan./jun. 2007 – ISSN: 1678-765X.

ALVES, L. H. S.; BOEHS, A. E.; HEIDEMANN, I. T. S. B. **A percepção dos profissionais e usuários da estratégia de saúde da família sobre os grupos de promoção da saúde**. Texto contexto - enferm., Florianópolis , v. 21, n. 2, jun. 2012.

ASSOCIAÇÃO INTERNACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA – **Guia de métodos Enseñanza**. IEA/OPS/OMS. Públ. Cient. 266, 1973, 246p.

AUSUBEL, D. P. **A aprendizagem significativa: a teoria de David Ausubel**. São Paulo: Moraes, 1982.

BACKES, D. S. et al. **O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 17, n. 1, p. 223-230, Jan. 2012 .

BARATA R. B. **Epidemiologia no século XXI: perspectivas para o Brasil.** *Rev. bras. epidemiol.* 1999; 2(1/2):6-18.

BARBOSA, F. S. **Política de Investigação de Saúde no Brasil.** Cadernos de Saúde Pública, RJ, 3 (3), 343-351, jul/set, 1987.

BARBOSA, L. M. M. Glossário de epidemiologia e saúde. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia; ALMEIDA FILHO, Naomar de. **Epidemiologia & Saúde.** 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

BARBOZA, E. F. U. In **Tecnologia, comunicação e ciência cognitiva** [livro eletrônico] /organização de Walter Teixeira Lima Junior, Murilo Bansi Machado. São Paulo : Momento, 2014.

BARCELLOS, C; BASTOS, F.I. **Geoprocessamento, ambiente e saúde: uma união possível?** Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.12, n.3, p.389-397, jul/set. 1996.

BARDIN L. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70; 1977.

BARRA, P. R; LEMOS, V. M. M. Uma comparação da espacialização da mortalidade infantil por causas evitáveis em Uberlândia entre 2000 e 2007: Subsídio para as ações em saúde. In: **Geografia da Atenção à Saúde em Uberlândia** / Julio Cesar e Lima Ramires (Org.). – Uberlândia: Assis Editora, 2009. 184 p.

BARRETO M. L. **Por uma epidemiologia de saúde coletiva.** *Rev. bras. epidemiol.* 1998; 1(2):104-122.

BARRETO, M.L. A **epidemiologia, sua história e crises:** notas para pensar o futuro. In: COSTA, D.C. **Epidemiologia: teoria e objeto.** São Paulo, Hucitec/Abrasco, 1990. p.19-38.

BATISTA, S. C. F.**M-Learn Mat: Modelo Pedagógico para Atividades de M-learning em Matemática.** 2011. 225p. Tese (Doutorado em Informática na Educação). Programa de pós-graduação em Informática na Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

BATISTA, S. C. F.; BEHAR, P. A.; PASSERINO, L. M. **Contribuições da teoria da atividade para m-learning.** Revista Novas Tecnologias na Educação, Porto Alegre, v. 8, n. 2, p. 1-10, 2010.

BELLONI, M. L. **Educação à distância e inovação tecnológica.** Trabalho, Educação e Saúde, v.3, n.1, p.187-198, 2005

BEZERRA, L. C. A. et al **.A vigilância epidemiológica no âmbito municipal: avaliação do grau de implantação das ações.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 25, n. 4, abr. 2009.

BONFIM, C.; MEDEIROS, Z. **Epidemiologia e Geografia: dos primórdios ao Geoprocessamento**. Espaço para a Saúde, Londrina, v. 10, n. 1, p. 53-62, 2008.

BRAGA J, WERNECK GL. Vigilância Epidemiológica. In: Medronho RA. **Epidemiologia**. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 2009.

BRANCO, M. A. F. **Sistemas de informação em saúde no nível local**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 12(2):267-270, abr-jun, 1996.

BRASIL. **Divisão Nacional de Epidemiologia e Estatística de Saúde. Vigilância epidemiológica**. Brasília: Ministério da Saúde 1975. p.1-18.

BRASIL. Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União** 1990; 20 set.

BRASIL. **Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. Guia de vigilância epidemiológica**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Textos de epidemiologia para vigilância ambiental em saúde**. Brasília: FUNASA; 2002

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Políticas de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde**. Brasília: M.S.; 2003.

BRASIL. **A Educação Permanente entra na roda: Pólos de Educação Permanente em Saúde. Conceitos e Caminhos a percorrer**. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes **Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão**. Portaria 699, 30 de Março de 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Ministério da Brasília: Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 278/014, de 27 de fevereiro de 2014: **Institui diretrizes para implementação da Política de Educação Permanente em Saúde, no âmbito do Ministério da Saúde**, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Curso Básico de Vigilância Epidemiológica**. Brasília: Ministério da Saúde. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes Nacionais da Vigilância em Saúde / Ministério da**

Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 108 p. : – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 13)

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigilância em saúde no SUS:** fortalecendo a capacidade de resposta a os velhos e novos desafios. Brasília, 2006. Disp. em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigilancia_saude_SUS.pdf>. Acesso em: 01 jul. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Terminologia básica em saúde.** Brasília: Ministério da Saúde; 1987. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0111terminologia0.pdf>. Acesso em 25 set 2016.

BRASIL. **Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica.** Guia de vigilância epidemiológica. 7. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2009

BRASIL. **Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. Divisão Nacional de Epidemiologia e Estatísticas de Saúde. Vigilância epidemiológica e imunizações - legislação básica.** 3a ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1977. p.1-35.

BRITO, P.; MERCER, H.; VIDAL, C. Educação permanente em saúde, um instrumento de mudança. [S.l.: s.n.], 1988.

BUCK, C. et al. "Discussions". **The Challenge of Epidemiology: Issues and Selected Readings**, vol. 1, n. 1. Washington: PAHO ScientificPublication n. 505, 1988, p. 3-17.

CÂMARA V. M. **Epidemiologia e Ambiente.** In: Medronho RA. **Epidemiologia.** 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 2009. p. 535-547.

CAMPOS C. E. A. **O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família.** *Cien Saude Colet* 2003; 8(2):569-584.

CAMPOS F. E. et al. **Os desafios atuais para a educação permanente no SUS.** *Cad. RH Saúde.* 2006; 3: 41-53.

CARDOSO J. P., et al. **Construção de uma práxis educativa em informática na saúde para ensino de graduação.** *Cien Saúde Coletiva* 2008; 13(1): 283-8.

CARDOSO, R. B. **Processo de construção e implantação de um Programa de Educação Permanente em Saúde, volta ao desenvolvimento do uso de novas tecnologias no campo da saúde:** análise de uma experiência em hospital privado / Dissertação de Mestrado. São Paulo, 2015.

CARVALHEIRO, J. R. **Epidemias em escala mundial e no Brasil.** *Estudos Avançados*, 22 (64), 2008.

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

CASTELLANOS, B. O. P.; BERTOLOZZI, M. R. **A Questão das teorias interpretativas da “saúde” e da “doença”**. São Paulo, 1991.

CECCIM R. B, Ferla A. A. **Educação Permanente em Saúde**. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, organizadora. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV; 2006, p. 107-12.

CECCIM R. B. **Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário**. Interface – Comunic., Saúde, Educ. 2005 fev; 9: 161-74.

CECCIM R. B.; Feuerwerker L. C. M. **O Quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social**. Physis: Rev. Saúde Colet. 2004; 14: 41-65.

CIDADE, L. C. F. **Teoria, análise crítica e o desafio do pensamento interdisciplinar na confluência de saúde coletiva, ambiente e geografia**. Hist. cienc. saude-Manguinhos, Rio de Janeiro , v. 19, n. 1, mar. 2012 .

COSTA, M. A. F. **Metodologia da pesquisa: conceitos e técnicas** / Marco Antonio F. da Costa, Maria de Fátima Barrozo da Costa. 2ª ed. – Rio de Janeiro: Interciência, 2009.

CRUZ NETO, O. **O trabalho de campo como descoberta e criação**. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2002.

CRUZ, M. M.; TOLEDO, L. M; SANTOS, E. M. **O sistema de informação de AIDS do Município do Rio de Janeiro: suas limitações e potencialidades enquanto instrumento da vigilância epidemiológica**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 19, n. 1, fev. 2003.

DUPRET, L. M. **A apropriação das TIC na formação de trabalhadores do SUS: a experiência da FIOCRUZ**. In: TRINDADE, Maria Angela Biancocini (Org.). As tecnologias da informação e comunicação no desenvolvimento de profissionais do SUS. São Paulo: Instituto de Saúde, 2011. 330 p. (Temas em Saúde Coletiva, 12).

EDITORIAL. **Vigilância epidemiologia**. International Journal of Epidemiology, 5:4-6, 1976.

ELBERT, C. R. C. **O ensino semi-presencial como resposta às crescentes necessidades de educação permanente**. Educar em Revista, Paraná, n. 21, p. 1-16, 2003. Disponível em: <http://educa.fcc.org.br/pdf/er/n21/n21a07.pdf>. Acesso em: 18 de janeiro de 2016.

EVORA , Y.D.M. et al. **Tecnologias de informação e comunicação no ensino de gerenciamento em enfermagem**: Desenvolvimento de ambiente digital de aprendizagem. Rev. Latino-Am. Enfermagem [internet] 2010.

FERNANDES, M. C. P.; BACKES, V. M. S. **Educação em saúde**: perspectivas de uma equipe da Estratégia Saúde da Família sob a óptica de Paulo Freire. Rev. bras. enferm., Brasília , v. 63, n. 4, ago. 2010 .

FERREIRA, Jorge Brantes; SILVA, Jorge Ferreira da; CAMPOS, Helga; CARVALHO, Maria Luíza A. de; SABINO, Angilberto; SACCOL, Amarolinda; SCHLEMMER, Eliane. **A disseminação da aprendizagem com mobilidade (M-learning)**. Data Grama Zero: Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, ago. 2012. Disponível em: <http://www.dgz.org.br/ago12/Art_02.htm>. Acesso em: 9 set. 2012.

FISCHER, R. M. B. **Televisão & Educação**: fruir e pensar a TV. 3 ed. – Belo Horizonte: Autêntica, 2006.

FOSSAERT, D.H.; LLOPIS, A.; TIGRE, C.H. **Sistemas de vigilância epidemiológica**. Bol. Ofic. sanit. panamer., 76:512-525, 1974.

FRANCO NETTO, G. **A vigilância ambiental e a epidemiologia de serviço**. *Epidemiol. Serv. Saúde*.. Dec. 2003, vol.12, no.4, p.175-176.

FREIRE P. **Educação e Mudança**. Tradução de Moacir Gadotti e Lillian Lopes Martins. 30 ed. Rio de Janeiro: Paz & Terra; 2007.

FREITAS, J. D.; PORTO, M. F. **Por uma epistemologia emancipatória da promoção da saúde**. Trab. educ. saúde (Online), Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, out. 2011.

GUALDA, D. M. R; BERGAMASCO, R. **Enfermagem cultura e o processo saúde-doença**. São Paulo: Ícone, 2004

GARBIN, H. B. R.; GUILAM, M. C. R.; PEREIRA NETO, A. F. **Internet na promoção da saúde**: um instrumento para o desenvolvimento de habilidades pessoais e sociais. Physis [online]. 2012, vol.22, n.1.

GUILAM, M. C. R. O. **Conceito de risco: sua utilização pela Epidemiologia, Engenharia e Ciências Sociais**. Rio de Janeiro, RJ: Dissertação de Mestrado – ENSP/FIOCRUZ, 1996. HEIDEMANN, I. T. S. B.; WOSNY, A. M.; BOEHS, A. E. **Promoção da Saúde na Atenção Básica**: estudo baseado no método de Paulo Freire. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 19, n. 8, ago. 2014.

HEIMANN, L. S. Prefácio: Inovações para somar esforços. In: Trindade MAB, (org.). **As tecnologias da informação e comunicação (TIC) no desenvolvimento de profissionais do Sistema Único de saúde (SUS)**. São Paulo: Instituto da saúde; 2011. p. 07-12.

- KERR-PONTES, L. R. S.; ROUQUAYROL, M. Z. Medida da Saúde Coletiva. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia; ALMEIDA FILHO, Naomar de. **Epidemiologia & Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. Cap.3, p. 37-82.
- LANGMUIR, A. D. The surveillance of communicable diseases of national importances. LAST, J.M., ed. **A dictionary of epidemiology**. New York, Oxford University Press, 1983.
- LAST, J. M. **Um dicionário de epidemiologia**. 2.a ed. Lisboa : Departamento de Estudos e Planejamento da Saúde, 1995.
- LAURELL A. C. A saúde-doença como processo social. In: Nunes ED, organizador. **Medicina social: aspectos históricos e teóricos**. São Paulo: Global; 1983. P133-158.
- MEIRELLES, L. F. T.; TAROUÇO, L. M. R. “**Framework para Aprendizagem com Mobilidade**”, Simpósio Brasileiro de Informática na Educação - SBIE, 16. Juiz de Fora. 2005 <http://ead.ucpel.tche.br/portal/publicacoes/pdf/artigo-sbie2005-final.pdf>.
- MERIJÉ, Wagner. **Mobimento: educação e comunicação mobile**. São Paulo: Peirópolis, 2012.
- MINAYO, M. C. **S.O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 4. ed. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/ ABRASCO, 1996.
- MIZUKAMI, M. G. N. **Ensino: as abordagens do processo**. São Paulo. Ed EPU, 2003. 13 ed. 119p.
- MONKEN, Maurício. Contexto, território e o processo de territorialização de informações: desenvolvendo estratégias pedagógicas para a educação profissional em Vigilância em Saúde. In: BARCELLOS, Christovam (Org.). **A geografia e o contexto dos problemas de saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco/Icict/EPSJV, 2008.
- MONKEN, M. & BARCELLOS, C. **Vigilância em saúde e território utilizado: perspectivas teóricas**. Cadernos de Saúde Pública, Vol. 21, n.3. Rio de Janeiro: mai/jun, 2005 p. 898-906.
- MONTENEGRO, L. C.; BRITO, C. G. N. S.; SILVA, N. C. **Metodologia de Paulo Freire no desenvolvimento da educação permanente do enfermeiro intensivista**. Enfermagem Revista, Belo Horizonte, v. 15, n. 3, p. 317-326, abr.
- MONTENEGRO, L. C.; BRITO, C. G. N. S.; SILVA, N. C. **Metodologia de Paulo Freire no desenvolvimento da educação permanente do enfermeiro intensivista**. Enfermagem Revista, Belo Horizonte, V. 16. Nº 03 .Set/Dez. 2012
- MORAES I. H. S., Santos S. R. F. R. **Informação em saúde: os desafios continuam**. Ci& Saúde Coletiva 1998; 3(1):37-51.
- MORAN, J. M. **Como utilizar a Internet na educação: relatos de experiências**. Ciência da Informação, Brasília, v.26, n.2, p. 146-153, maio/ago. 1997.

MOREIRA, M. A. **Aprendizagem significativa crítica**. Porto Alegre: Centauro, 2009a.

MOREIRA, M. A. – Teorias de Aprendizagem. 2ª ed. São Paulo: Editora EPU, 2010.

MOREIRA, M. A.; MASINI, E. F. S. **Aprendizagem significativa: a teoria de David Ausubel**. São Paulo: Centauro, 2009b

MOTA, E; CARVALHO, D. M. T. Sistemas de Informação em Saúde. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia; ALMEIDA FILHO, Naomar de. **Epidemiologia & Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. Cap.21, p. 605-628.

MOZZAQUATRO, P. M.; RIBEIRO, P. S.; FRANCISCATO, F. T.. MEDINA, R. D.; **Validação de um Ambiente de Aprendizagem Móvel em Curso à Distância**. Simpósio Brasileiro de Informática na Educação. SBIE, 2009.

MÜLBERT, A. L.; PEREIRA, A. T. C. **Um panorama da pesquisa sobre aprendizagem móvel (m-learning)**. In: Associação Brasileira de Pesquisadores em Cibercultura, 2011, Florianópolis. Anais do V Simpósio Nacional da ABCiber.

MÜLBERT, Ana Luisa; PEREIRA, Alice T. C. **Um panorama da pesquisa sobre aprendizagem móvel (m-learning)**. In: Associação Brasileira de Pesquisadores em Cibercultura, 2011, Florianópolis. Anais do V Simpósio Nacional da ABCiber.

New Engl.J.Med., 268(4):182-192, 1963.

Ogata, H. and Yano, Y., (2004) "Knowledge awareness for a computer-assisted language learning using handhelds". In: International **Journal of Continuous Engineering Education and Lifelong Learning**, v. 14, n. 4-5. Janeiro, 2004.

OLIVEIRA M. A.C.; Bertolozzi M.R.; Egly E.Y., Fonseca R.M.G.S. **Globalização e saúde: desafios para a enfermagem em saúde coletiva no limiar do terceiro milênio**. Saúde Soc 1998; 7(2):3-18.

OLIVEIRA, E.M.; SPIRI, W.C. **Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional**. Rev Saúde Pública. V 40, n 4, p 727-33, fev. 2006.

OLIVEIRA, E. M.; SPIRI, W. C. Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 40, n. 4, p. 727-733, Aug. 2006.

OLIVEIRA, T. C. **Implementação de ações de vigilância epidemiológica em nível regional**. Rev. Saúde Pública, São Paulo , v. 23, n. 1, fev. 1989.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Envelhecimento ativo: um projeto de política de saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **O conceito de vigilância epidemiológica.** Washington, D.C., 1969.

ORGANIZATION MONDIAL DE LA SANTÉ. **La Santé pour Tous au XXI e Siècle**, 1997. Disponível em: < <http://who-hp-policy.who.ch/cgi-bin/folio>.> Acesso em: 5 abr 2016.

PAIM J. S. **Vigilância da Saúde:** dos modelos assistenciais para a promoção da saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões e tendências.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 161-174.

PAIM, J. S. Modelos de Atenção e Vigilância da Saúde. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia; ALMEIDA FILHO, Naomar de. **Epidemiologia & Saúde.** 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. Cap.19, p. 567-586.

PEDERSOLI, C. E.; ANTONIALLI, E; VILA, T. C. S. **O enfermeiro na vigilância epidemiológica no município de Ribeirão Preto 1988-1996.** Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto , v. 6, n. 5, dez. 1998.

PELIZZARI, A. et al. **Teoria da Aprendizagem Significativa segundo Ausubel.** Rev. PEC, Curitiba, v.2, n.1, p.37-42, jul. 2001/jul. 2002.

PENNA M. L. F. **Epidemiologia e serviços de saúde:** momento atual. In: 1º Seminário Nacional de Vigilância Epidemiológica; 1992; Brasília. p. 53-56.

PEREIRA M. G. **Epidemiologia: teoria e prática.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001.

PEREIRA, A. L. F. **As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde.** Cad. Saúde Pública, v. 19, n. 5, p. 1527-34, 2003.

PEREIRA, A. L. F. **As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 19, n. 5, out. 2003.

PEREIRA, M.G. Conceitos Básicos de Epidemiologia. IN.: _____. **Epidemiologia: Teoria e prática.** São Paulo: Guanabara Koogan (Grupo Gen). 1995, c.1, p.449-482.

PERRENOUD, B. A. F; MORAES, J. C. **O sistema de vigilância epidemiológica sob a crise do setor saúde.** Saude soc., São Paulo , v. 1, n. 1, 1992.

PRADO, C et al. **Metodologia de utilização do chat na enfermagem.** Rev. Bras. Enfermagem [internet] 2009. Jul./Ago.

PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Organização do Sistema Nacional de Saúde.** Brasília, 1975. v.2, p.5-13.

RAMOS, M.; COPPOLA, N. C. **O uso do computador e da internet como ferramentas pedagógicas,** 2009.

RIBEIRO, Helena. **Geografia da saúde no cruzamento de saberes**. Saude soc., São Paulo , v. 23, n. 4, dez. 2014.

RODRIGUES, V. M.; FRACOLLI, L. A.; OLIVEIRA, M. A. C. **Possibilidades e limites do trabalho de vigilância epidemiológica no nível local em direção à vigilância à saúde**. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 35, n. 4, p. 313-319, dez. 2001

RODRIGUES, V. M; FRACOLLI, L. A; OLIVEIRA, M. A. C. **Possibilidades e limites do trabalho de vigilância epidemiológica no nível local em direção à vigilância à saúde**. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo , v. 35, n. 4, dez. 2001.

ROMERO, A. & TRONCOSO, M.C. **La vigilância epidemiológica: significado e implicaciones em La practica e em La docencia**. *Cuad. med. soc.*, Rosario, 17:17-28, 1981.

ROSSETTO M.; SILVA L. A. A. **Ações de educação permanente desenvolvidas para os agentes comunitários de saúde**. Cogitare Enferm. 2010 Out/Dez; 15 (4): 723-9.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

ROUQUAYROL, M. Z.; GOLDBAUM, M. Epidemiologia, história natural e prevenção de doenças. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia; ALMEIDA FILHO, Naomar de. **Epidemiologia & Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 15-30.

ROUQUAYROL, M. Z.; PONTES. L. **A medida da saúde coletiva**. In: _____. Epidemiologia e Saúde, 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p.23-76.

ROUQUAYROL M. Z., VERAS F. M. F., FAÇANHA M. C. **Doenças transmissíveis e modos de transmissão**. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N, ed. Epidemiologia & Saúde. 5ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 1999. p.215- 270.

SABROZA P.C, Leal M. C. **Saúde, ambiente e desenvolvimento: alguns conceitos fundamentais**. In: Leal MC, Sabroza PC, Rodriguez RH, Buss PM, organizadores. Saúde, ambiente e desenvolvimento. vol. 1. São Paulo: Editora Hucitec/Rio de Janeiro: ABRASCO; 1992. p. 45-93.

SAMPAIO, J. J. C.; MESSIAS, E. L. M. A Epidemiologia em Saúde Mental e Trabalho. In Jacques, M.G., & Codo, W. (orgs.). **Saúde Mental & Trabalho: Leituras**. Petrópolis: Vozes, 2002, p. 143-172.

SANCHES K.R.B.; CAMARGO J. R. K.R; COELI C. M.; CASCAO A.M. Sistemas de informação em saúde. In: Medronho RA. **Epidemiologia**. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 2009.

SANTOS, S. S. B. S.; MELO, C. M. M. Avaliação da descentralização da vigilância epidemiológica para a Equipe de Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 6, p. 1923-1932, Dec. 2008.

SCHMID, A. W. **Glossário de Epidemiologia**. Arq. Fac. Hig. S. Paulo, 1º. (supl.):1-20. 1956.

SCHOUT, D. **Municipalização da vigilância epidemiológica**: uma proposta em construção. Saude soc., São Paulo , v. 3, n. 1, jul. 1994.

SEABRA C. M., Leite J. C. **Território e sociedade**: entrevista com Milton Santos. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo; 2000.

SILVA JR., J.B, GOMES F.B.C., CEZÁRIO A.C., MOURA L. Doenças e agravos não transmissíveis: bases epidemiológicas. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia; ALMEIDA FILHO, Naomar de. **Epidemiologia & Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p.289-311.

SILVA JR., J. B. **Epidemiologia em serviço**: uma avaliação de desempenho do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, 2004. Tese de Doutorado, Campinas: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

SILVA, L. J. **Vigilância epidemiológica**: uma proposta de transformação. Saude soc., São Paulo , v. 1, n. 1, p. 7-14, 1992 .

SILVEIRA, M. H. **Considerações sobre o sistema de Informação no Setor Saúde**.Revista Saúde Pública, São Paulo, 8: 119-128, 1974.

SINNECKER. **General Epidemiology**. London: John Wiley and Sons, 1976.

SUSSER M., SUSSER E. **Choosing a future for epidemiology**. I. Eras and paradigms. Am J Public Health 1996; 86:668-73.

TAROUCO, Liane. M. R. et al. **Objetos de Aprendizagem para M-Learning**. Florianópolis: *SUCESU* - Congresso Nacional de Tecnologia da Informação e Comunicação, 2004.

TASCA R.; GRECO C.; VILLAROSA F.N. **Sistemas de informação em saúde para distritos sanitários**. In: Mendes EV, organizador. Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec 1994.

TAUIL, P. L. **Controle de Agravos à Saúde: Consistência entre Objetivos e Medidas Preventivas**. IESUS VII(2), Abr/Jun, (1998)

TAVARES, R. **Aprendizagem Significativa**. Revista Conceitos, Julho 2003 / Junho 2004.

TEIXEIRA C. F. **Epidemiologia e planejamento de saúde.** *Cien Saude Colet* 1999; 4(2):287-303.

TEIXEIRA, M. G. et al. **Seleção das doenças de notificação compulsória:** Critérios e recomendações para as três esferas de governo. Informe Epidemiológico do SUS, Rio de Janeiro, v.7, n.1,p.7-28, jan./mar; 1998.

TEIXEIRA, M. G.; RISI JUNIOR, J. B.; COSTA, M. C. N.. Vigilância Epidemiológica.In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N..**Epidemiologia & Saúde.** 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

THACKER, S. B. e BERKELMAN R. L..**Public Health Surveillance in the United States.** *Epidem. Rev.*, 10:164-190, 1988.

THACKER, S. B.; Qualters J. R.; Lee LM. **Public health surveillance in the United States: evolution and challenges.** *MMWR Surveill Summ.* 2012;61 Suppl: 3-9.

TOMAÉL, M. I. et al. Critérios de qualidade para avaliar fontes de informação na Internet. In: TOMAÉL, M. I.; VALENTIM, M. L. P. (Org.). **Avaliação de fontes de informação na Internet.** Londrina: Eduel, 2004, p. 19-40.

TORREZAN, R. M.; GUIMARAES, R. B.; FURLANETTI, Maria Peregrina de Fátima Rotta. **A importância da problematização na construção do conhecimento em saúde comunitária.** *Trab. educ. saúde,* Rio de Janeiro , v. 10, n. 1, jun. 2012.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais:** a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

TRUJILLO FERRARI, A. **Metodologia da pesquisa científica.** São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1982.

UNGLERT, C. V. S.; ROSENBERG, C. P.; JUNQUEIRA, C. B.. **Acesso aos serviços de saúde:** uma abordagem de geografia em saúde pública. *Rev. Saúde Pública,* São Paulo , v. 21, n. 5, out. 1987.

UNGLERT, C.V.S. Territorialização em Sistemas de Saúde. In: MENDES, Eugênio Vilaça (org). **Distritos Sanitários:** processo social de mudança nas práticas sanitárias para o Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec: Abrasco, 1993, p 221-235.

VARGAS, L. A.; OLIVEIRA, T. F. V. **Saúde, meio ambiente e risco ambiental:** um desafio para a prática profissional do enfermeiro. *Rev. enferm. UERJ;*15(3):451-455, jul.-set. 2007.

VARGAS, Milton. Ciência, Técnica e Realidade. In: **Para uma filosofia da tecnologia.**São Paulo: Alfa Omega, 1994.

VIANNA, Lucila Amaral Carneiro. **Módulo Político Gestor:** processo saúde/doença: Especialização em Saúde da Família. Una-SUS UNIFESP Ano 2012.

VILLA, T. C. S. et al .**A prática na vigilância epidemiológica:** entre o geral e o específico. Rev. bras. enferm., Brasília , v. 55, n. 2, fev. 2002.

WALDMAN, E. A. **A vigilância epidemiológica como prática de Saúde Pública.** 1991. 228 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 1991.

WALDMAN, E. A. **Vigilância em Saúde Pública.** São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. v.7 (Série Saúde & Cidadania).

WALDMAN, E. A. **Os 110 anos de Vigilância em Saúde no Brasil.** Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, v. 21, n. 3, p. 365-366, jul./set. 2012.

WALDMAN E. A; GOTLIEB. S. L. D. **Glossário de epidemiologia.** Informe Epidemiológico do SUS. 7: 5-27, 1992.

WORLD HEALTH ASSEMBLY, 2005. **Revision of the International Health Regulations**, WHA 58.3 (May 23, 2005) Disponível em: <<http://www.who.int>>

APÊNDICES

APÊNDICE A

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Entrevista com profissionais que atuam em quatro diferentes Unidades de Estratégia de Saúde da Família do município de Barra do Piraí, nos bairros Califórnia, Parque Santana, Areal e Vargem Alegre. Em cada unidade entrevistaremos três profissionais, sendo eles um Enfermeiro de nível superior, um Técnico de Enfermagem e um Agente Comunitário de Saúde.

1. Qual a sua formação?
2. Qual a sua função dentro da Estratégia de Saúde da Família?
3. Quantos anos você atua nesta função?
4. O que você entende por Vigilância Epidemiológica?
5. Você já se deparou com alguma doença que você não tinha informações sobre ela?
6. Se sim, de que forma você adquiriu informações? Ou não houve a busca?
7. Você sabe o que é notificação de Agravos?
8. Você sabe quem deve fazer a notificação?
9. Poderia exemplificar doenças e agravos que devem ser notificados?
10. Você já participou de algum processo de investigação epidemiológica?
11. Você tem conhecimento de como estas informações são processadas a partir da notificação?

APÊNDICE B – Carta de Anuência - Autorização para o estudo.



PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA ACADÊMICA

Barra do Piraí, 03 de setembro de 2014

Ao Secretário Municipal de Saúde de Barra do Piraí
Senhor Norival Garcia da Silva Júnior

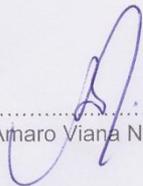
Eu, Amaro Viana Neto, principal responsável pelo projeto de dissertação, o qual pertence ao curso de Mestrado Profissional em Ensino das Ciências da Saúde e do Meio Ambiente do Centro Universitário de Volta Redonda (UNIFOA), venho pelo presente, solicitar a V.S.^a a autorização para o desenvolvimento da pesquisa "A Estratégia de Saúde da Família e a proposta de construção de uma ferramenta pedagógica com ênfase em Vigilância Epidemiológica" a ser realizado junto à Atenção Básica do Município.

O objetivo do projeto é criar um guia técnico-pedagógico para formação em Vigilância Epidemiológica direcionado à Estratégia de Saúde da Família. A coleta de dados será realizada pelo estudante através de Entrevistas semi-estruturadas sobre Vigilância Epidemiológica para profissionais atuantes na Atenção Básica do Município.

A coleta de dados deste projeto será iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

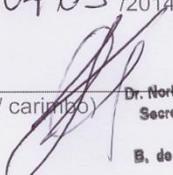
Contando com a autorização desta instituição, coloco-me à disposição para qualquer esclarecimento.

Atenciosamente,


Amaro Viana Neto

De acordo em 04/09/2014

(Nome, cargo / carimbo)


Dr. Norival Garcia da Silva Jr.
Secretário Mun. de Saúde
Interino
B. de Piraí/RJ - Mat. 9091

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos – CoEPS/UniFOA

1- Identificação do responsável pela execução da pesquisa:

Título do Projeto: A Estratégia de Saúde da Família e a proposta de construção de uma de ferramenta pedagógica com ênfase em Vigilância Epidemiológica.

Coordenador do Projeto: Amaro Viana Neto

Telefones de contato do Coordenador do Projeto: (24) 988238984

Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa: UniFOA, Campus Olezio Galotti - Av. Paulo Erlei Alves Abrantes, nº 1325, prédio 3, sala 5 - Três Poços, Volta Redonda/ RJ – CEP: 27240-560 Telefone: (24) 3340.8400 - Ramal 8571

2- Informações ao participante ou responsável:

(a) Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa que tem como objetivo criar uma ferramenta técnico-pedagógica para formação em Vigilância Epidemiológica direcionado à Estratégia de Saúde da Família.

(b) Antes de aceitar participar da pesquisa, leia atentamente as explicações abaixo que informam sobre o procedimento.

(c) Você poderá se recusar a participar da pesquisa e poderá abandonar o procedimento em qualquer momento, sem nenhuma penalização ou prejuízo. Durante a entrevista, você poderá recusar a responder qualquer pergunta que por ventura lhe causar algum constrangimento.

(d) A sua participação como voluntário (a), ou a do menor pelo qual você é responsável, não auferirá nenhum privilégio, seja ele de caráter financeiro ou de qualquer natureza, podendo se retirar do projeto em qualquer momento sem prejuízo a V.S.a ou menor.

(e) A sua participação contribuirá para uma pesquisa de cunho estritamente acadêmico e não fornecerá riscos de nenhuma forma.

(f) Aceito gravação do áudio da entrevista para cunho acadêmico e análise temática.

(f) Serão garantidos o sigilo e privacidade, sendo reservado ao participante ou seu responsável o direito de omissão de sua identificação ou de dados que possam comprometer-lo.

(g) Na apresentação dos resultados não serão citados os nomes dos participantes.

(h) Confirmando ter conhecimento do conteúdo deste termo. A minha assinatura abaixo indica que concordo em participar desta pesquisa e por isso dou meu consentimento.

Barra do Piraí, _____ de _____ de 2014.

Participante: _____

APÊNDICE D - Transcrição das entrevistas

ENTREVISTADO: P1.1

ENTREVISTADOR:- Qual a sua formação?

ENTREVISTADO:- Segundo grau completo

ENTREVISTADOR:- Você faz algum curso técnico?

ENTREVISTADO:- Não

ENTREVISTADOR:- Não tem interesse?

ENTREVISTADO:- Estou fazendo faculdade

ENTREVISTADOR:- Você faz faculdade de quê?

ENTREVISTADO:- Administração

ENTREVISTADOR:- Você faz na UFF?

ENTREVISTADO:- Não, pelo CEDERJ

ENTREVISTADOR:- Então é pela UFF

ENTREVISTADOR:- Qual a sua função dentro da Estratégia de Saúde da Família?

ENTREVISTADO:- Sou ACS.

ENTREVISTADOR:- Quantos anos você atua nesta função?

ENTREVISTADO:- Três anos.

ENTREVISTADOR:- O que você entende por Vigilância Epidemiológica?

ENTREVISTADO:- É... Não sei explicar. Epidemiológica tem a ver com as doenças né? Eu acho que é você estar acompanhando as famílias, a casa, como por exemplo, a dengue. Outras doenças também... Acho que é isso, estar acompanhando, estar vigiando, vigilância, vigiar.

ENTREVISTADOR:- Você já se deparou com alguma doença que você não tinha informações sobre ela?

ENTEVISTADO:- Não, acho que ainda não.

ENTREVISTADOR:- Não né... Podemos entender que todas as doenças que você já sabe o que é o que causa tipo de manifestação, sintoma.

ENTEVISTADO:- Sim

ENTREVISTADOR:- Ok

ENTREVISTADOR:- Se sim, de que forma você adquiriu informações? Ou não houve a busca? Mas como você ainda não se deparou nenhuma que você não tinha conhecimento é tranquilo né?

ENTEVISTADO:- É

ENTREVISTADOR:- Você sabe o que é notificação de agravos?

ENTEVISTADO:- Notificar é... A gente anota, escreve para a enfermeira, ela passa lá para fora. Notificação de diarreia, quando tem uma criança depois que tem três dias tá com diarreia. A gente escreve/preenche uma folha, aí ela manda lá para fora.

ENTREVISTADOR:- Você sabe quem deve fazer a notificação?

ENTEVISTADO:- Olha... Eu acho que é a enfermeira (risos). A gente que passa para ela né, a gente que tá em contato com a população, a gente passa para ela.

ENTREVISTADOR:- Aí você não precisa fazer a notificação, quem faz é ela?

ENTEVISTADO:- Sim

ENTREVISTADOR:- Poderia exemplificar doenças e agravos que devem ser notificados?

ENTEVISTADO:- Têm a dengue, rubéola, sarampo, essas doenças...

ENTREVISTADOR:- Lembra demais alguma?

ENTEVISTADO:- Risos

ENTREVISTADOR:- Você já participou de algum processo de investigação epidemiológica?

ENTREVISTADO:-Não

ENTREVISTADOR:- Você tem conhecimento de como estas informações são processadas a partir da notificação?

ENTREVISTADO:- Não sei

ENTREVISTADOR:- Depois que notifica, vai para a Vigilância e você não sabe o que acontece...

ENTREVISTADO:- Teve uma vez que... uma pessoa que da minha área teve/contraiu rubéola, aí a gente passou, notifiquei passei para a enfermeira, ela preencheu a folha, aí fui lá pra fora pro CEMUVIS, aí eles automaticamente vieram aqui no posto, me chamaram para mim levar até a casa e fui até a casa da pessoa que tinha contraído, aí foi lá, preencheu o monte de papel de dados, e falou para ela voltar para fazer outro exame. Assim que eles fizeram.

ENTREVISTADOR:- Ótimo

Questão extra – Você gostaria de fazer algum comentário?

ENTREVISTADO:- Não

ENTREVISTADOR:- Obrigado.

ENTREVISTADO: P1.2

ENTREVISTADOR:- Qual é a sua formação?

ENTREVISTADO:- 2º Grau.

ENTREVISTADOR:- Qual a sua função dentro da Estratégia Saúde da Família?

ENTREVISTADO:- A minha função é fazer a visita, captar o problema na rua e trazer para a unidade. Como ACS.

ENTREVISTADOR:- Quantos anos você atua nessa função?

ENTREVISTADO:- três anos.

ENTREVISTADOR:- O que você entende por Vigilância Epidemiológica?

ENTREVISTADO:- Acho assim que o vigiar, do vigia, tomar conta, prestar atenção, ajudar, porque na maioria das vezes não adianta só tomar conta e não fazer nada, numa certa situação. Acredito que seja isso.

ENTREVISTADOR:- Você já se deparou com uma doença que você não tinha informações sobre ela?

ENTREVISTADO:- Eu acho que de características epidemiológicas não.

Pesquisador – Foi a prática que te trouxe isso?

ENTREVISTADO:- Foi. É porque às vezes você não sabe um determinado termo e aí você vai lá e pergunta. Estou tentando lembrar, mas agora não me lembro.

ENTREVISTADOR:- De que forma você adquiriu as informações?

ENTREVISTADO:- Busquei perguntando porque pesquisa eu não tenho muita paciência não. Mas eu chego logo aqui e pergunto.

ENTREVISTADOR:- Você sabe o que é notificação de agravo?

ENTREVISTADO:- Uma coisa que a gente tem que fazer, uma situação que a gente tem deparado. A gente tem que fazer a notificação, não tem papel nem nada, tipo eu estou com tantos casos, mas não sei se é essa de agravos.

ENTREVISTADOR:- Você sabe quem deve notificar?

ENTREVISTADO:- Não, eu faço a minha e passo pra enfermeira. Se tem que ser passado a um outro lugar e quem tem que passar, eu não sei.

ENTREVISTADOR:- Você poderia exemplificar doenças e agravos que devem ser notificados?

ENTREVISTADO:- Dengue, tuberculose.

ENTREVISTADOR:- Você já participou de algum processo de investigação epidemiológica?

ENTREVISTADO:- Não.

ENTREVISTADOR:- Você tem conhecimento de como essas informações são processadas a partir da notificação?

ENTREVISTADO:- Não.

ENTREVISTADOR:- Tem alguma coisa sobre Vigilância Epidemiológica que você gostaria de acrescentar? Uma observação.

ENTREVISTADO:- Eu acho que este tipo de trabalho poderia ser mais conjunto. A gente está na rua todos os dias, a gente não tem tanta prática, tanto aperfeiçoamento pra poder, na maioria das vezes até estar percebendo determinada situação, a gente não sabe, por conta da má informação, de um curso que a gente não tem, que poderia ser em conjunto sempre junto pra não acontecer. Agora não, eu sei que quando começar a época da chuva, tem rato, começa aquela coisa toda, aí a Vigilância Sanitária, não sabe nada, pergunta determinada coisa, pra quem tem que ligar? Não sei, não sei nem o telefone, vou procurar ver, às vezes até consegue um bom resultado. Seria bom se não precisasse ver, se você já soubesse e informasse a pessoa.

ENTREVISTADO: P1.3

ENTREVISTADOR:- Qual a sua formação?

ENTREVISTADO:- Tenho ensino médio e tenho técnico em logística.

ENTREVISTADOR:- Qual a sua função dentro da Estratégia de Saúde da Família?

ENTREVISTADO:- Sou ACS. A principal função é cadastrar famílias, acompanhar, fazer visitas mensais, acompanhar hipertensos e diabéticos, agendar visitas e fazer uma ponte entre as famílias e a Unidade de Saúde.

ENTREVISTADOR:- Quantos anos você atua nesta função?

ENTREVISTADO:- Cinco anos.

ENTREVISTADOR:- O que você entende por Vigilância Epidemiológica?

ENTEVISTADO:- Aí... Acompanhar é, doenças assim, problemas, que (eu estou começando a trocar palavras).

Assim surtos de doenças né, eu acho que a principal função da vigilância é esse né... Igual a dengue por exemplo, estar sempre atento às fases de risco das doenças... Bem, eu acho que é por aí.

ENTREVISTADOR:- Você já se deparou com alguma doença que você não tinha informações sobre ela?

ENTEVISTADO:- Já... Depois de trabalhar aqui já.

ENTREVISTADOR:- Se sim, de que forma você adquiriu informações? Ou não houve a busca?

ENTEVISTADO:- Busquei como os profissionais daqui da unidade, lendo, pesquisando na internet.

ENTREVISTADOR:- Você sabe o que é notificação de Agravos?

ENTEVISTADO:- Eu acho que a notificação de agravos não é a nossa parte aqui. A gente notifica, por exemplo, quando a gente está acompanhando uma família que tem uma criança que está com diarreia, a gente notifica (Eu acho que é por aí).

ENTREVISTADOR:- Você sabe quem deve fazer a notificação?

ENTEVISTADO:- Então, aqui a gente faz para unidade, passa para a enfermeira chefe e ela passa para os setores que compõem.

ENTREVISTADOR:- Tá, mas qual profissional deve fazer a notificação?

ENTEVISTADO:- Acho que o agente de saúde, que é a gente que busca...

ENTREVISTADOR:- Poderia exemplificar doenças e agravos que devem ser notificados?

ENTEVISTADO:- Diarreia, hanseníase, tuberculose (a gente notifica). A gente percebe que tem.

ENTREVISTADOR:- Você já participou de algum processo de investigação epidemiológica?

ENTEVISTADO:- Não

ENTREVISTADOR:- Você tem conhecimento de como estas informações são processadas a partir da notificação?

ENTEVISTADO:- A gente tem conhecimento nos tem retorno...

ENTREVISTADOR:- Mas que tipo de conhecimento?

ENTEVISTADO:- Ué, a gente notifica e vai para o setor lá que cuidam. No caso de dengue, por exemplo, eu acho que vai para o CEMUVIS e de lá eles tomam outras providências.

Questão extra – Você gostaria de fazer algum comentário?

ENTEVISTADO:- Não

ENTREVISTADO: P1.4

ENTREVISTADOR:- Qual a sua formação?

R - Tenho o ensino grau completo, sou técnica em... estou terminando o técnico de agente comunitário. Eu sou formada também técnica de... (ai, como que chama?) créditos e finanças.

ENTREVISTADOR:- Ah é? Que bom! É créditos e finanças você fez por aqui em Barra mesmo?

ENTEVISTADO:- Fiz no Nilo Peçanha.

ENTREVISTADOR:- E o curso de ACS, você fez onde?

ENTEVISTADO:- Faço em Piraí, pelo IFRJ.

ENTREVISTADOR:- O curso é ótimo né...

ENTEVISTADO:- Excelente, nós estamos no 7º período, só está fazendo eu e outras colegas aqui de Barra.

ENTREVISTADOR:- Qual a sua função dentro da Estratégia de Saúde da Família?

ENTEVISTADO:- Agente Comunitário de Saúde.

ENTREVISTADOR:- Quantos anos você atua nesta função?

ENTEVISADO:- 8 anos.

ENTREVISTADOR:- É, vejo que você entrega pra gente lá as notificações...

ENTREVISTADOR:- O que você entende por Vigilância Epidemiológica?

ENTEVISADO:- É o controle né, para você ver como anda as doenças dentro do bairro pra fazer ações né... no combate. No caso: diarreia, aí você tem que ver o que está acontecendo, se é a água, se é contaminação alimentar. Para vir a prevenção, para tratar para não ter mais.

ENTREVISTADOR:- Você já se deparou com alguma doença que você não tinha informações sobre ela?

ENTEVISADO:- Assim... De vez em quando a gente até se depara, mas aí eu chego aqui e pergunto para a enfermeira, a gente pesquisa, ou então a gente pergunta para fora, se faz notificação. Na semana passada mesmo teve né, a menina perguntou por que está tendo muito caso de conjuntivite. Ela me perguntou se a gente notifica e falei, olha vou procurar me informar para saber o que a gente faria. Na área que está havendo está sem agente. Consegue assim, tem que trazer para o médico e a gente vê para notificar para fora para ver se tem alguma notificação do caso. Então quando tem alguma doença, assim que não é comum na região, a gente procura sempre saber, às vezes a gente liga para vocês lá mesmo (Vigilância Epidemiológica).

ENTREVISTADOR:- Considerando que você já se deparou com uma doença que você não tinha informações sobre, de que forma você adquiriu informações? Ou não houve a busca?

ENTEVISADO:- A gente busca. A primeira informação é a minha chefe (Enfermeira), aí a partir dela, se ela não tiver a informação, assim, se ela também desconhecer, e tiver pouca informação, a gente já busca, ou liga para os órgãos né... Pesquisa na internet, a gente tá sempre...

ENTREVISTADOR:- Você sabe o que é notificação de Agravos?

ENTREVISTADO:- Notificação de agravos? Nós estamos estudando isso no curso, só que agora deu um branco. Eu não consigo lembrar (risos), eu sei o que que é e não consigo explicar (risos). Dá pra entender isso?

ENTREVISTADOR:- Você sabe quem deve fazer a notificação?

ENTREVISTADO:- A notificação de agravos aqui no caso quem notifica é a Enfermeira. A gente passa lá para o Cemuviz ou lá para a Vigilância Epidemiológica né. Primeiro canal aqui é a enfermeira e a partir dela que saias notificações daqui.

ENTREVISTADOR:- É ela que faz... Mas quem deve fazer você sabe?

ENTREVISTADO:- Não.

ENTREVISTADOR:- Poderia exemplificar doenças e agravos que devem ser notificados?

ENTREVISTADO:- Dengue, tuberculose, psoríase, doenças respiratórias (asma, bronquite), diarreia, leptospirose. As doenças... E que são tantas...

ENTREVISTADOR:- Você já participou de algum processo de investigação epidemiológica?

ENTREVISTADO:- Olha, teve o caso da diarreia do lado de lá, até notifiquei, numa caixa d'água na rua lá. Até tive lá com o pessoal do CEMUVIS para fazer análise e aí foi só nessa.

ENTREVISTADOR:- Você tem conhecimento de como estas informações são processadas a partir da notificação?

ENTREVISTADO:- Não, só sei que tem um mapa lá que eles fazem, lá fora vocês, lá tem um mapa das áreas que são os maiores focos. Uma vez eu vi lá. Quando eu fui na dengue eu vi, até eles me mostraram lá, "ô aqui tem mais". A menina me mostrou que vocês fazem um mapa da situação. Onde tá ocorrendo mais caso. No caso da dengue, nesse caso. AIDS, é porque são doenças quando a gente começa pensar assim, começa sair né. Como a gente está estudando lá as doenças, estamos estudando agora doenças crônicas.

Questão extra – Sobre as perguntas, você teria alguma que gostaria de acrescentar sobre Vigilância Epidemiológica?

ENTREVISTADO:- Não, a gente tem algumas dúvidas... assim, no caso das doenças que são para notificar, igual ao caso lá de conjuntivite... o caso da dengue mesmo eu sempre pergunto para vocês lá né. Às vezes quando tem notificação, o pessoal notifica em outro lugar. O pessoal notifica em Piraí. E fico em dúvida, se eu tenho que ir lá fazer/notificar de novo né... Mas essas dúvidas eu pergunto para vocês (risos).

ENTREVISTADO: P2.1

ENTREVISTADOR:- Qual a sua formação?

R = Segundo grau incompleto.

ENTREVISTADOR:- Você fez o técnico de enfermagem ou auxiliar?

ENTREVISTADO:- É eu sou auxiliar, não sou técnica, é, como agora tem que ser, parece que o auxiliar tá extinto, mas como eu também estou para aposentar.

ENTREVISTADOR:- Qual a sua função dentro da Estratégia de Saúde da Família?

R = Auxiliar de Enfermagem.

ENTREVISTADOR:- Quantos anos você atua nesta função?

ENTREVISTADO:- Na prefeitura tenho 27 anos.

ENTREVISTADOR:- Você já se deparou com alguma doença que você não tinha informações sobre ela?

ENTREVISTADO:- Se eu já me deparei? Já, trabalhei em hospital, a gente vê mais doenças que aqui né.

ENTREVISTADOR:- Se sim, de que forma você adquiriu informações? Ou não houve a busca?

ENTREVISTADO:- O que a gente não sabe... Eu, para ser sincera, sou analfabeta com informática (risos). Sou, entendeu? Mas assim, eu procuro ver com a

enfermeira, ela pesquisa, me fala, no hospital a gente procurava saber com os profissionais mais capacitados. Sabe, eu sempre quis saber, assim... Na televisão hoje em dia fala muito, igual estão falando agora da hepatite C que não era uma... que eu trabalho em sala de imunização, então, eu já trabalho com imunização, então eu procuro saber das vacinas que eu faço para que as doenças que são, mas às vezes tem umas doenças tipo “lúpus”, que eu não sei muito a respeito, entendeu? Então eu procuro me informar o que é lúpus, por que dá, assim, mas na verdade algumas coisas eu não sei te informar direitinho. O que é não sei né.

ENTREVISTADOR:- Você sabe o que é notificação de Agravos?

ENTREVISTADO:- Agravos que você está falando que tem de sala de vacina, não? Ou você está falando geral?

ENTREVISTADOR:- É, notificação de agravos, no geral...

ENTREVISTADO:- Ah, porque eu ia te falar que vacina, a gente notifica quando você faz uma vacina e a criança tem uma reação alérgica, não pode, aí você tem que preencher um formulário que a gente tem e notificar lá para a sala de vacina. Agora você fala assim... Notificação de agravos, eu nunca preenchi isso em hospital sinceramente, nunca fiz.

ENTREVISTADOR:- Poderia exemplificar doenças e agravos que devem ser notificados?

ENTREVISTADO:- Ué, eu acho que doenças sexualmente transmissíveis são notificadas, é dengue é notificado. E talvez lúpus também seja né... que é doenças... por que lúpus é viral? Que eu sei assim, que tem que ser, quando vem alguém que tá com problemas é, de doenças sexualmente transmissíveis tem de ser notificada. Todas né, e é meio assim, que eu sei é isso.

ENTREVISTADOR:- Você já participou de algum processo de investigação epidemiológica?

ENTREVISTADO:- Não, não, já uma vez nos fomos numa casa aqui, que a criança tava suspeita de acho que era caxumba. Aí nós fomos lá na casa da mãe ver, fomos lá, inclusive na Barra sabe tudo disso, fomos sim, nos informar e ver o que que era.

ENTREVISTADOR:- Você tem conhecimento de como estas informações são processadas a partir da notificação?

ENTREVISTADO:- Saindo daqui? Eu quero que o que se notifica aqui vai para o CEMUVIS. Agora de lá o que faz não sei.

Questão extra – Você gostaria de fazer algum comentário?

ENTREVISTADO:- Não.

ENTREVISTADO: P2.2

ENTREVISTADOR:- Qual a sua formação?

ENTREVISTADO:- Sou técnica de enfermagem e estou cursando educação física

ENTREVISTADOR:- Profissão da área da saúde né...

ENTREVISTADO:- É

ENTREVISTADOR:- Qual a sua função dentro da Estratégia de Saúde da Família?

ENTREVISTADO:- Aqui? Aqui eu faço curativos e primeiros socorros, verifico sinais vitais, pressão, HGT, vacina, injeção.

ENTREVISTADOR:- Quantos anos você atua nesta função?

ENTREVISTADO:- De técnica? Três anos.

ENTREVISTADOR:- O que você entende por Vigilância Epidemiológica?

ENTREVISTADO:- Ah, um meio de se precaver de qualquer epidemia que venha a ter né... você sanar antes ou precaver para que não venha acontecer alguma epidemia, é isso?

ENTREVISTADOR:- Você já se deparou com alguma doença que você não tinha informações sobre ela?

ENTREVISTADO:- A do carrapato (risos)

ENTREVISTADOR:- Carrapato né... febre maculosa?

ENTEVISTADO:- É não sabia qual carrapato, pra mim era aquele grande agora é o pequenininho que...

ENTREVISTADOR:- Se sim, de que forma você adquiriu informações? Ou não houve a busca?

ENTEVISTADO:- Ah foi televisão, jornal...

ENTREVISTADOR:- Quando surgem dúvidas assim você recorre a quê?

ENTEVISTADO:- Ai.... Eu pergunto, faço pesquisa e procuro também na internet.

ENTREVISTADOR:- Você sabe o que é notificação de agravos?

ENTEVISTADO:- É você avisa alguém que aquilo tá sério, você, alguma coisa que esteja sério, e você avisar aquela coisa está acontecendo com ela é sério.

ENTREVISTADOR:- Você sabe quem deve fazer a notificação?

ENTEVISTADO:- Dos agravos de?

ENTREVISTADOR:- Pensando em Vigilância Epidemiológica...

ENTEVISTADO:- Eu acho que primeiramente os postos de saúde né, porque tudo que acontece vem direto aqui...

ENTREVISTADOR:- Mas que tipo de profissional que deve fazer a notificação?

ENTEVISTADO:- Os Agentes Comunitários.

ENTREVISTADOR:- Poderia exemplificar doenças e agravos que devem ser notificados?

ENTEVISTADO:- Olha, aqui, ah, eu não sei te responder.

ENTREVISTADOR:- Você já participou de algum processo de investigação epidemiológica?

ENTEVISTADO:- Não, só da dengue né...

ENTREVISTADOR:- Da dengue? Então a dengue é um exemplo né...

ENTEVISTADO:- Ah tá, fora a dengue por enquanto eu não sei.

ENTREVISTADOR:- Você tem conhecimento de como estas informações são processadas a partir da notificação?

ENTEVISTADO:- Não.

Questão extra – Você gostaria de fazer algum comentário?

ENTEVISTADO:- Não.

ENTREVISTADO: P2.3

ENTREVISTADOR:- Qual a sua formação?

ENTEVISTADO:- Eu sou agente comunitária e sou formada em técnica de enfermagem e enfermagem do trabalho, só que aqui eu estou fazendo as duas funções agora, eu estou como técnica, eu tive uma troca de função

ENTREVISTADOR:- está sem o quê?

ENTEVISTADO:- A gente tá sem técnico que venceu o contrato e foi dispensado, até vir eu faço essa parte.

ENTREVISTADOR:- Qual a sua função dentro da Estratégia de Saúde da Família?

ENTEVISTADO:- Aqui eu sou agente comunitária, faço visitas nas casas, prevenção sobre dengue, essas doenças contagiosas, então tenho muito contato com a família..

ENTREVISTADOR:- Entendi, porque o agente comunitário é aquele vínculo aquele elo...

ENTEVISTADO:- A gente tem uma segunda família, a gente tem a nossa e a segunda que são eles, porque eles não tomam nenhuma atitude sem antes perguntar, até aqui como técnica de enfermagem eles vem aqui com a receita, Rita como que eu faço como que eu tomo tudo, eles perguntam, então eles tem liberdade de conversar com a gente, e a gente passa para o médico ou pra Enfermeira, mesmo aqui como técnica tenho elo com paciente e com o médico.

ENTREVISTADOR:- Quantos anos você atua nesta função?

ENTEVISTADO:- De agente, 2 anos, 3 anos porque eu faço as duas, independente de eu estar aqui provisoriamente como técnica eles vem me procurar, é consulta, é médico, eles me procuram, me ligam, mas como agente são 3 anos.

ENTREVISTADOR:- Mas você se formou técnica de enfermagem tem muito tempo?

ENTEVISTADO:- Têm três anos, eu faço particular nas casas, mas aqui é um campo de conhecimento que entra aqui...

ENTREVISTADOR:- Muito material pra ler pra pesquisar, a enfermeira é uma fonte.

ENTEVISTADO:- A enfermeira é uma coordenadora, ela te ensina tudo que tiver oportunidade de trabalhar na unidade e em qualquer lugar, com ela só não aprende se não tiver vontade de buscar, porque ela ensina muito.

ENTREVISTADOR:- O que você entende por Vigilância Epidemiológica?

ENTEVISTADO:- Bom, eu entendo que você tem que estar sempre alerta, tanto faz com paciente dentro do posto como nas visitas, se você desconfiar que alguma dessas pessoas, você tem que investigar conversar. Porque tem família que não se abre, não fala às vezes um da família que fala, fulano está com....aí você tem que ir com jeitinho... Aí se você conseguir ter essa liberdade de descobrir, você trazer pra unidade assim com jeitinho porque as pessoas daqui são muito fechadas, não tem conhecimento, não gostam que falar. Eu acho que você tem que estar alerta a nascimentos nesse caso e passando pra unidade, porque se eu souber que você tem aquilo mas eu não busco, eu estaria deixando passar, se for contagiosa, alastrar e depois você teve a oportunidade e não fez nada. Acho que nesse caso você tem que buscar, correr atrás e tentar fazer tudo que puder.

ENTREVISTADOR:- Você já se deparou com alguma doença que você não tinha informações sobre ela?

ENTEVISTADO:- Não ainda não, que eu soubesse não. Sempre que tinha quando eu entrei a unidade me deixou a par, fulano tem isso, isso...ou já teve essa doença mas tratou, sempre tem que estar alerta com essa pessoa, com essa família.

ENTREVISTADOR:- Mas eu digo assim, você já se deparou com algum tipo de doença que você não tinha informação sobre ela, eu não sei nada sobre essa doença?

ENTREVISTADO:- Ainda não, sempre a gente tem algum conhecimento ou quando eu vou lá fazer como técnica, como a gente, a unidade já sabe e te passa. Teve alguém na minha área que teve hanseníase, então já sabia que essa pessoa tinha. É uma pessoa fechada, não tratou aqui, tratou na Barra. Mas a unidade sabia que teve e você já tinha informação, você não foi crua.

ENTREVISTADOR:- E, em nível do seu conhecimento como profissional, você já chegou e falou assim: essa doença eu não conheço, essa é nova pra mim, eu não tenho informação nenhuma sobre ela.

ENTREVISTADO:- Ainda não.

ENTREVISTADOR:- Se caso você já tenha se deparado com alguma doença que você não sabe nada sobre ela, como você busca informação, como você busca conhecimento?

ENTREVISTADO:- Eu venho pra unidade. No caso, a gente procura a enfermeira, a gente passa a situação, o que ela souber ela passa pra gente e o que ela não souber ela vai buscar pra passar pra gente.

ENTREVISTADOR:- Você sabe o que é notificação de Agravos?

ENTREVISTADO:- Assim 100% não.

ENTREVISTADOR:- Você sabe quem deve fazer a notificação?

ENTREVISTADO:- Seria a coordenadora do posto, seria a enfermeira. No caso a gente passa pra ela e ela faz a notificação.

ENTREVISTADOR:- Poderia exemplificar doenças e agravos que devem ser notificados?

ENTREVISTADO:- Dengue, tuberculose.

ENTREVISTADOR:- Você estava falando das doenças...

ENTREVISTADO:- No caso assim, dengue esses focos de dengue, na família toda numa área que tenha mais de 10, 15 pessoas, a gente tem que ficar alerta, notificando tuberculose, assim doença sexual transmissível como sífilis, uma coisa assim que a gente sabe que tem conhecimento eu acho que a gente teria que estar notificando. Bom, isso é no meu conhecimento.

ENTREVISTADOR:- Você já participou de algum processo de investigação epidemiológica?

ENTREVISTADO:- Ainda não, passei não.

ENTREVISTADOR:- Você tem conhecimento de como estas informações são processadas a partir da notificação?

ENTREVISTADO:- Não sei.

ENTREVISTADOR:- Não sabe...

ENTREVISTADO:- Que a gente leva a notificação lá fora, a gente não sabe bem como é e como a gente pode ter um retorno. Se eu cheguei lá e falei que a Maria está com tuberculose, foi notificado, foi lá pra fora, como você sabe se a pessoa se tratou a gente não tem volta à unidade. Não tem volta de nada, daí você não sabe se a pessoa continuou ou se parou então a gente não sabe como que é. Eu acho que e assim a fulana tal da sua área, da área tal tratou também, a gente não sabe como que foi.

ENTREVISTADOR:- Você não sabe pra que serve essa notificação?

ENTREVISTADO:- Nem sabe, dependendo do caso a gente não sabe, não tem retorno.

ENTREVISTADOR:- Você tem uma mínima noção pra que serve essa notificação?

ENTREVISTADO:- Não tenho, não faço à mínima ideia.

ENTREVISTADOR:- Tranquilo...

Questão extra – Você gostaria de fazer algum comentário?

ENTREVISTADO:- Queria acrescentar assim, quando você faz todo esse acompanhamento, envia lá pra fora e não tem um retorno, como você poderia

reivindicar isso pra saber? Às vezes até pelo paciente mesmo, a pessoa que não tá nem aí, eu to bem, vou contaminar Deus e o mundo, não tem conhecimento como se pode e têm várias outras doenças que a gente também não tem noção. Acho que teria que saber tudinho do começo ao fim do tratamento.

ENTREVISTADO: P2.4

ENTREVISTADOR: – Qual é a sua formação?

ENTREVISTADO:- Ensino Médio completo.

ENTREVISTADOR: – Qual a sua função dentro da Estratégia Saúde da Família?

ENTREVISTADO:- Minha função basicamente é de atendimento, né? Auxílio as pessoas nas consultas com os médicos, participo de campanhas de vacinação, essas coisas.

ENTREVISTADOR: – Quantos anos você atua nessa função?

ENTREVISTADO:- Já tem 3 anos.

ENTREVISTADOR: – O que você entende por Vigilância Epidemiológica?

ENTREVISTADO:- É mais a áreas de vocês né? Acho que é tipo um setor que coordena a gente, nos orienta a tomar algumas decisões, tira dúvida...

ENTREVISTADOR: – Você já se deparou com uma doença que você não tinha informações sobre ela?

ENTREVISTADO:- Sim. Às vezes a gente se depara com algumas doenças que nunca tinha ouvido falar.

ENTREVISTADOR: - De que forma você adquiriu as informações?

ENTREVISTADO:- Tem uns livrinhos aqui que a gente consulta e também pesquiso na internet.

ENTREVISTADOR: – Você sabe o que é notificação de agravo?

ENTREVISTADO:- É quando a gente precisa relatar um caso grave que aconteceu.

ENTREVISTADOR:- Você sabe quem deve notificar?

ENTREVISTADO:- Acredito que seja a enfermeira ou o médico.

ENTREVISTADOR: – Você poderia exemplificar doenças e agravos que devem ser notificados?

R: Dengue, DST, Meningite...

ENTREVISTADOR: – Você já participou de algum processo de investigação epidemiológica?

ENTREVISTADO:- Não.

ENTREVISTADOR: – Você tem conhecimento de como essas informações são processadas a partir da notificação?

ENTREVISTADO:- Acho que vai para o setor de vocês. Depois eu não sei o que acontece...

ENTREVISTADOR– Tem alguma coisa sobre Vigilância Epidemiológica que você gostaria de acrescentar? Uma observação.

ENTREVISTADO:- Eu penso que deveria ter mais cursos de capacitação pra gente que trabalha na área da saúde. Essas dúvidas que surgem, estamos na correria do dia-a-dia, acaba que nem sempre temos tempo de nos atualizar, buscar mais informações. Se tivéssemos esses cursos para discutir os problemas que enfrentamos seria muito válido. Acho que é isso.

ENTREVISTADO: P3.1

ENTREVISTADOR:- Qual a sua formação?

ENTREVISTADO:- Graduação em Enfermagem e Especialização em Nefrologia

ENTREVISTADOR:- Qual a sua função dentro da Estratégia de Saúde da Família?

ENTREVISTADO:- Enfermeira assistencialista e Gerente. Tenho duas funções, e as outras né... Faço serviço de técnico de enfermagem também.

ENTREVISTADOR:- Quantos anos você atua nesta função?

ENTREVISTADO:- Concursada tenho um ano e seis meses, mas na função eu trabalhei no hospital Maria de Nazaré dois anos. No total, três anos trabalhando como enfermeira.

ENTREVISTADOR:- O que você entende por Vigilância Epidemiológica?

ENTREVISTADO:- Entendo que vocês fazem um mapeamento de todos os tipos de agravos, doenças, fazer "tipo" de um levantamento de alguma patologia no local. Isso que eu entendo.

ENTREVISTADOR:- Você já se deparou com alguma doença que você não tinha informações sobre ela?

ENTREVISTADO:- Já! Essa nova de que confundi um pouco o diagnóstico de dengue. Aí você não sabe se é dengue ou se é uma dor aguda no abdômen. Por que tem um diferencial da febre alta, e a febre alta também dá em quem tá com hérnia umbilical. Dá uma confundida sim.

ENTREVISTADOR:- Se sim, de que forma você adquiriu informações? Ou não houve a busca?

ENTREVISTADO:- Internet.

ENTREVISTADOR:- Você sabe o que é notificação de Agravos?

ENTREVISTADO:- Sei! Sei por que estou estudando para concurso, aí caem algumas questões de notificação de agravos, notificação diferencial, tipo infantil, aí sempre cai também, aí to sempre lendo essas notificações compulsórias.

ENTREVISTADOR:- Você sabe quem deve fazer a notificação?

ENTREVISTADO:- Eu penso que todos aqueles envolvidos na área de saúde devem fazer a notificação, não só o médico, o enfermeiro e o técnico, os agentes de saúde também fazem aqui, eu tô pedindo, numa notificação, fez visita domiciliar, para notificar e colocar lá... Agente de saúde tal. Carimbar e assinar.

ENTREVISTADOR:- Poderia exemplificar doenças e agravos que devem ser notificados?

ENTREVISTADO:- Não.

ENTREVISTADOR:- Você já participou de algum processo de investigação epidemiológica?

ENTREVISTADO:- Tem umas que vocês fazem a notificação tipo, vê aí se tem surto de carrapato. Você vai lá e faz uma investigação. Teve um que me pediram para fazer de hanseníase e tuberculose, a gente fez o rastreamento. Assim que eu entendo.

ENTREVISTADOR:- Então são essas são as doenças e agravos que devem ser notificados?

ENTREVISTADO:- Eu não, eu acho que todas. Diarréia, leishmaniose, são muitas são mais de oitenta e três.

ENTREVISTADOR:- É... Então você já participou de um processo de investigação epidemiológica ou não?

ENTREVISTADO:- Não... É que estuda para concurso você aquele monte que pode ser notificada.

ENTREVISTADOR:- Você tem conhecimento de como estas informações são processadas a partir da notificação?

ENTREVISTADO:- Não, eu penso assim... A partir do momento que uma unidade básica fez a notificação e levam para a Vigilância Epidemiológica, vocês ficam naquela preocupação de investigar o que está acontecendo. E o resto eu já não sei como é o processo.

Questão extra – Você gostaria de fazer algum comentário?

ENTREVISTADO:- Não... Eu penso assim, que eu acho quando assim. Ingressei assim numa unidade nova, concurso, entra na unidade, eu acho que o enfermeiro ou técnico de enfermagem tinha que passar por todo processo da prefeitura para saber o que pode fazer ou não. Para não ficar pendência em documentação.

ENTREVISTADOR:- Por que senão a pessoa fica um pouco perdida né...

ENTREVISTADO:- Me joga de pára-quedas aqui, pronto se vira aí. Acho que devia ficar um pouquinho na vacina, um pouquinho na vigilância epidemiológica, o que

vocês querem da gente para se investigar melhor, aí vai para a saúde da mulher, o que vocês querem da gente... acho que um mês em cada lugar você está pronto. Falta uma capacitação.

ENTREVISTADO: P3.2

ENTREVISTADOR:- Qual é a sua formação?

ENTREVISTADO:- Enfermeira. Sou formada há 12 anos e ainda não fiz pós em nada. Até comecei em saúde da família, mas tive que parar.

ENTREVISTADOR:- Qual a sua função dentro da Estratégia Saúde da Família?

ENTREVISTADO:- Então. A enfermeira gerencia a unidade. Ela faz a parte gerencial e eu no caso faço as duas partes. Têm locais que têm duas enfermeiras, uma faz a gerência e outra assistência. Aqui eu faço as duas coisas. Gerencio todo o andamento da unidade, faço preventivo, pré-natal, palestras, encontros, gestante, hipertenso. Eu que organizo.

ENTREVISTADOR:- Quantos anos você atua nessa função?

ENTREVISTADO:- quatro anos

ENTREVISTADOR:- O que você entende por Vigilância Epidemiológica?

ENTREVISTADO:- Então... Assim, eu acho que são as ações que a gente faz em conjunto com a vigilância sanitária. A gente atua na prevenção também e no sentido de buscar os agravos, as doenças e tenta montar uma estratégia para estar acompanhando isso. No caso da dengue, da sífilis, aí a gente consegue junto com a equipe vigilância epidemiológica, estar notificando o número de casos, buscando os contactantes. Eu acredito que é um trabalho em equipe que vem pra promover mesmo a saúde das pessoas.

ENTREVISTADOR:- Você já se deparou com uma doença que você não tinha informações sobre ela?

ENTEVISTADO:- Já. Inclusive aqui nessa unidade. Não é assim, que eu não tinha informações, a gente até sabe da doença, mas não sabia quais seriam os procedimentos a serem tomados naquela situação, que foi o caso de uma criança que morreu por coqueluche. Assim que eu entrei na unidade, não tinha nem um mês a criança tinha morrido e era de uma área considerada fora da abrangência do PSF, as pessoas eram atendidas, porém não eram acompanhadas. Aí eu não sabia o que fazer. Entrei em contato com a vigilância e eles me orientaram a buscar. Calhou de ser uma família muito populosa, muitas crianças. Foi uma situação apavorante pra mim, no susto. E todo mundo cai matando em cima, coqueluche, morreu de coqueluche, a culpa é de quem? Do PSF. A vacina estava atrasada sim, em busca ativa, não tinha nem 15 dias de atraso, era pra ser vacinada naquele mês e calhou da criança vir a óbito. Aí nós buscamos, contratamos todas as outras crianças, fizemos a coleta de material para análise, mas assim a caderneta de todos estava impecável, essa única criança que não tinha tomado a vacina. Foi tenso.

ENTREVISTADOR:- De que forma você adquiriu as informações?

ENTEVISTADO:- Eu busquei junto à equipe de Epidemiologia e no Ministério da Saúde. Esses livrinhos do Ministério. Manuais, isso, pelos manuais.

ENTREVISTADOR:- Você sabe o que é notificação de agravo?

ENTEVISTADO:- Sei. Tem uma lista grande de notificações. Sei mais ou menos. São as notificações que temos que passar para a Epidemiologia. Tem algumas que são até em 24 horas. Não é isso?

ENTREVISTADOR:- Você sabe quem deve notificar?

ENTEVISTADO:- O médico e o enfermeiro.

ENTREVISTADOR:- Você poderia exemplificar doenças e agravos que devem ser notificados?

ENTEVISTADO:- Ah. Sífilis, Toxoplasmose, AIDS, Rubéola, Sarampo. Quer mais? Sei, é claro que tem uma listinha porque tem muitas.

ENTREVISTADOR:- Você já participou de algum processo de investigação epidemiológica?

ENTREVISTADO:- Já. Esse da coqueluche foi um. Mas já participei de sífilis num outro bairro de Barra do Piraí que trabalhei.

ENTREVISTADOR:- Você tem conhecimento de como essas informações são processadas a partir da notificação?

ENTREVISTADO:- Não. Eu sei que é um banco de dados. O que eu sei é que, por exemplo, na minha unidade, através da vigilância eu tenho como saber quantos casos de candidíase eu tive na minha unidade. É um trabalho em conjunto, que a unidade precisa estar notificando porque já não tem como saber, pra gente ter um dado mais certinho de tudo. Mas assim, como é feito isso eu não sei.

ENTREVISTADOR:- Tem alguma coisa sobre Vigilância Epidemiológica que você gostaria de acrescentar? Uma observação.

ENTREVISTADO:- Eu só acho assim, que tanto aqui como em outros municípios em que eu trabalhei, deveria ter reuniões mais periódicas para que a coisa fosse mais certa, mais fidedigna. Cobrasse mais, uma forma de cobrar mais, porque muita coisa passa, assim, despercebida. Achava que seria importante, até mesmo pra orientar mais os profissionais e cobrar mesmo, alguma forma de estar cobrando isso.

ENTREVISTADO: P3.3

ENTREVISTADOR:- Qual a sua formação?

ENTREVISTADO:- Bacharel em Enfermagem e 2 semestres de Biologia

ENTREVISTADOR:- Qual a sua função dentro da Estratégia de Saúde da Família?

ENTREVISTADO:- Enfermeira Gerente

ENTREVISTADOR:- Quantos anos você atua nesta função?

ENTREVISTADO:- 5 meses nessa função, mas já fui diretora de saúde coletiva, duas vezes coordenadora da saúde da mulher e tenho experiência como técnica há 30 anos realizando pré natal.

ENTREVISTADOR:- O que você entende por Vigilância Epidemiológica?

ENTEVISTADO:- É fazer notificação, verificar se tem surto.

ENTREVISTADOR:- Você já se deparou com alguma doença que você não tinha informações sobre ela?

ENTEVISTADO:- Não, mas estou sempre me qualificando, e ganhando aprendizado.

ENTREVISTADOR:- Se sim, de que forma você adquiriu informações? Ou não houve a busca?

ENTEVISTADO:- Fazendo pesquisas, com meu ex-marido e cunhados que são médicos, na saúde com os médicos, colegas e através da Internet.

ENTREVISTADOR:- Você sabe o que é notificação de agravos?

ENTEVISTADO:- Sim, tipo VDRL é uma notificação de agravos. Meningites, febre maculosa, você tem que fazer notificações, principalmente sífilis, afinal, é uma passando para outro. Trichomonas que é uma DST, hepatites.

ENTREVISTADOR:- Você sabe quem deve fazer a notificação?

ENTEVISTADO:- Médico e enfermeiro, mais o médico, porém nos postos de saúde quando médico se recusar fazer o técnico pode fazer.

ENTREVISTADOR:- Poderia exemplificar doenças e agravos que devem ser notificados?

ENTEVISTADO:- Sim, hepatite b e c, febre maculosa, sífilis, DST's e meningites.

ENTREVISTADOR:- Você já participou de algum processo de investigação epidemiológica?

ENTEVISTADO:- Sim, a sífilis, no pré-natal, no período em que fiquei no Programa de Saúde da Mulher e DST.

ENTREVISTADOR:- Você tem conhecimento de como estas informações são processadas a partir da notificação?

ENTEVISTADO:- É, vai para o Ministério da Saúde para verificar como está acontecendo, ver quantidade e o Ministério toma as devidas providencias e

encaminha medicamentos. “teve época que se não notificasse não era encaminhado pomadas para vaginite, tricomoníase, VDRL/sífilis (sic) e DST no geral”.

Questão extra – Você gostaria de fazer algum comentário?

ENTREVISTADO:- Não.

ENTREVISTADO: P3.4

ENTREVISTADOR:- Qual a sua formação?

ENTREVISTADO:- Enfermeira.

ENTREVISTADOR:- Mas antes da enfermagem você fez outro curso na área da saúde?

ENTREVISTADO:- Na área de saúde não fiz nada, eu fiz processamento de dados, um curso técnico, depois completei e fiz pra área de saúde só a faculdade. Antes eu não tinha nenhum curso voltado para essa área da saúde não.

ENTREVISTADOR:- Qual a sua função dentro da Estratégia de Saúde da Família?

ENTREVISTADO:- É fazer a gerência da unidade né, e fazer também a parte de assistência. São as duas coisas, na verdade a estratégia que eu trabalho não tem essa divisão de um enfermeiro pra gerente e outro pra assistência. Eu faço as duas coisas.

ENTREVISTADOR:- Você faz a gerência e a assistência, ótimo.

ENTREVISTADOR:- Quantos anos você atua nesta função?

ENTREVISTADO:- Sete anos.

ENTREVISTADOR:- Nessa unidade?

ENTREVISTADO:- Isso.

ENTREVISTADOR:- O que você entende por Vigilância Epidemiológica?

ENTREVISTADO:- Eu entendo que seja um local da saúde que a gente tenha que fazer as notificações das doenças de agravo que são várias e de cabeça eu não sei todas... pra poder fazer o estudo em cima dessas incidências e investigar o porquê de estar acontecendo.São mesmo as doenças que não são do dia a dia, são as doenças que acontecem em surtos, epidemias, aí a gente tem que notificar.

ENTREVISTADOR:- Você já se deparou com alguma doença que você não tinha informações sobre ela?

ENTREVISTADO:- Já, já sim a própria sífilis congênita eu tive que buscar algumas informações. Porque assim, você vê a lista de notificação compulsória, mas assim é uma coisa que passa meio que batido...ah, eu tenho que notificar, se passar na minha mão, mas assim, saber detalhes, chegar pra você e observar na prática o que são as alterações que causam na criança e até mesmo na mãe na gravidez que está com sífilis, qual procedimento, então tive que buscar na teoria.Não sabia assim a fundo sobre a doença.

ENTREVISTADOR:- Mas além da sífilis?

ENTREVISTADO:- Já a própria dengue mesmo até para saber em qual momento tem que fazer essa notificação,esperar a confirmação ou no caso suspeito também então gera muita dúvida.Nesse sentido de notificar em qual momento, quais as doenças,às vezes gera essa dúvida também porque a gente tem o informativo.Mas eu acho que é uma folhinha só e isso não fica muito visível pra gente e às vezes pode passar batido e agente não notificar.

ENTREVISTADOR:- Se sim, de que forma você adquiriu informações? Ou não houve a busca?

ENTREVISTADO:- Eu peguei o manual do Ministério, inclusive eu peguei um na Coordenação, o de sífilis congênita e busquei informações nele.

ENTREVISTADOR:- Você buscou informações oficiais...

ENTREVISTADO:- Oficiais do Ministério, no manual mesmo do Ministério.

ENTREVISTADOR:- Você sabe o que é notificação de Agravos?

ENTREVISTADO:- Eu entendo que seja isso, essas doenças que não são essas corriqueiras, que a gente vive no dia a dia da saúde assim pública e são doenças que precisam de providências mais rápidas, então são doenças graves.

ENTREVISTADOR:- Você sabe quem deve fazer a notificação?

ENTREVISTADO:- Qualquer profissional de saúde.

ENTREVISTADOR:- Poderia exemplificar doenças e agravos que devem ser notificados?

ENTREVISTADO:- Posso, febre tifóide, febre maculosa, sífilis, sífilis congênita, dengue, tuberculose, varíola, leishmaniose, malária, essa da dengue, agora as novas, a zika, agora não estou lembrando todas.

ENTREVISTADOR:- Você já participou de algum processo de investigação epidemiológica?

ENTREVISTADO:- Não nunca participei, acho até muito interessante mas nunca participei.

ENTREVISTADOR:- Mas a unidade acaba fazendo né...

ENTREVISTADO:- É, faz quando a gente tem algum dado, a gente notifica e conversa com as meninas lá da Vigilância. Aí a gente faz de acordo com o que elas falam, vai lá, pergunta isso, faz uma entrevista desse jeito, a gente já participou.

ENTREVISTADOR:- Você tem conhecimento de como estas informações são processadas a partir da notificação?

ENTREVISTADO:- Não, não sei. Eu acredito que seja um sistema nacional que precisam ser coletados os dados, porque nessa área tá acontecendo isso mas eu não sei de que forma é feito isso não.

Questão extra – Você gostaria de fazer algum comentário?

ENTREVISTADO:- Então eu acho isso, que são doenças graves que a gente tem muito pouco conhecimento afundo do que seja realmente. Na verdade é uma coisa que a gente não vive no dia a dia e quando aparece meio que bate um desespero que aí você vai tentar buscar alguma informação afundo do que seja aquilo. Mas às

vezes nesse momento a gente não tem a informação acaba que você pode até passar o tempo que era pra ter sido feito algo pelo paciente pela investigação pra poder não piorar ainda mais aquele caso de agravo da saúde da população. Então eu acho que falta muita informação pra gente mesmo enquanto profissional, a gente ouve falar nas doenças mas saber realmente os sintomas afundo sobre a doença eu acho que a gente acaba no dia a dia se perdendo um pouco e não tendo acesso nem a essa informação.

ENTREVISTADOR:- Ótimo.

ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



COMPROVANTE DE ENVIO DO PROJETO

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A Estratégia de Saúde da Família e a proposta de construção de uma de ferramenta pedagógica com ênfase em Vigilância Epidemiológica.

Pesquisador: Amaro Viana Neto

Versão: 2

CAAE: 37606614.3.0000.5237

Instituição Proponente: FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA

DADOS DO COMPROVANTE

Número do Comprovante: 094921/2014

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

Informamos que o projeto A Estratégia de Saúde da Família e a proposta de construção de uma de ferramenta pedagógica com ênfase em Vigilância Epidemiológica. que tem como pesquisador responsável Amaro Viana Neto, foi recebido para análise ética no CEP Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA/Fundação Oswaldo Aranha em 21/10/2014 às 15:43.

Endereço: Avenida Paulo Ezequiel Alves Abrantes, nº 1325

Bairro: Prédio 03, Sala 05 - Bairro Três Poços **CEP:** 27.240-560

UF: RJ **Município:** VOLTA REDONDA

Telefone: (24)3340-8400

Fax: (24)3340-8404

E-mail: coeps@foa.org.br