



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

Silvone Santa Bárbara da Silva Santos

**AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE DE GESTÃO
DESCENTRALIZADA
DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA NO ESTADO DA
BAHIA**

SALVADOR

2010

Silvone Santa Bárbara da Silva Santos

**AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE DE GESTÃO
DESCENTRALIZADA
DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA NO ESTADO DA
BAHIA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito para obtenção do grau de doutora em Enfermagem, na área de concentração Gênero, Cuidado e Administração em Saúde, linha de pesquisa Organização e Avaliação dos Sistemas de Cuidados à Saúde.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Cristina Maria Meira de Melo

SALVADOR

2010

Silvone Santa Bárbara da Silva Santos

**AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE DE GESTÃO
DESCENTRALIZADA
DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA NO ESTADO DA
BAHIA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação, Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de doutora em Enfermagem na área de concentração Gênero, Cuidado e Administração em Saúde, linha de pesquisa Organização e Avaliação dos Sistemas de Cuidados à Saúde.

Aprovada em 26 de novembro de 2010

BANCA EXAMINADORA

Cristina Maria Meira de Melo 

Doutora em Saúde Pública e professora da escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.

Clemence Dallaire 

Ph.D. em Enfermagem e professora da Faculdade de Enfermagem da Universidade Laval, Québec, Canadá.

Maria do Carmo Lessa Guimarães 

Doutora em Administração e professora da Faculdade de Farmácia/Escola de Administração da Universidade Federal da Bahia.

Michel Perrault 

Ph.D. em Sociologia da Saúde, professor da Universidade de Montreal, Canadá e professor visitante da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Oswaldo Yoshimi Tanaka 

Doutor em Saúde Pública e professor Titular da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

Heloniza Oliveira Gonçalves Costa 

Doutora em Administração e professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.

Ficha Catalográfica – Biblioteca Central Julieta Carteado

S238a Santos, Silvone Santa Bárbara da Silva
Avaliação da capacidade de gestão descentralizada da vigilância epidemiológica no estado da Bahia. / Silvone Santa Bárbara da Silva Santos. – Salvador, 2010.
257f.: il.

Orientadora: Cristina Maria Meira de Melo

Tese (doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem, 2010.

1.Vigilância epidemiológica – Capacidade de gestão.
2.Avaliação em saúde. 3.Descentralização da saúde. I.Melo, Cristina Maria Meira de. II.Universidade Federal da Bahia. Escola de Enfermagem. III. Título.

CDU: 614 : 351(81)

À minha família, presente de Deus, verdadeira demonstração de amor em atos:

Aos meus filhos, Leonardo e Felipe, pela lição diária de amor, de renúncia, de compreensão, de companheirismo e de tantas outras coisas.

À minha mãe querida, que representa a força e a vontade de viver, me impulsionado a vencer desafios.

Ao meu saudoso pai, exemplo de determinação, coragem e ética.

Aos irmãos amigos... amigos irmãos: Aninha, Angélica, Linde, Eugênia, Marizélia, Joelma, Selma, Godofredo, Deocleciano, José Antonio, por me cercarem de afeto e carinho.

AGRADECIMENTOS

À professora Cristina Maria Meira de Melo que me orientou, desde o mestrado até o presente momento, e por quem guardo imenso carinho e admiração. Foi graças a ela que enfrentei o desafio de fazer uma pesquisa dessa natureza. Esta tese não seria possível sem a sua preciosa orientação.

À professora Clemence Dallaire pelas sugestões valiosas dadas para o meu trabalho, mas sobretudo, pelo acolhimento em Quebec, Canadá.

Aos professores Michel Perrault, Maria do Carmo Lessa Guimarães, Heloniza Costa e Oswaldo Tanaka, devo os excelentes comentários, os quais me fizeram repensar alguns aspectos do meu trabalho, sendo extremamente úteis para a elaboração do texto final.

À professora Mirian Paiva, Coordenadora da Pós-graduação, pela constante atenção e apoio.

Aos Professores do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da EEUFBA e aos colegas do doutorado pelos momentos de aprendizagem e construção coletiva do conhecimento.

À professora Norma Fagundes pelo carinho, atenção e pelas palavras de incentivo.

À Capes pela bolsa de estudo e ao CNPq pelo financiamento da pesquisa.

Ao governo canadense, que através do Programa Futuros Líderes da América, financiou o período dos meus estudos em Québec, Canadá.

Aos professores André Barboni e Carlos Teles pela contribuição nas análises estatísticas.

Aos professores José Carlos Barreto de Santana, Reitor da Universidade Estadual de Feira de Santana e Anna Cristina Gonçalves da Silva, Diretora do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana, que não pouparam esforços para conseguir a minha liberação para fazer o intercâmbio no Québec, Canadá.

Às professoras e colegas da disciplina, Gerência em Enfermagem em Serviços de Saúde: Cristiane Bahia, Maria Ângela Saback, Marisa Melo, Valesca Correia e Ana Cristina Franqueira por compreenderem as minhas ausências e me apoiarem quando necessitava.

Aos professores da UEFS, Erenilde Marques, Deybson Borba, Maricélia Maia, Mirian Maciel, Edna Araújo, Eliana Figueredo, Lúcia Servo, Maria Ângela Nascimento e Marluce Assis, pelo convívio prazeroso.

À Secretaria Estadual da Saúde, na pessoa da Diretora da Divep Alcina Andrade, pela permissão em realizar esta investigação e pelo apoio logístico e técnico, sobretudo ao autorizar o envio dos questionários através do sítio institucional para os municípios.

Aos trabalhadores da Divep, em particular, Agnaldo, Fátima Guirra, Juarez, Edvania, Eleuzina, Isabel, Paulo, Jaci. Cada um contribuiu de forma muito especial para o desenvolvimento desta pesquisa.

As bibliotecárias da Universidade Estadual de Feira de Santana Graça Maria Simões e Maria de Fátima de Jesus Moreira um agradecimento especial pelas contribuições na normalização deste trabalho.

Aos profissionais entrevistados (gestores e trabalhadores da saúde) pela disponibilidade e solidariedade para participar deste estudo.

Aos integrantes do grupo Gerir, em particular, meu amigo Handerson, bem como os bolsistas e grandes colaboradores desta pesquisa, Betânia, Fernanda, Bianca e Mário, pela disposição em ajudar na construção deste trabalho e pelas inquietações que tanto me faziam refletir.

Aos funcionários da EEUFBA, Ivan e Fred, pela colaboração quando solicitados.

A minha saudosa madrinha Milza, que continua me abençoando.

As minhas cunhadas Meire, Janaina e cunhados Moacir, Josezito, José Nogueira, Francisco, Robson, João Pedro, pelo carinho e pelo acolhimento.

Aos meus sobrinhos Caroline, Junior, Mariana, Daniela, Juliana, Moisés, Mateus, Taíse, Gabriel, Marcus, Tiago, Henrique, Larissa, João Pedro, Emanuel, Vitória, Marisa, Marília, Letícia, Leandro, Laís que com a alegria contagiante e palavras de fé me proporcionavam momentos de descontração e de leveza.

Às companheiras e companheiros que encontrei em Québec: Natali, Christiane, Mel, Tais, Débora, Vivian, Bruna, Josiane, Tássia, Cesar e Lindomar, que me fizeram sentir um pouco menos a saudade de casa.

À Wiclea, Iracema, e Catarina pelo companheirismo e amizade.

À Iuri, por cada palavra de incentivo e manifestação de carinho.

À Gel, Marivone, Tânia, Jean, cada uma, com seu jeito particular, me davam forças para que eu continuasse, mesmo naqueles momentos em que eu achava que não conseguiria.

A Eva, que com suas palavras de encorajamento e presença constante me fez acreditar que conseguiria vencer grandes desafios. O primeiro, porque não poderei enumerar todos, foi fazer a seleção para o doutorado num contexto de trabalho e de vida pessoal que não era favorável naquele momento.

Por fim, e não menos importante, um agradecimento especial aos meus filhos, Leonardo e Felipe, que sempre estiveram juntos comigo mesmo quando parecia que estávamos distante.

A realidade para a qual se dirigem nosso conhecimento e nossas ciências é, ao mesmo tempo, passível de separação e inseparável. Podemos isolar os elementos que constituem a realidade, porém, cada vez mais, percebemos que eles estão ligados uns aos outros. De alguma forma, as coisas separadas são ligadas e as coisas ligadas são igualmente, de certo modo, distintas (Morin, 2003, p. 51).

LISTA DE SIGLAS

AB – Atenção Básica

ACS – Agente Comunitário de Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

CDC – Centro de Controle e Prevenção de Doenças

CIB – Comissão Intergestora Bipartite

CIE – Centro de Investigações Epidemiológicas

CIT – Comissão Intergestora Tripartite

CMS – Conselho Municipal de Saúde

CONEP – Conselho Nacional de Pesquisa

DIRES – Diretoria Regional da Saúde

DIVEP – Diretoria de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Saúde do Estado da
Bahia

DOE – Diário Oficial do Estado

EC – Emenda Constitucional

ESF – Equipe de Saúde da Família

FAZ – Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social

FSESP – Fundação de Serviços de Saúde Pública

FUNASA – Fundação Nacional de Saúde

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

IDI – Índice de Desenvolvimento Infantil

INAMPS- Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social

LACEN – Laboratório Central de Saúde Pública

MS – Ministério da Saúde

NOAS – Norma Operacional da Assistência à Saúde

NOB – Norma Operacional Básica

OMS – Organização Mundial de Saúde

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAVS – Programação das Ações de Vigilância em Saúde

PDR – Plano Diretor de Regionalização

PFVPS – Piso Fixo de Vigilância e Promoção da Saúde

PIB – Produto Interno Bruto

PNI – Programa Nacional de Imunização

PPA – Plano de Pronta Ação

PPI-ECD – Programação Pactuada Integrada Epidemiologia e Controle de Doenças

PSF – Programa Saúde da Família

SES – Secretaria Estadual de Saúde

SESAB – Secretaria de Saúde do Estado da Bahia

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

TCG – Termo de Compromisso de Gestão

SANTOS, Silvone Santa Barbara da Silva. **Avaliação da capacidade de gestão descentralizada da vigilância epidemiológica no estado da Bahia.** 2010. 256 f. Tese (Doutorado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2010.

RESUMO

Este estudo avalia a capacidade de gestão descentralizada da vigilância epidemiológica (VE) no estado da Bahia, Brasil, a partir de três dimensões: dimensão operacional, dimensão organizacional e dimensão da sustentabilidade da gestão, respondendo as seguintes questões: Qual é a capacidade de gestão da Vigilância Epidemiológica nos municípios baianos? Por que no estado da Bahia os municípios possuem graus diferenciados de capacidade de gestão da VE? O referencial teórico está embasado na evolução histórica das concepções e práticas da vigilância epidemiológica, descentralização da saúde, gestão, e avaliação em saúde. Trata-se de uma pesquisa avaliativa realizada através da abordagem quantitativa, para construção da linha de base avaliativa e da abordagem qualitativa para análise de contexto e para avaliar a capacidade de gestão em dois municípios através de estudo de caso, com uso de técnicas adaptadas das práticas discursivas. Os dados primários para construção da linha de base avaliativa foram obtidos através de questionário *on line* respondido por trinta e oito gestores da VE municipal; para análise de contexto foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com os gestores da VE da secretaria estadual da Saúde. Do mesmo modo, para os estudos de caso, após seleção de dois municípios através dos resultados da linha de base avaliativa, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com os gestores da secretaria da Saúde dos municípios, trabalhadores e representantes do conselho municipal da saúde. Dados secundários foram obtidos através da análise de documentos. A pesquisa demonstrou que dos municípios amostrados 71% possuem uma capacidade regular para manter e mobilizar os recursos que garantam condições desejáveis para atuar em VE (dimensão operacional), 39,5% apresenta uma avaliação precária na dimensão organizacional, evidenciando uma relação frágil na esfera municipal quanto a autonomia de decidir; 50% dos municípios evidenciaram que existe uma fragilidade nos mecanismos e estratégias de gestão que ampliem e solidifiquem as parcerias e alianças para sustentar os resultados declarados e pretendidos. Por outro lado, os estudos de caso demonstraram que o município com melhor capacidade de gestão é aquele cujo gestor tem maior potencial de operar os recursos oriundos da posição que

ocupa (financeiros, normativos, materiais, relacionais, técnicos e de informação), somada à capacidade deste mesmo ator em controlar, negociar e articular com outros atores. Assim, a capacidade de gasto que possui o município somado a uma maior autonomia no processo decisório confere uma melhor capacidade de gestão de VE. Com a descentralização VE, definindo a natureza compartilhada da gestão entre as três esferas de governo não se pode negar a melhoria de alguns indicadores de saúde, no entanto, existe uma expressiva variação na capacidade de gestão dos municípios, evidenciada nos estudos de caso, que é determinada em função das desigualdades sociais, econômicas, políticas e dos mecanismos de gestão adotados.

Palavras-chave: Capacidade de gestão, avaliação, descentralização, vigilância epidemiológica

SANTOS, Silvone Santa Barbara da Silva. **Avaliação da capacidade de gestão descentralizada da vigilância epidemiológica no estado da Bahia** (Evaluation of the capacity of decentralized management of the Epidemiological Surveillance in the state of Bahia) . 2010. 256 f. Tese (Doutorado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2010.

ABSTRACT

This paper evaluates the capacity of decentralized management of the Epidemiological Surveillance (ES) in the state of Bahia, Brazil from three dimensions: the operational dimension, the organizational dimension and the dimension of sustainability and seeks to answer the following questions: What is the management of municipalities in Epidemiological Surveillance? Why the state of Bahia the municipalities have differing degrees of management capacity ES? The theoretical reference is based on the historical evolution of the concepts and practices of the epidemiological surveillance, decentralization of health care, administration and evaluation of health. This is an evaluative research carried out through quantitative approach for the construction of the assessment baseline and qualitative approach to analyze the context and to evaluate the capacity of management in two municipalities through the case study using techniques that were adapted from the discourse practices. The primary data for the construction of the assessment baseline was obtained through an *online* questionnaire answered by thirty eight (38) administrators of the municipal Epidemiological Surveillance. For the context analysis, semi-structured interviews were done with the administrators of the Epidemiological Surveillance of the State Secretary of Health. Similarly for the case studies, after selecting the two municipalities through the results of the assessment baseline, semi-structured interviews were held with the administrators of the municipal health bureau, workers and representatives of the City Health Council. Secondary data were obtained through the analysis of documents. The research showed that from the sample municipalities, 71 % have a regular capacity to maintain and mobilize the resources that guarantee desirable conditions to operate in the Epidemiological Surveillance (operational dimension); 39.5 % show a poor assessment in the organizational dimension, evidencing a fragile relationship in the municipal sphere as to their autonomy to take decisions. 50 % of the municipalities showed that there exists weakness in the mechanisms and strategies of management which expand and solidify the partnerships and alliances to sustain the declared and pursued results. On the other hand, the case studies show that the

municipality with the best management capacity is the one whose administrator has the major potential to operate the resources arising from the position that is occupied (financial, legal, material, relational, technical and informational) together with the capacity of the same administrator to control, negotiate and articulate with other actors. Thus, the capacity of expenditure that the municipality has, together with a major autonomy of the decision process, gives a better capacity of management of the Epidemiological Surveillance. With the decentralization of the Epidemiological Surveillance defining the shared management nature among the three spheres of government, the improvement of some health indicators cannot be denied. However, there exists a substantial variation in the management capacity of the municipalities shown in the case studies, which is determined by the social, economic and political inequalities as well as the mechanisms that were adopted.

Key Words: management capacity, evaluation, decentralization, epidemiological surveillance.

SUMÁRIO

| | | |
|----------|---|------------|
| 1 | INTRODUÇÃO | 18 |
| 2 | VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA: RESGATANDO A HISTÓRIA, A POLÍTICA E AS PRÁTICAS | 29 |
| 3 | GESTÃO DESCENTRALIZADA DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA | 35 |
| 4 | METODOLOGIA | 51 |
| 4.1 | TIPO DE ESTUDO | 53 |
| 4.2 | LÓCUS DO ESTUDO | 54 |
| 4.3 | PRIMEIRO MOMENTO: LINHA DE BASE AVALIATIVA COM ENFOQUE QUANTITATIVO | 57 |
| 4.3.1 | Sujeitos da Pesquisa | 58 |
| 4.3.2 | Coleta de dados | 58 |
| 4.3.3 | Plano de indicadores | 60 |
| 4.4 | SEGUNDO MOMENTO: ANÁLISE DE CONTEXTO E ESTUDO DE CASO COM ENFOQUE QUALITATIVO | 62 |
| 4.4.1 | Sujeitos da Pesquisa | 64 |
| 4.4.2 | Coleta de dados | 64 |
| 4.5 | PLANO DE ANÁLISE | 65 |
| 4.5.1 | Linha de base avaliativa com enfoque quantitativo | 67 |
| 4.5.2 | Análise de contexto e estudo de caso com enfoque qualitativo | 71 |
| 4.6 | PRINCÍPIOS ÉTICOS DA PESQUISA | 72 |
| 5 | RECONSTITUINDO A HISTÓRIA DA DESCENTRALIZAÇÃO DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA NO ESTADO DA BAHIA | 74 |
| 6 | LINHA DE BASE AVALIATIVA DA CAPACIDADE DE GESTÃO DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA NO ESTADO DA BAHIA | 95 |
| 7 | CAPACIDADE DE GESTÃO DESCENTRALIZADA DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA EM DOIS MUNICÍPIOS BAIANOS | 114 |
| 7.1 | SOBRE OS MUNICÍPIOS SELECIONADOS | 115 |

| | | |
|--------------|---|------------|
| 7.1.1 | Município 1 | 115 |
| 7.1.2 | Município 2 | 117 |
| 7.2 | A DIMENSÃO ORGANIZACIONAL: CAPACIDADE DE DECIDIR | 118 |
| 7.2.1 | A dimensão organizacional no município 1 | 119 |
| 7.2.2 | A dimensão organizacional no município 2 | 127 |
| 7.2.3 | Balanco final da dimensão organizacional | 133 |
| 7.3 | A DIMENSÃO OPERACIONAL: CAPACIDADE DE EXECUTAR O DECIDIDO | 134 |
| 7.3.1 | A dimensão operacional no município 1 | 135 |
| 7.3.2 | A dimensão operacional no município 2 | 152 |
| 7.3.3 | Balanco final da dimensão operacional | 164 |
| 7.4 | A DIMENSÃO DA SUSTENTABILIDADE: CAPACIDADE DE SUSTENTAR OS RESULTADOS DA GESTÃO | 166 |
| 7.4.1 | A dimensão da sustentabilidade no município 1 | 166 |
| 7.4.2 | A dimensão da sustentabilidade no município 2 | 175 |
| 7.4.3 | Balanco final da dimensão da sustentabilidade | 182 |
| 7.5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS SOBRE OS ESTUDOS DE CASO | 184 |
| 8 | CONSIDERAÇÕES FINAIS | 187 |
| | REFERÊNCIAS | 196 |
| | APÊNDICES | 211 |
| | ANEXOS | 251 |

1 INTRODUÇÃO

A prática de avaliar se institui após a 2ª Guerra Mundial, especialmente nos programas públicos, porém centrada na maximização dos recursos através das análises de custo-benefício. Na saúde, a avaliação toma impulso na década de 1970, pois se tornava indispensável o controle de custos pelo Estado, devido a sua participação no financiamento dos serviços de saúde (INOJOSA, 1996; SANTOS, 2006).

Mediante financiamento de projetos econômicos e programas sociais, o Banco Mundial impulsionou os países durante a década de 1990, incluindo o Brasil, a desenvolver avaliações com ênfase no controle de custos e de resultados, para garantir a sustentabilidade de programas (HARTZ, 2002).

Durante as últimas décadas do século XX, no Brasil registram-se profundas transformações nas políticas sociais. As políticas de descentralização da saúde, da educação fundamental, da assistência social, do saneamento e da habitação emergem na agenda de prioridades dos governantes brasileiros (ARRETCHE, 1999), demandando a realização de estudos avaliativos com estratégias metodológicas variadas, tendo em vista a complexidade dos temas abordados.

A definição de descentralização permanece complexa devido ao caráter polissêmico que assume, apesar dos diversos estudos no campo da ciência política e da administração pública. Para Guimarães (2000) é possível identificar duas grandes vertentes acerca do tema: uma relacionada aos aspectos administrativos e outra que discute a descentralização como um processo que envolve a dimensão social e política.

A vertente administrativa engloba duas linhas de interesse. A primeira refere-se às transferências de recursos financeiros e de delegação de funções entre esferas de governo ou outros órgãos. A segunda é discutida em função das consequências administrativas e institucionais da descentralização para as esferas locais de governo nos países federativos (BORJA, 1987; EIALMDA, 1996; GUIMARÃES, 2000).

Na dimensão social e política são identificadas três linhas sobre o tema. A primeira delas considera a descentralização como estratégia para elevar a participação social no processo de formulação, implementação e controle das políticas públicas, analisando os limites e possibilidades das transferências de poder decisório para os níveis locais de governo

em determinados contextos sociais. A segunda considera a descentralização como um fenômeno político de natureza processual, implicando em distribuição territorial de poder e de conflitos, em função da participação de novos atores sociais e dos interesses representados. A terceira linha analisa os efeitos, os limites e as possibilidades da descentralização em estados unitários e federais (GUIMARÃES, 2000).

Para efeito desse estudo assume-se que a descentralização, como uma dimensão social e política, é um processo em que cada esfera de governo, de forma articulada e com poder decisório, é responsável pela condução da política de saúde de forma a garantir a integralidade da atenção e a participação popular na formulação, implementação, controle e avaliação das políticas públicas (ARRETCHE, 1999; ASSIS, 1998; FINATEC, 2004; GUIMARÃES, 2000; SANTOS, 2006).

Compreende-se também a descentralização da saúde como um processo que permite a ruptura com um modelo de atenção fragmentado e com baixa resposta às necessidades de saúde da população. No entanto, a história revela que a descentralização é implementada em muitos municípios brasileiros de forma hierarquizada e normativa, se caracterizando como uma desconcentração, ou descentralização administrativa. No caso da descentralização da Vigilância Epidemiológica (VE), observa-se que esse processo encontra-se permeado de contradições, pois, ao mesmo tempo em que foi institucionalizada, sua operacionalização nos municípios se faz em condições precárias e de forma incompleta, uma vez que não possuem capacidade de gestão para prover adequadamente as ações e serviços.

Nesta direção, Baguenard (2004) refere que a desconcentração se caracteriza pelo desenvolvimento de uma linha hierárquica que estabelece relações de comando e de subordinação entre o poder central e a instância local. Para Lemieux (2001), a desconcentração ou descentralização administrativa, se caracteriza por uma relação de dependência entre as instâncias locais (as quais o autor denomina instâncias periféricas) com as instâncias centrais. Assim, a descentralização é uma produção ideológica que se fundamenta na legitimidade de poder, ou seja, trata-se de um jogo político que significa, segundo Dallaire (2008), utilizar a influência do poder para estabelecer regras que determinam quais atores podem participar, como podem fazer e em que momento podem se engajar na definição de problemas e estabelecimento de objetivos, como também para a elaboração de estratégias que se associam a persuasão, a negociação e as vezes à confrontação direta entre os grupos de interesses.

A política de descentralização da VE no Brasil é parte da agenda de prioridades do

governo federal, ora através de publicações de portarias e normas operacionais básicas, ora através de incentivos financeiros para que o município assuma cada vez mais um maior número de ações, sem necessariamente avaliar as condições que esse município possui para desenvolvê-las.

Para Baguenard (2004), a descentralização é concebida e operada de forma ambígua, na medida em que o poder central reduz a autonomia da instancia local, determinando as suas atividades, porem se beneficia do aparente compartilhamento de poder, reforçando a sua própria legitimidade. Seguindo este mesmo autor e reportando-se às Leis Orgânicas de Saúde do Brasil, pode-se inferir que as referidas leis são democráticas e fundamentadas na descentralização no plano da finalidade, mas não são suficientes para garantir o compartilhamento de poder.

Ainda que a Portaria Ministerial n. 1399 de 15/12/1999 (BRASIL, 2000) regule as competências da União, estados, municípios e Distrito Federal na área de epidemiologia e controle de doenças, e defina a sua forma de financiamento, essa não foi suficiente para que a Vigilância Epidemiológica se tornasse um campo importante para o acompanhamento e a avaliação do estado de saúde da população nos municípios.

Isto se dá porque a descentralização da VE ocorreu de forma vertical, mediante portaria ministerial, não sendo assumida na agenda de prioridades de muitos governos municipais no momento da operacionalização das ações de saúde. Como as ações estão muito centralizadas no controle de doenças, a VE é operacionalizada de forma pontual e fragmentada, com o foco das ações voltado para o indivíduo doente, priorizando esse ou aquele agravo a depender do quadro epidemiológico que se desenha naquele momento. Por conseguinte, ainda é necessário estabelecer dias nacionais para controle de dengue, tuberculose, campanhas de vacinas etc.

Concorda-se com Arrelano (2002, p. 202) quando afirma que:

A política sanitária _ âmbito particular da política social _ é modelada pela diminuição do orçamento destinado ao setor saúde, pela descentralização vertical e sem recursos, pela privatização seletiva da produção de serviços médicos, pelo repasse de custo dos serviços aos usuários, pela assistência direcionada, pelo fomento da automedicação e pela insistência na culpa individual pela geração de doença.

Por outro lado, ainda que permeada de contradições, a descentralização da gestão da VE amplia a responsabilidade sanitária dos prefeitos e secretários municipais da Saúde,

favorece a disseminação das ações de VE para o sistema local, possibilita o surgimento de novas demandas e amplia a capacidade de intervenção nos problemas de saúde da população.

Nesse sentido, concorda-se com Ferla e outros (2006, p. 38), para quem:

Considerar a descentralização como atributo da política de saúde implica repensar as relações entre as esferas de gestão, a organização dos serviços, a orientação das práticas de atenção, a organização do controle social, a participação social e a inserção do controle e avaliação no cotidiano da gestão.

Para Vieira-da-Silva e outros (2007), não apenas a descentralização é responsável pela melhoria na organização dos sistemas de saúde, como também pelas características do processo de gestão. Na análise de implantação da gestão descentralizada em saúde em cinco casos da Bahia, realizada pelos autores, estes apontam que a descentralização por si só não parece capaz de assegurar mudanças nos sistemas locais de saúde.

As análises dos achados da pesquisa que avaliou a descentralização da vigilância epidemiológica para a equipe de saúde da família, na segunda maior cidade da Bahia coadunam-se com a afirmação anterior. A pesquisa realizada através de um estudo de caso revelou que a descentralização ainda não ocorreu, se caracterizando como uma desconcentração de atividades. O estudo aponta que a inexistência de um projeto político definindo a descentralização da VE como uma ação estratégica reflete o descompasso entre os discursos dos gestores e trabalhadores da saúde e a prática na operacionalização das ações e serviços da VE (SANTOS, 2006; SANTOS; MELO, 2008).

A trajetória profissional da autora também permitiu acumular experiências e conhecimentos nessa área, e de participar de espaços de discussões promovidos tanto na esfera federal, quanto na esfera estadual e municipal, o que permite reflexões contínuas e permanentes sobre as possibilidades e limites dos serviços de vigilâncias municipais. Algumas indagações surgem constantemente nestes espaços de discussão coletiva, em particular quanto à sustentação política e de gestão que possuem os serviços de vigilância epidemiológica para não somente coletar dados, como também “analisar as informações a luz do conhecimento científico e elaborar as bases técnicas que subsidiarão os serviços de saúde na elaboração e implementação de intervenções médico-sanitárias efetivas e eficientes” (WALDMAN, 2006, p. 509-510).

O sarampo, por exemplo, é uma doença objeto de erradicação nas Américas e desde 2001 que no Brasil não se registra mais casos autóctones da doença. No entanto, vive-se

constantemente com a ameaça de re-introdução do vírus devido à importação de casos. Na Bahia, desde o ano 2000 não são confirmados casos de sarampo, porém em 2006 registrou-se a ocorrência de um surto (BAHIA, 2007). Esse surto, no qual a autora participou do processo de investigação, revelou a fragilidade na gestão das diretorias de vigilâncias municipais, uma vez que a equipe do governo local não se mostrou capaz de conduzir e de definir estratégias eficazes para resolver o problema.

Apropriando-se do exemplo do surto de sarampo, pode-se afirmar que as VE da maioria dos municípios não possuem uma estrutura mínima que garanta a execução das ações, tanto em relação à infra-estrutura física, de recursos materiais e financeiros, como de profissionais com capacidade técnica para planejar, operacionalizar e avaliar as ações. Por outro lado, os processos de capacitação, de acompanhamento e avaliação, tanto os realizados pelo ministério da Saúde como pela secretaria estadual da Saúde, ainda não conseguem mobilizar os gestores e profissionais de saúde para promover mudanças significativas na gestão e nas práticas de saúde.

A epidemia de dengue no Rio de Janeiro, ocorrida no ano de 2008, amplamente divulgada pela imprensa brasileira, corrobora com essa assertiva. Verifica-se que as ações de VE são pontuais, voltadas para uma situação emergencial e de calamidade pública, assumindo o modelo de campanhas para a atenção à saúde, que privilegia o cuidado ao indivíduo, independente dos determinantes e condicionantes no processo saúde-doença. As imagens apresentadas na imprensa televisada, no que se refere a essa epidemia, mostravam ações que guardavam semelhanças com um cenário de guerra, formado por um exército, representado pelos profissionais de saúde, que atendiam as pessoas doentes em locais improvisados.

Destaca-se nesta discussão que a responsabilidade de adoecer ou não adoecer é repassada para o usuário, ao passo que suprime a responsabilidade do serviço e do sistema de saúde, gerando indefinição e ambiguidade quanto ao papel de cada ente federado.

Somado a isso, destaca-se que o modo como os gestores e trabalhadores da saúde concebem a VE prioritariamente como ação centrada no controle de doenças transmissíveis e como poder de polícia médica, mantém uma prática que não se traduz em reversão do modelo de atenção à saúde, podendo não atender as reais necessidades da população (SANTOS, 2006).

Depreende-se que, enquanto a VE não for concebida como um dos pilares para a reversão do atual modelo de atenção à saúde, a população ficará sempre em situação de vulnerabilidade, e os gestores e trabalhadores da saúde desenvolvendo ações pontuais e de

acordo com a situação que é apresentada naquele momento. Portanto, a descentralização da VE se constitui num processo permeado por limites e avanços e profundamente relacionado com a reorganização da atenção básica à saúde, pois conforme assevera Vasconcelos; Pasche (2006, p. 553):

A resposta efetiva aos problemas de saúde depende, assim, de uma adequada coordenação do sistema municipal que envolve as ações de promoção, vigilância e assistência à saúde, de base territorial, e da adequada articulação com os subsistemas de vigilância em saúde e com redes assistenciais, de abrangência estadual e nacional.

Nesse sentido, enquanto as ações de VE forem desenvolvidas de forma pontual e desarticuladas das demais ações de saúde, essa distanci-ar-se-à da concepção ampliada definida na Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/90), a qual estabelece que a sua atuação deve ultrapassar o enfoque da doença, procurando identificar fatores que determinam o processo saúde-doença, e assim desenvolver uma prática voltada para a promoção da saúde.

Comungando com Ferla e outros (2006, p.47), para que a descentralização da gestão da VE ocorra em consonância com os princípios e diretrizes do SUS, é preciso:

Um olhar ampliado para a concepção social de saúde, organizando e avaliando as ações e serviços de saúde, da perspectiva da integralidade e da garantia desse direito constitucional, e produzindo espaços que possibilitem protagonismos da participação de outros atores aos processos de gestão.

No entanto, mais do que definir a descentralização da VE para os municípios como uma das prioridades de governo, é preciso que nessa política descentralizadora seja contemplada a transferência efetiva de poder e de recursos para a instância municipal, que por sua vez deve revelar capacidade de governo. Concorda-se com Matus (1993, p. 61) para quem a capacidade de governo refere-se a:

Capacidade de condução ou direção e refere-se ao acervo de técnicas, métodos, destrezas, habilidades e experiência de um ator e sua equipe de governo, para conduzir o processo social a objetivos declarados, dados a governabilidade do sistema e o conteúdo propositivo do projeto de governo.

Em outras palavras, o projeto de governo refere-se às propostas de ação definidas por um ator para alcançar os seus objetivos; a governabilidade do sistema é definida como a relação entre as variáveis que o ator controla e não controla no processo de governo; a capacidade de governo refere-se à capacidade de gerar e controlar ações de forma a conduzir o processo de acordo com o conteúdo do projeto de governo e da governabilidade do sistema (MATUS, 1989; 1993).

Corroborando com Matus (1993), Vieira-da-Silva e outros (2007) ao realizar a análise de implantação da gestão descentralizada em saúde em cinco municípios na Bahia asseveram que:

A concordância encontrada entre as características de governo e a gestão de saúde revela o papel dos agentes responsáveis pela direção, tanto do governo municipal como da saúde, bem como a necessidade de um “triângulo de governo” articulado para que as condições favoráveis pelo processo de descentralização resultem em modificações da gestão da saúde (VIEIRA-DA-SILVA et al., 2007, p. 366).

Considerando que as variáveis do triângulo de governo são por um lado distintas e por outro lado condicionam-se mutuamente, a descentralização da VE, como um dos componentes do projeto de governo, condiciona e é condicionada pela capacidade de governo e pela governabilidade do sistema. Assim, não basta apenas definir a descentralização da VE para o âmbito municipal como uma prioridade de governo se o município não possui capacidade de gestão, de forma a decidir com autonomia, transparência e flexibilidade, de mobilizar recursos e sustentar o que foi decidido (GUIMARÃES et al, 2002).

Adotando a concepção de governo de Matus (1989; 1993), Guimarães e outros (2002) afirmam que a capacidade de gestão é revelada através de três dimensões:

Dimensão organizacional (capacidade de decidir), aferida através da participação dos diferentes atores no processo decisório;

Dimensão operacional (capacidade de executar), avaliada através da capacidade dos gestores de mobilizar e manter recursos técnicos, administrativos, financeiros e estratégicos;

Dimensão da sustentabilidade (capacidade de sustentar resultados), verificada através da institucionalização de mecanismos de gestão que sustentem os resultados e da avaliação dos seus efeitos.

Concordando com as idéias de Matus (1993; 1989), Guimarães *et al.* (2002), e Lemieux (2001), para este estudo foi elaborada uma concepção de capacidade de gestão, a qual se refere ao potencial que tem um ator em operar os recursos existentes e ou adquirir novos recursos (normativos, técnicos, materiais, políticos, relacionais e de informação) bem como a capacidade que tem esse mesmo ator para mobilizar os recursos oriundos da posição que ocupa de modo a controlar, negociar e articular com outros atores no processo de tomada de decisão. Assim, a capacidade de gestão refere-se ao exercício do poder e a sua legitimidade.

Assim, este estudo tem como objeto de investigação a capacidade de gestão descentralizada da vigilância epidemiológica nos municípios do estado da Bahia, e busca responder as seguintes perguntas:

Qual é a capacidade de gestão da Vigilância Epidemiológica nos municípios baianos?

Por que no estado da Bahia os municípios possuem graus diferenciados de capacidade de gestão da VE?

Tais questões remetem ao objetivo geral do estudo que é avaliar a capacidade de gestão descentralizada da VE nos municípios do estado da Bahia.

Os pressupostos traçados para o estudo são:

A capacidade de gestão dos municípios do estado da Bahia é insuficiente em face ao predomínio do caráter vertical e centralizado do processo de descentralização da VE, o que, por sua vez, constringe a autonomia e flexibilidade da gestão municipal.

O município que apresenta a melhor capacidade de gestão de VE é aquele cujo gestor tem maior potencial para mobilizar os recursos oriundos da posição que ocupa (normativos, materiais, relacionais, técnicos e de informação), somada à capacidade deste mesmo ator em controlar, negociar e articular com outros atores.

O estudo é relevante na medida em que será avaliada a capacidade de gestão descentralizada da VE, considerando que o lócus da investigação será o município, que é a instância privilegiada para o desenvolvimento e consolidação do SUS.

Essa importância é também reforçada pela necessidade de realizar estudos nessa área de conhecimento, considerada estratégica para a consolidação do SUS, porém pouco investigada.

A revisão da literatura através das bases Lilacs, Scielo, Medline, BVS, Cinahl e Ariane (UlaVal-Québec) utilizando-se como descritores gestão, descentralização, vigilância epidemiológica e avaliação, revelou a existência de poucos estudos empíricos na direção desse objeto de investigação, conforme apresentado no quadro 1.

Quadro 1 - Número de estudos encontrados relacionados aos descritores Gestão, Descentralização, Vigilância Epidemiológica e Avaliação, segundo fonte de pesquisa, abril 2010

| DESCRITORES FONTES | GESTÃO, DESCENTRALIZAÇÃO | GESTÃO, DESCENTRALIZAÇÃO E VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA | GESTÃO, DESCENTRALIZAÇÃO E VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA AVALIAÇÃO |
|---------------------------------------|-------------------------------------|---|---|
| SCIELO | 93 | - | - |
| LILACS | 359 | 8 | 5 |
| MEDLINE (1980 – 1996) | - | - | - |
| MEDLINE (1997 – 2009) | 1 | - | - |
| BVS | 443 | 8 | 4 |
| ARIANE (ULVAL- QUEBEC) | 72 | 0 | 0 |
| CINAHL | 61216 | 0 | 0 |

Quando utilizadas como descritores as palavras descentralização e gestão foram listadas 359 referências na fonte Lilacs, diminuindo consideravelmente o número de estudos quando acrescidos os descritores gestão, descentralização, vigilância epidemiológica e avaliação. Os cinco estudos encontrados na fonte Lilacs com todos os descritores relacionados são apresentados resumidamente no quadro 2, sendo que nenhum deles apresenta como objeto de estudo a capacidade de gestão descentralizada de VE.

Quadro 2 – Estudos brasileiros sobre a vigilância epidemiológica com os descritores gestão, descentralização e avaliação*

| AUTOR (ES) | RESUMO |
|---|--|
| Stanise, Valter Luiz (2008) | Dissertação de mestrado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. A pesquisa avaliou o grau de institucionalização de três Programas Municipais de DST/HIV/Aids (PMDST/HIV/Aids) na área adscrita da Regional de Saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. Discute a sustentabilidade política, técnica e financeira no período de 2003 a 2006, concluindo que apesar de algumas dificuldades encontradas na gestão do programa estudado, há elevado grau na tendência à institucionalização do mesmo. |
| Silva, Gerluce Alves Pontes (2006) | Tese de doutorado apresentada ao Instituto de Saúde Coletiva (ISC), Universidade Federal da Bahia, Brasil, composta por três artigos: reflexão sobre as práticas de vigilância numa perspectiva histórica; caracterização da organização dessas práticas em um município do estado da Bahia; e o terceiro que discute, a partir do estudo de caso, em que contexto a descentralização pode facilitar ou obstaculizar a reorganização das práticas de vigilância em sistemas locais de saúde. |
| Pimenta Junior, Fabiano Geraldo (2005) | Dissertação de mestrado apresentada a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca a qual propõe um instrumento para avaliar a implantação do Programa Nacional de Controle da Dengue - Pncd na esfera municipal, a partir de um conjunto de indicadores anteriormente selecionados para a construção de um sistema de acompanhamento da implantação do programa – Diagdengue. |

| AUTOR (ES) | RESUMO |
|--|---|
| Cunha, Elenice Machado (2001) | Dissertação de mestrado apresentada a Escola Nacional de Saúde Pública para obtenção do grau de Mestre, que analisa a implementação da Norma Operacional Básica SUS 1/96 em Duque de Caxias, município da região metropolitana do Rio de Janeiro, Brasil, utilizando-se um instrumento de coleta de dados que contemplou cinco âmbitos: organização da rede assistencial, ações de vigilância sanitária e epidemiológica, planejamento setorial, controle e avaliação e financiamento do setor. |
| Pontes, Ricardo José; Machado, Márcia Maria Tavares; Pontes, Lígia Regina Kerr (2002) | Artigo apresentado à revista Informe Epidemiológico do SUS, cujo objetivo é avaliar o Sistema de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Saúde do Ceará, na esfera central, regional e municipal. |

Fonte: Lilacs

* Levantamento realizado em 08 de abril de 2010

Verifica-se que na fonte Medline e Scielo, utilizando-se os mesmos descritores, foram encontrados estudos voltados para a gestão e descentralização, muito embora com um número bastante reduzido e nenhum deles avaliando a gestão da VE. Na fonte Cinahl encontrou-se um número expressivo de resumos de trabalho que discutem a gestão e descentralização, porém quando acrescentadas os demais descritores nenhum trabalho foi listado. Na fonte Ariane, meio de pesquisa eletrônica que permite encontrar documentos catalogados na Biblioteca da Universidade Laval/Québec, também não foram encontrados trabalhos sobre o objeto de pesquisa.

Neste sentido, este estudo revela-se como inédito e entende-se que o mesmo poderá contribuir para que a vigilância epidemiológica seja compreendida como área estratégica para a consolidação do modelo de atenção à saúde projetado pelo SUS, e inserida num contexto político e de gestão específico.

2 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA: RESGATANDO A HISTÓRIA, A POLÍTICA E AS PRÁTICAS

A importância política e a evolução histórica da VE são retratadas por diversos autores (CERQUEIRA, 2001; LANGMUIR, 1976; SANTOS, 2006; SANTOS; MELO, 2008; SILVA JUNIOR, 2004, TRACKER; BELKMAN, 1998; WALDMAN, 1991; WALDMAN, 2006;). Em cada momento histórico em que ela é concebida, se percebe claramente a dimensão estratégica que a VE possui para o estabelecimento de políticas públicas. Porém, isso não implica necessariamente em maior fortalecimento da vigilância epidemiológica nas esferas municipal, estadual e federal.

As ações de VE são reconhecidas como uma das práticas mais antigas no campo da Saúde Pública. Data de Hipócrates (400 a.C.) as primeiras noções de vigilância epidemiológica. Este buscava explicar através da observação, coleta e análise dos dados que a ocorrência de doenças não possuía origem sobrenatural. (BRASIL, 2000a; SILVA JUNIOR, 2004). No entanto, somente a partir do século XVII foram registrados os primeiros dados demográficos e eventos relacionados à saúde da população (WALDMAN, 2006).

O registro mais antigo de ações de VE no Brasil, ainda no século XVII, refere-se à adoção de medidas no porto de Recife para controlar a epidemia de febre amarela. Com a chegada da coroa Portuguesa ao Brasil em 1808, estruturou-se uma política sanitária voltada para a adoção de quarentena e para a regulamentação dos serviços da saúde dos portos, com objetivo de evitar epidemias e possibilitar as trocas de mercadoria (SILVA JUNIOR, 2004).

No final do século XIX foi instituída a notificação das doenças compulsórias, a qual estabelece a comunicação obrigatória à autoridade sanitária, das doenças que compõem a lista Nacional de Doenças de Notificação Compulsória editada através de Portaria Ministerial. Esta ferramenta de controle é utilizada até hoje para conhecer o comportamento das doenças e agravos (WALDMAN, 2006). Não se pode negar a importância dessa ferramenta para o controle das doenças, porém não se pode reduzir a VE somente a esse aspecto.

A VE assume uma conotação política no momento em que foi concebida como parte do esforço de guerra na Inglaterra e no País de Gales em 1939, quando se instituiu o Serviço de Laboratório de Saúde Pública. Em 1951, foi criado pelos norte-americanos o Serviço de Inteligência para Epidemias do Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) (WALDMAN, 2006).

No Brasil, com a criação do Departamento Nacional de Saúde, na década de 1920, (BRASIL, 2000a) as campanhas de vacinação surgem como principal medida de intervenção e uso da força policial do Estado. Oswaldo Cruz assume a direção geral do Departamento e consegue a aprovação, pelo Congresso, da Lei da Vacina Obrigatória. A população do Rio de Janeiro rejeita a vacinação obrigatória contra a varíola, e em 13 de novembro de 1904 se instaura um movimento de resistência popular que ficou conhecido como a Revolta das Vacinas.

As medidas de quarentena e isolamento marcam as políticas públicas de saúde dessa época, característica da medicina como poder de polícia médica, que tem suas origens na Alemanha. Tratava-se de ações restritivas, voltadas exclusivamente para o indivíduo, excluindo-se da sua vida os aspectos sociais. Ainda o controle das doenças transmissíveis se constitua num dever do Estado, não se pode pretender a sujeição do corpo do indivíduo e de suas forças, o que acaba impondo-lhe uma relação de docilidade para com as normas e, ao mesmo tempo, uma relação de utilidade (FOUCAULT, 1995) ao recuperar e manter sua força de trabalho para o modo de produção econômico.

Do ponto de vista político, compreender a VE como poder de polícia médica constitui-se em um aspecto restritivo, por não permitir que a própria população seja ator relevante na execução das ações de vigilância epidemiológica. Em pleno século XXI, ainda se reproduz no SUS a busca pela docilidade dos corpos que devem, sem discussão, se submeter às determinações técnicas e políticas do sistema e dos seus trabalhadores. (SANTOS, 2006).

Considerado o precursor da vigilância moderna, Willian Farr concebe a VE não mais como uma ação sobre os doentes, e sim sobre as doenças. Ao implantar a coleta sistemática, análise e disseminação de informações sobre morbidade e mortalidade, isto contribuiu para subsidiar a adoção de medidas sanitárias e políticas públicas na Inglaterra (LANGMUIR, 1976; SILVA JUNIOR, 2004).

A década de 1960 foi marcada pela solidificação internacional da VE, modificando-se a sua concepção na medida em que o conhecimento da história natural da doença e de seus fatores condicionantes passou a subsidiar a adoção de medidas eficazes e eficientes para prevenir e controlar determinadas doenças.

Um passo importante para a organização da VE no Brasil, aplicando os conceitos modernos, foi a criação, em 1968, do Centro de Investigações Epidemiológicas (CIE) na Fundação Serviços de Saúde Pública (Fsesp). O CIE foi responsável pela instituição, a partir de 1969, do primeiro sistema nacional de notificação regular para um conjunto de doenças de

importância epidemiológica. Assim como foi responsável pela primeira aplicação prática, no programa de erradicação da varíola, da estratégia de vigilância desenvolvida pelos *Centers for Disease Control*, utilizando-se a metodologia de notificação rápida de casos suspeitos para a realização do bloqueio vacinal com o objetivo de interromper a cadeia de transmissão da doença. (SILVA JUNIOR, 2004).

A campanha de erradicação da varíola, segundo Tracker e Belkman (1998), permitiu o reconhecimento internacional da VE como instrumento útil para o controle das doenças, sendo incorporada às ações de saúde pública. A experiência exitosa na erradicação da varíola impulsionou a Organização Mundial de Saúde (OMS) a estabelecer metas de erradicação de doenças como a poliomielite e o sarampo, através de uma vigilância global e de integração dos sistemas nacionais de vigilância epidemiológica sob a coordenação dessa organização (WALDMAN, 2006).

A Organização Pan-Americana recomenda aos países membros, em 1970, no seu Plano Decenal de Saúde das Américas, o desenvolvimento de sistemas de vigilância (WALDMAN, 1991). No Brasil, o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica é referendado na V Conferência Nacional de Saúde e formalizado através da Lei 6.259/75, e suas ações regulamentadas em 1976 para todo o território nacional. A criação do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica atribuía responsabilidades para o governo federal e estadual, excluindo completamente os municípios, que naquele momento ainda não eram gestores do sistema de saúde.

O Estado brasileiro passou a organizar as ações de VE com enfoque no controle das doenças transmissíveis, com programas verticais e com atividades estruturadas sob forma de campanhas, sendo a formulação, coordenação e execução centralizada no governo Federal. Verifica-se, mesmo com o deslocamento desse papel para os municípios regulamentado através da Portaria 1.399 de 1999, que esse modelo ainda está em vigor. Ainda são desenvolvidas campanhas de vacinação, dia D de combate à determinada doença, revelando que os serviços de saúde ainda não resolvem os problemas de saúde da população em suas atividades cotidianas.

A Portaria 1.399, que impulsionou o processo de descentralização da VE, regulamenta as competências da União, estados, municípios e Distrito Federal na área de epidemiologia e controle de doenças. A referida Portaria, ao definir as competências voltadas para a epidemiologia e controle das doenças reproduz o modelo hegemônico da atenção, o biomédico.

Em 15 de junho de 2004 é editada a Portaria n. 1.172, que atualiza a Portaria 1.399

retirando-se a denominação epidemiologia e controle de doenças, substituindo por vigilância em saúde, englobando três vigilâncias: vigilância sanitária, vigilância epidemiológica e vigilância ambiental.



Vale destacar, no entanto, que a vigilância em saúde não deve ser compreendida como uma junção de vigilâncias. Para Mendes (1996, p. 243) “a vigilância da saúde é uma nova forma de resposta social, organizada aos problemas de saúde, referenciada pelo conceito positivo de saúde e pelo paradigma da produção social de saúde”.

Adotando-se a concepção de Mendes (1996), assevera-se que não basta apenas fazer junção das vigilâncias, é preciso uma articulação entre saberes para intervir sobre os problemas coletivos e individuais, entendendo que as pessoas precisam de projetos terapêuticos individualizados (SANTOS, 2006), ou seja, é preciso utilizar métodos de promoção e de prevenção para assegurar saúde à coletividade, mas que levem também em consideração as necessidades individuais dos sujeitos.

A referida Portaria, editada pelo ministério da Saúde, estabelece a vigilância não somente das doenças transmissíveis, assim como a vigilância das doenças e agravos não transmissíveis e de seus fatores de risco, a vigilância ambiental em saúde e a vigilância da situação de saúde, e define as competências da União, estados, municípios e Distrito Federal.

Portanto, compete a União, através do ministério da Saúde, a gestão do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde no âmbito nacional, compreendendo dentre outras: a coordenação das ações de vigilância em saúde, com ênfase naquelas que exigem simultaneidade nacional ou regional para alcançar êxito nos resultados; execução das ações de forma complementar à dos Estados; execução das ações de forma suplementar, quando

constatado insuficiência da ação estadual; definição das atividades e parâmetros que integram a Programação Pactuada Integrada da área de Vigilância em Saúde; estabelecimento de normas e assessoria técnica aos estados e municípios, dentre outras (BRASIL, 2004).

Aos estados compete a gestão do componente estadual do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, compreendendo as seguintes ações: coordenação e supervisão das ações de prevenção e controle, com ênfase naquelas que exigem simultaneidade estadual ou microrregional para alcançar êxito; execução de forma complementar e suplementar na ação municipal; execução das ações nos municípios não certificados; assistência técnica aos municípios; participação no financiamento das ações; supervisão, fiscalização e controle das ações de Vigilância em Saúde realizada pelos municípios etc.

Quanto aos municípios, além da gestão municipal é da sua competência a execução das ações de vigilância em Saúde: notificação; investigação; busca ativa; provimento da realização de exames laboratoriais; monitoramento da qualidade da água para consumo humano; captura de vetores e reservatórios; ações de controle químico e biológico de vetores e eliminação de criadouros; coordenação e execução das ações de vacinação integrantes do Programa Nacional de Imunização; coleta, consolidação, análise e retro-alimentação dos dados (BRASIL, 2004).

Para o Centro de Controle e Prevenção de Doenças (1986) a vigilância epidemiológica ou vigilância em saúde pública é definida como a contínua e sistemática coleta e análise dos dados, que são essenciais para o planejamento, implementação e avaliação das práticas de saúde pública, e para a disseminação desses dados para aqueles que precisam conhecê-las.

Diante dessa definição é possível afirmar que o escopo de atuação da VE não deve se limitar à detecção e controle das doenças transmissíveis, uma vez que estão presentes as dimensões relativas ao planejamento, operacionalização, avaliação e informação, que são importantes para o estabelecimento de políticas públicas.

Através da Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990), a VE assume uma dimensão ampla, pois é definida como um conjunto articulado de ações e saberes multidisciplinares. A VE, segundo esta Lei, é o conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção e a prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual ou coletiva. Tem como finalidade recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle de doenças ou agravos.

Essa concepção busca romper com um modelo de atenção à saúde com enfoque biológico e centrado na atenção à doença, e acompanha o contexto da re-organização do

modelo de atenção à saúde, pautado nos princípios doutrinários do SUS _ a universalidade, a integralidade e a equidade no acesso aos serviços e à atenção à saúde. Além disso, assume como um dos princípios organizacionais a descentralização dos serviços e ações de saúde, o que exige a reorganização da atenção básica, com transferência de responsabilidades para os municípios como estratégia para reorientar o modelo assistencial. Nesse sentido, cabe aos municípios a gestão da atenção básica, que deve ser considerada a porta de entrada do sistema de saúde.

A Atenção Básica (AB) segundo considera o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) é um conjunto de ações de saúde, de caráter individual ou coletivo, desenvolvidas no primeiro nível de atenção dos sistemas de serviços, voltadas para promoção da saúde, prevenção dos agravos, para o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Starfield (2002, p. 28), quando define a Atenção Primária a Saúde (APS), incorpora alguns elementos da concepção do MS sobre a atenção básica:

A atenção primária é aquele nível de um sistema de serviço que oferece a entrada do sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionadas apenas para a enfermidade) no decorrer do tempo. [...] A atenção primária também compartilha características com outros níveis dos sistemas de saúde: responsabilidade pelo acesso, qualidade e custos; atenção à prevenção, bem como ao tratamento e à reabilitação; e trabalho em equipe. [...] Ela integra a atenção quando há mais de um problema de saúde e lida com o contexto no qual a doença existe e influencia a resposta das pessoas a seus problemas de saúde.

Nesse sentido a APS integra a VE, uma vez que se constitui na porta de entrada do sistema de saúde, que deve se organizar para atender à pessoa e não a enfermidade, fornecer atenção a toda situação de saúde, coordenar ou integrar a atenção fornecida em algum lugar por terceiros e que utiliza os recursos para promover, manter e melhorar a saúde. Em outras palavras, adotando-se o pensamento de Andrade e outros (2006) busca-se inverter a priorização das ações de saúde, de uma abordagem curativa, fragmentada e médico-centrada, para uma abordagem preventiva e promocional, integrada com outros níveis de atenção, construída de forma coletiva e intersetorial.

3 GESTÃO DESCENTRALIZADA DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

A integração do mercado internacional através das trocas de bens e de consumo vem impulsionando mudanças na política econômica global. Os anos 1970 foram marcados pelo fim da chamada era do ouro do capitalismo, caracterizada pelas elevadas taxas de crescimento na economia e estabilidade social. Paradoxalmente, o período do milagre econômico brasileiro, nessa mesma década, ao tempo em que apresentou taxas de crescimento econômico de forma acelerada, o mesmo não aconteceu com as políticas sociais (SOUZA, 2001).

A crise de petróleo, seguida pelas elevadas taxas de juros americanos, conduziu o mundo a um período de recessão econômica, trazendo como conseqüências o desemprego, endividamento público e instabilidade econômica. Por outro lado, o processo de globalização proporcionou um aumento da competitividade internacional, aprofundando-se a concentração de renda entre os países.

Nos anos 1980, os governos conservadores dos Estados Unidos e Inglaterra defendiam as políticas liberalizantes marcadas pela privatização das estatais, o desmonte dos sistemas de proteção social e a organização de um Estado mínimo. Essas políticas eram também caracterizadas pela redução dos gastos públicos e reformas que buscavam a eficiência no gerenciamento da máquina administrativa, organizando setores em torno de metas e avaliando os servidores pelos resultados, modelo esse denominado Novo Gerencialismo Público (FINATEC, 2004).

Nessa direção, Pereira afirma que (1997, p. 15):

Em conseqüência da captura dos interesses privados, que acompanhou o grande crescimento do Estado, e do processo de globalização, que reduziu sua autonomia, desencadeou-se a crise do Estado, cujas manifestações mais evidentes foram a crise fiscal, o esgotamento das suas formas de intervenção e a obsolescência da forma burocrática de administrá-lo.

A esse respeito, Santos (2001, p. 4) anuncia que no Brasil “constata-se o esgotamento do modelo desenvolvimentista, baseado na industrialização por substituição de importações, fortemente centrado no Estado, com o conseqüente desgaste da ordem político-institucional que sustentava este modelo”.

É nesse cenário que se abre espaço para que se questione o modelo burocrático de organização da máquina administrativa, ao mesmo tempo em que demanda do poder público a

implantação de um projeto político integrado, participativo e eficaz. (ABRÚCIO, 1998; AVELINO et al., 2007; FINATEC, 2004; PEREIRA, 1997; SANTOS, 2001;).

Neste trabalho não é objeto analisar em detalhe a reforma da gestão pública do Brasil, iniciada em 1995. A literatura a esse respeito é pródiga. No entanto, vale destacar que as propostas reformistas ganharam força no governo do presidente Fernando Henrique Cardoso, tendo como marco institucional a criação do ministério da Administração e Reforma do Estado e a elaboração do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, cujo ministro Luiz Carlos Bresser Pereira defendia a reconstrução do Estado, o que implicava em diminuir o tamanho do Estado através das privatizações, terceirização e da transferência de serviços públicos para organizações não governamentais; desregular a economia, aumentando a governança e a governabilidade (ABRUCIO; GAETANI, 2006; ANDREWS; KOUZMIN, 1998; PEREIRA, 1997; 2002).

Para Andrews e Kouzmin (1998), o então ministro veicula no seu discurso o pressuposto que a crise não é concebida como uma crise econômica do capitalismo, mas como uma crise do próprio Estado que é composta por três componentes: uma crise fiscal, que prejudica a capacidade de investimento do Estado; uma crise no modelo de intervenção do Estado, relacionada ao esgotamento do modelo de substituição de importações na maioria dos países em desenvolvimento e por fim, uma crise do modelo burocrático na administração pública, que seria a causa dos altos custos e baixa qualidade de serviços públicos.

Apesar desse diagnóstico, o ministro Bresser Pereira afirma ser contrário à proposta neoliberal de Estado mínimo, dado que, nas suas palavras (PEREIRA, 1997, p. 7):

A onda neoconservadora e as reformas econômicas orientadas para o mercado foram a resposta a esta crise – reformas que os neoliberais em um certo momento imaginaram que teriam como resultado o Estado mínimo. Entretanto, quando, nos anos 90, se verificou a inviabilidade da proposta conservadora de Estado mínimo, estas reformas revelaram sua verdadeira natureza: uma condição necessária da reconstrução do Estado – para que esse pudesse realizar não apenas suas tarefas clássicas de garantia da propriedade e dos contratos, mas também do seu papel garantidor dos direitos sociais e de promotor da competitividade do seu respectivo país.

Em outro discurso reafirmando-se contrário ao Estado mínimo, Bresser Pereira (PEREIRA, 2002, p. 33-34) assevera:

Na verdade quando, quando propus a reforma para o Brasil, não pensei em Estado mínimo, mas na necessária reconstrução do Estado. Se o Estado estava em crise a solução não era reduzir o seu papel, mas recuperar a sua

capacidade reguladora e implementadora de políticas. [...] Meu objetivo maior com a Reforma da Gestão Pública de 1995, foi reconstruir o Estado e fortalecer o serviço público, adaptando-se ao mundo do capitalismo global e da democracia que vivemos.

No entanto, concordando-se com os autores Andrews e Kouzmin (1998, p. 2) “este tipo de discurso gerencial merece ser intitulado de “conservadorismo disfarçado”, uma vez que apresenta uma nova expressão ideológica do novo conservadorismo dentro de regimes democráticos”.

Para Souza (2001), o Novo Gerencialismo Público busca um enfoque para atuação dos governos, da administração pública e da sociedade e defende o Estado como um processo que além de apoiar as ações voltadas para o governo, envolve outros atores políticos e sociais que estimulem a participação do setor privado, dos estados e municípios e da sociedade civil na formulação e implementação de políticas. Assim, as políticas são voltadas para a diminuição das funções governamentais, cortes nas despesas com custeio e investimentos, redução da folha de pessoal, além das privatizações, desregulamentações e descentralização.

Abrúcio (2002) assevera que o processo de descentralização vincula-se à crise fiscal globalizada, com repasse de encargos aos governos subnacionais como forma de aliviar financeiramente o governo central, sendo essa a opção do governo neoliberal Thatcher, na Inglaterra. Este autor também afirma que a descentralização também foi impulsionada por uma série de transformações sociais, a exemplo da urbanização, que considera como um fenômeno mais importante para a definição das políticas de bem-estar, pois as demandas se ampliaram e diversificaram, tornando-se premente a busca da efetividade dessas políticas. Somando-se a esses fatores, para Abrúcio (2002) surgiram novos atores sociais que defendiam a descentralização como forma de democratização.

No caso da Federação brasileira, Abrúcio (2002) aponta que havia um legado descentralizador, fruto da redemocratização do País. No Brasil a descentralização assume um sentido municipalista, com uma concepção compartimentada e pouco cooperativa entre as esferas de governo. Para o mesmo autor, com o municipalismo se identificam muitos avanços, a exemplo do estímulo à participação popular, inovações governamentais, construção de novas lideranças e o estabelecimento de espaços de poder. No entanto, paralelamente conformou-se um municipalismo autárquico, que em linhas gerais pressupõe que os municípios são capazes de, sozinhos, resolver todos os problemas da ação coletiva pública.

Em um País como o Brasil, concordando com Abrúcio (2002), é inviável o municipalismo autárquico tendo em vista as enormes desigualdades entre os municípios, o

que impossibilita que as prefeituras operem todas as políticas públicas, pois vários problemas da coletividade ultrapassam a área circunscrita do município. Tal característica, além de dificultar a cooperação entre os entes locais, as vezes incentiva uma competição de recursos, onde “algumas localidades, as quais, ao não realizarem uma serie de políticas, criam uma situação convidativa para que seus cidadãos busquem serviços no território vizinho, sem que haja uma cotização para dar conta destes custos” (ABRÚCIO, 2002, p. 214).

A descentralização das políticas públicas é executada em diversos países, com desenhos estruturais, organizacionais e políticos diferenciados. Segundo Fisher (1998), na França o processo de descentralização foi dirigido e controlado por Paris, através de diferentes mecanismos de subvenção, prioritariamente para a indústria. Porém, as instâncias regionais não dispunham de liberdade real de ação. Segundo esse autor, o governo francês, apos longo tempo, rompeu com o centralismo secular, em conseqüência dos efeitos negativos sobre o desenvolvimento da industrialização, criando a *Delégation à l'Aménagement du Territoire et à l'Action Régionale* (Datar).

Watts (1990), ao comparar a descentralização em diversos países a exemplo dos Estados Unidos, Austrália, Alemanha e Canadá, conclui que é difícil mensurar o grau de descentralização, na medida em que alguns países tendem a descentralizar um setor, a exemplo do econômico, em detrimento de outro, como o legislativo. No entanto, o autor assevera que essa é uma forma de governo essencialmente pragmática, evolutiva e não estática, e que se faz necessário se adaptar as novas circunstâncias e necessidades, inclusive aprendendo com o exemplo de outras federações.

Isto posto, não se trata apenas de considerar se é bom ou ruim descentralizar a gestão, e sim avaliar em qual contexto a descentralização ocorre e qual a posição dos atores que controlam a base de poder. Concordando com Barata e outros (2004, p.19) “a descentralização não tem conseguido, por si só, determinar transformações significativas no modelo assistencial adotado nas regiões, repetindo na escala municipal erros anteriores”.

No Brasil, com exceção da área da Previdência Social, a estrutura organizacional do sistema de proteção social sofreu profundas transformações. Foi transferida paulatinamente para os estados e municípios uma série de atribuições de gestão, modificando conceitualmente o modelo centralizado, vigente até o início dos anos 1990. Como afirma Arretche (1999, p. 112) “o alcance desta reforma é bastante variável, seja entre as diversas políticas, seja entre as unidades da Federação no tocante a cada política particular”.

O Brasil, formado por vinte e seis estados e um Distrito Federal, conta com 5.564

municípios, distribuídos em cinco regiões, conforme demonstra o quadro 3, o qual demonstra a evolução do número de municípios entre 1940 a 2007. Vale destacar as modificações na divisão territorial no referido período, de 1.574 municípios em 1940 para 5.564 em 2007.

Quadro 3 - Número de municípios brasileiros segundo região e período. Brasil, 2007

| Número de municípios | 1940 | 1950 | 1960 | 1970 | 1980 | 1990 | 2000 | 2007 |
|-----------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Brasil | 1.574 | 1.889 | 2.766 | 3.952 | 3.974 | 4.491 | 5.507 | 5.564 |
| Norte | 88 | 99 | 120 | 143 | 153 | 298 | 449 | 449 |
| Nordeste | 584 | 609 | 903 | 1.376 | 1.375 | 1.509 | 1.787 | 1.793 |
| Sudeste | 641 | 845 | 1.085 | 1.410 | 1.410 | 1.432 | 1.666 | 1.668 |
| Sul | 181 | 224 | 414 | 717 | 719 | 873 | 1.159 | 1.188 |
| Centro-Oeste | 80 | 112 | 244 | 306 | 317 | 379 | 446 | 466 |

Fonte: IBGE, 2007.

Como se pode observar, na Região Nordeste se concentra o maior número de municípios e é também a que apresenta os piores indicadores sócio-econômicos, conforme a tabela abaixo (Tabela1). No que diz respeito à taxa de urbanização e a taxa de esperança de vida ao nascer, estas são menores no Nordeste, seguida da Região Norte, que notadamente possui a menor taxa de saneamento básico. É também na Região Nordeste e Norte onde se concentra a maior proporção da população pobre. Observa-se que na maioria dos indicadores a Região Sudeste tem a melhor avaliação.

Tabela 1 – Indicadores sociais e econômicos do Brasil segundo região. Brasil, 2007

| INDICADORES | BRASIL | NORTE | NORDESTE | SUDESTE | SUL | CENTRO OESTE |
|--|--------|--------|----------|---------|---------|--------------|
| Taxa de urbanização (%) | 83,50% | 76,70% | 71,80% | 92,00% | 82,90% | 86,80% |
| Esperança de vida ao nascer (em anos) | 72,7 | 71,6 | 69,7 | 74,1 | 74,7 | 73,7 |
| Taxa de mortalidade infantil (%) | 24,32% | 25,0% | 35,60% | 17,70% | 16,10% | 18,90% |
| Saneamento básico (proporção de domicílios %) | 62,40% | 16,10% | 37,60% | 83,70% | 63,00% | 34,80% |
| Taxa de analfabetismo em pessoas maiores de 15 anos | 10,00% | 10,80% | 19,90% | 5,70% | 5,40% | 8,10% |
| Média de anos de estudo de pessoas com 15 anos ou mais de idade | 7,30% | 6,80% | 6,00% | 8,00% | 7,60% | 7,50% |
| Taxa de analfabetismo funcional de pessoas com 15 anos ou mais de idade | 21,00% | 25,00% | 33,50% | 15,90% | 16,70% | 20,30% |
| Proporção de domicílios urbanos sem serviço abastecimento de água por rede geral | 6,80% | 32,70% | 8,20% | 3,10% | 4,70% | 9,10% |
| Proporção de domicílios urbano sem serviço de coleta regular de lixo | 1,30% | 3,80% | 3,10% | 0,50% | 0,50% | 1,10% |
| Razão de renda entre 20 % mais ricos e 20% mais pobres | 20,39 | 16,89 | 20,82 | 15,5700 | 14,2500 | 19,0700 |
| Taxa de desemprego (%) | 8,10% | 7,70% | 8,25% | 9,40% | 5,80% | 6,92% |
| Proporção de pobres (%) | 34,22% | 46,55% | 54,71% | 20,52% | 18,05% | 26,17% |
| Rendimento familiar per capita médio | 642,7 | 439,18 | 389,8 | 765,47 | 755,54 | 759,55 |

Fonte: IBGE, 2007

Destaque-se que, no Brasil, entre os anos 1970 ao início dos anos 1990, ocorreram transformações resultantes do intenso processo de urbanização e de fluxos migratórios desordenados, que contribuíram para mudanças também no padrão de morbi-mortalidade. Não sendo a intenção nesta pesquisa fazer uma discussão aprofundada neste aspecto, porém é importante sinalizar que o padrão socioeconômico define o padrão de saúde, conforme asseveram Carmo e outros (2003, p. 72):

Países desenvolvidos ou em desenvolvimento, com diferentes patamares nos níveis de saúde das suas populações e com diferentes padrões epidemiológicos assemelham-se no tocante à existência desses gradientes. A frequência de qualquer doença, com raras exceções, aumenta com a redução do nível social e econômico dos grupos sociais. [...] No Brasil, essa questão assume grande importância e ganha nuances especiais. [...] A concentração da riqueza e dos bens gera imensas distâncias também entre as suas regiões ou entre seus espaços intra-urbanos. No interior das cidades brasileiras, são

igualmente observados diferenciais nas taxas de mortalidade infantil, bem como na mortalidade pela maioria das doenças, entre as zonas mais pobres relacionadas com as zonas mais ricas das cidades.

Esses aspectos devem ser observados no momento da elaboração e execução de políticas públicas locais. No entanto, concorda-se com Abrúcio e Gaetani (2006) quando afirmam que não existe neutralidade nas políticas de gestão pública em relação aos processos políticos e estruturas de poder, tornando-se um grande desafio romper com uma estrutura hierarquizada e vertical na gestão pública, para implementar uma gestão descentralizada que adote como premissas a delegação efetiva do poder ao âmbito local, e a integração das políticas públicas que atendam as necessidades da população.

Nas palavras de Abrúcio (2002, p. 212):

O legado federativo brasileiro, desde os primórdios em 1891, nos tem colocado sob o seguinte dilema: ou a Federação é norteadora por uma descentralização fragmentadora, centrífuga e muitas vezes oligárquica, ou se opta por um modelo centralizador que é geralmente tecnocrático e, por muitas vezes, autoritário. No primeiro caso, cabe ao período da República Velha; no segundo, o Estado Novo e o regime militar. Apesar dessa influência macro-histórica, e que de fato tem algum peso, o legado é definido muito mais pelos caminhos recentes do jogo intergovernamental.

Particularmente, durante o regime militar, o País se configurava muito mais como um Estado unitário do que federativo. Os governadores e prefeitos eram desprovidos de autonomia política e selecionados através de eleições indiretas. Somado a isto, os tributos se concentravam na esfera federal, que também detinha autoridade sobre as polícias militares, que foram colocadas sob o controle do Exército nacional. (ARRETCHE, 1999).

Para Watts (1990) não existe um modelo federativo que pode ser aplicado universalmente. Este fundamenta-se no compartilhamento de poder, e é aplicado de maneira diversa, segundo as circunstâncias. Para o mesmo autor, as federações variam quanto às características e diversidade econômicas e sociais; do seu estatuto constitucional; ao poder que é atribuído aos poderes legislativo, executivo e judiciário; quanto a atribuição de competência dos recursos fiscais; quanto às características das instituições governamentais; quanto ao grau de participação das regiões na elaboração das políticas federais e finalmente quanto aos processos que regulam os conflitos e facilitam a colaboração entre os governos.

No Brasil, segundo Arretche (1999, p. 114), recuperam-se as bases do Estado federativo na década de 1980:

A democratização — particularmente, a retomada de eleições diretas para todos os níveis de governo — e a descentralização fiscal da Constituição de 1988 alteraram profundamente a natureza das relações intergovernamentais. A autoridade política de governadores e prefeitos não deriva do governo central, mas do voto popular direto. Paralelamente, estes últimos também expandiram expressivamente sua autoridade sobre recursos fiscais. [...] Em suma, no Brasil pós 1988, a autoridade política de cada nível de governo é soberana e independente das demais. Diferentemente de outros países, os municípios brasileiros foram declarados entes federativos autônomos, o que implica que um prefeito é autoridade soberana em sua circunscrição.

Dotados de autonomia política e fiscal, resguardados pelo princípio da soberania, os estados e municípios assumem função na gestão de políticas públicas. Dada a redemocratização brasileira na década de 1980, são recuperadas as bases federativas com impacto direto sobre o processo de descentralização das políticas públicas. Particularmente na saúde, com a institucionalização do SUS, a descentralização é estabelecida como um princípio organizacional, passando os municípios a assumirem a gestão do SUS municipal.

Através da Constituição Brasileira de 1988 os estados e municípios adquiriram autonomia política. Porém, como considera Arretche (1999), o Estado federativo brasileiro é permeado por desigualdades estruturais de ordem econômica, social, política e de capacidade administrativa, de modo que a União tem que utilizar mecanismos de indução para que os estados e municípios assumam as competências de gestão, ou por adesão aos pactos e programas, ou por imposição constitucional. Vale destacar que os encargos adicionais que são impostos para os municípios, sem correspondente recurso financeiro, especialmente naqueles de pequeno e médio porte, têm gerado grandes iniquidades no que diz respeito à capacidade local de intervenção frente aos problemas sociais e de saúde.

Ao transpor para o campo da descentralização da saúde a discussão dessa temática, verifica-se que existe uma convergência entre diversos pesquisadores, uma vez que afirmam que a descentralização não pode ser vista como uma forma do Estado central não se responsabilizar quanto as suas funções e sim como uma possibilidade de romper com a centralização das políticas públicas. Isto implica na distribuição de poder, competências, recursos e ampliação do controle social, abrindo espaços para a co-gestão em saúde (ASSIS, 1998; CAMPOS, 2000; LUZ, 2001; SANTOS, 2006).

Coincidindo com a abertura política do País, foi adotada uma série de reformulações com implicações diretas e indiretas sobre a política de saúde. Dentre elas destacam-se a separação da área previdenciária e do trabalho, sendo instituído através da Lei n. 6034 o Ministério da Previdência e Assistência Social; implantação do Plano de Ação (PPA)

universalizando a atenção às urgências, com pagamento dos prestadores através de contratos e credenciamentos por serviços prestados ou por convênios com subsídio fixo; instituição do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAZ) destinado a financiar investimento fixo dos setores sociais.

Paradoxalmente, a instituição do PPA e do FAZ representou um mecanismo de desenvolvimento do setor privado, garantindo a sua expansão física com recursos subsidiados, especialmente na área hospitalar. De 1969 a 1984 o setor privado tem um crescimento de 465% (MENDES, 1995). Somado a isso, o PPA tem como consequência marcante o crescimento de uma nova modalidade assistencial - a medicina de grupo, o que possibilitou a hegemonia da atenção médica supletiva na década de 1980.

A década de 1990 caracteriza-se na saúde pela tensão entre o projeto hegemônico neoliberal e o contra hegemônico da Reforma Sanitária. O movimento da Reforma Sanitária, segundo Luz (2001), e retraduzido por Santos (2006), possibilitou pela primeira vez discutir sobre a descentralização e participação popular através dos conselhos estaduais, municipais e locais, tornando o setor saúde pioneiro na implantação de políticas públicas descentralizadas e com controle social. No entanto, conforme assevera Milani (2008, p. 555):

Após período de expansão (entre meados dos anos 1980 e fim dos anos 1990), os processos locais de participação social encontram em ambos os contextos geográficos, pelo menos, dois limites críticos. Em primeiro lugar, a participação de atores diversificados é estimulada, mas nem sempre é vivida de forma equitativa. O termo “parceria” é corriqueiro nos discursos políticos dos atores governamentais e não-governamentais, mas sua prática efetiva parece ter dificuldades em influenciar os processos de deliberação democrática local. Em segundo lugar, os atores não-governamentais (e somente alguns deles) são consultados e solicitados durante o processo de tomada de decisões, participando, assim e no melhor dos casos, somente antes e depois da negociação. A participação praticada dessa forma pode aumentar a qualidade da transparência dos dispositivos institucionais; contudo, ela não garante, de modo necessário e automático, a legitimidade do processo institucional participativo na construção do interesse coletivo.

Apesar das conquistas jurídicas, com a promulgação da Constituição de 1988, que cria o SUS e as Leis Orgânicas de Saúde (8080/90; 8142/90), os anos 1990 foram marcados pela consolidação do projeto neoliberal pautado na tríade: privatização, induzida por mecanismos de subsídio estatal às empresas; focalização, com propostas de atenção primária seletiva, através de uma medicina de pobres para pobres; e da reorganização do aparato estatal para um modelo de Estado mínimo.

A repercussão de tais medidas no campo da saúde indica que:

Dessa forma, vem se conformando no País um sistema de saúde onde convivem três grandes subsistemas: O SUS, o subsistema público, destinado a 130 milhões de brasileiros; o subsistema privado de atenção médica suplementar destinado a 40 milhões de brasileiros que pagam por si ou através de empregadores, diferentes operadoras de planos de saúde; o subsistema privado de desembolso direto, ao qual recorrem os brasileiros, ricos e pobres, para a compra de serviços através de pagamento direto de pessoas e famílias (MENDES, 2009, p. 1).

Concordando com Mendes (2001) e Carvalho (2001), a Reforma Sanitária brasileira, após importantes ganhos jurídicos, assumiu um caráter reformista e normativo na sua operacionalização, focalizando-se principalmente em normas operacionais. Assim, a descentralização das ações de saúde é referendada por uma série de publicações de Normas Operacionais Básicas (NOB) e das Instruções Normativas para fazer cumprir o que é estabelecida na Lei Orgânica da Saúde. Há de se considerar, no entanto, que a NOB 96 (BRASIL, 1996) possibilitou a sustentação para a reorganização municipal da saúde, na medida em que garantiu repasses de recursos fundo a fundo e ampliou as responsabilidades para os municípios que optaram pela gestão plena do sistema de saúde (VIEIRA-DA-SILVA et al., 2007).

Portanto, não se pode negar os avanços decorrentes dessa Reforma, principalmente ao se afirmar a saúde como direito de todos os cidadãos e dever do Estado, e por esta impulsionar a descentralização da saúde, através da municipalização, definindo a natureza compartilhada da gestão do sistema de saúde entre as três esferas de governo. Nas palavras de Arretche (2002), a descentralização via municipalização da gestão dos serviços de saúde se configurou, na década de 1990, como elemento central da agenda do governo federal, de maneira que 99% dos municípios em 2000 estavam habilitados no Sistema Único de Saúde. Para essa autora, nesse aspecto a descentralização da saúde pode ser considerada como uma experiência bem sucedida, uma vez que transferiu aos municípios responsabilidades de gestão na prestação dos serviços de saúde.

Por outro lado, existe uma expressiva variação no alcance da descentralização em cada uma das políticas sociais, que é determinada em função das desigualdades sociais, econômicas, políticas e de gestão nos Estados federados (ARRETCHE, 1999). No caso da descentralização da saúde as desigualdades sociais, econômicas e políticas, e os mecanismos de gestão adotados geram distorções na organização dos serviços, reproduzindo práticas sanitárias focalizadas e verticais, que se distanciam das necessidades de saúde da população

local.

A descentralização traz em seu bojo uma série de responsabilidades para os municípios, sem assegurar os correspondentes recursos de ordem financeira e capacidade de gestão para o desenvolvimento das ações. Por outro lado, as diferenças regionais entre estados e municípios na condução da gestão, e na execução das políticas públicas, conformam modos e graus diferenciados de descentralização.

O exemplo da Bahia coaduna com a afirmação anterior, pois este estado foi considerado, até o ano de 1997, um dos mais atrasados em relação ao processo de descentralização da saúde no País. No período compreendido entre 1991 a 1994, a municipalização da saúde não fez parte da agenda do governo Antonio Carlos Magalhães. Somente a partir de 1995, apesar da mesma linha partidária, o então governador Paulo Souto passou a incorporar na agenda de governo a descentralização da saúde, muito embora este processo estivesse permeado pelo jogo de interesses com relação à liberação de recursos, assim como pelos mecanismos de pressão impostos pela esfera federal (GUIMARÃES, 2000).

O modelo de descentralização adotado pelo Brasil tem como característica marcante a concentração das funções de financiamento pelo governo federal - representado pelo ministério da Saúde, com as políticas tanto nos estados como nos municípios dependentes desse ministério. Dado que o Brasil é um país federativo e com uma grande diversidade regional, a descentralização da saúde poderia minimizar as desigualdades na oferta e na qualidade dos serviços prestados. Porém, concordando com Arretche (2000), esse sistema redistributivo contribuiu muito mais para desconcentrar as ações e atividades do que para a promoção da redução das desigualdades.

Nesse sentido, diante das transformações ocorridas na gestão da saúde, desde a sua implantação o SUS enfrenta descompassos gerenciais. O primeiro descompasso refere-se ao crescimento paralelo da rede privada (MENDES, 1995); o segundo, a definição de uma política universalista ao tempo em que se busca a redução de custos, e por fim a transferência de gestão dos serviços públicos para organizações de natureza não estatal (ARRETCHE, 2007).

A descentralização da gestão da saúde foi impulsionada mediante publicação de Normas Operacionais Básicas (NOB), com os estados e municípios assumindo gradualmente umas das condições de gestão estabelecidas inicialmente na NOB 01/93, depois alterada com NOB 01/96 e a seguir modificada pela Norma Operacional da Assistência à Saúde (2002).

O governo brasileiro utiliza-se de medidas burocráticas através das NOB e Instruções Normativas para operar o que já se encontra estabelecido nas Leis Orgânicas de Saúde. Para Carvalho (2001), as NOB 91 e 92, ambas editadas no governo Collor, se configuraram num retrocesso para a operacionalização do SUS, na medida em que representavam os interesses da extinta autarquia, o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (Inamps), dando continuidade ao sistema de pagamento por produção de serviços e ao repasse de recursos através de convênios, em que a liberação dos mesmos ficava atrelada à condição político partidária dos municípios; soma-se a isto, a omissão nas referidas normas, das ações de vigilância sanitária e epidemiológica.

Já a NOB 93, publicada no governo Itamar Franco, significou um avanço em relação à NOB anterior, especialmente ao criar as Comissões Intergestores Tripartite e Bipartite, permitindo um movimento de descentralização compartilhada e co-responsável.

A NOB 96, editada no governo Fernando Henrique Cardoso, avançou no processo de descentralização ao definir as formas de gestão, de financiamento *per capita* para a atenção básica e de incentivos específicos para áreas estratégicas do sistema (BARATA et al., 2004).

Embora tenha sido criada a Comissão Intergestora Tripartite e a Comissão Intergestora Bipartite para desenvolver o processo de negociação e pactuação entre as esferas de governo, a autonomia na gestão continua sendo objeto de intensa disputa entre as três esferas de governo. Ainda que os municípios sejam os principais prestadores de serviços de saúde, é restrita a sua autonomia para a definição das políticas e das prioridades de ação, especialmente pelo fato do ministério da Saúde utilizar intensivamente mecanismos financeiros para induzir a adoção e implementação de políticas. A esfera estadual, por sua vez, deixou de ser o principal prestador de serviços, principalmente da atenção básica, e por outro lado as secretarias estaduais da Saúde não se qualificaram para desenvolver um papel político de formulação e de apoio técnico aos municípios. (FEUERWERKER, 2005). Por outro lado:

A defesa de mudanças na dinâmica de gestão do sistema ocupou a agenda de discussão da Comissão Intergestora Tripartite (CIT) nos últimos três anos. Nos debates travados sobressaiu a necessidade de superação dos vícios burocratizantes da descentralização “tutelada” e a defesa da radicalização do processo de descentralização, em meio ao conflito federativo e a consciência de esgotamento do padrão incremental que vigorou até o presente. Esse debate resultou na proposta de um novo pacto de gestão [...] (VASCONCELOS; PASCHE, 2006, p.555).

Em 2006, no segundo governo Lula, após aprovação da Comissão Intergestora

Tripartite (CIT), foram publicados os Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão (BRASIL, 2006) que definem a responsabilidade sanitária de cada esfera de governo através da formalização dos termos de compromissos de gestão, substituindo assim o processo anterior de habilitação.

No estado da Bahia, dos trinta e quatro municípios habilitados na Gestão Plena do Sistema Municipal, conforme definido na NOB 96 e Noas SUS 01/02 (BRASIL, 2002), vinte e seis assumiram o comando único do SUS municipal na adesão ao Pacto de Gestão. Além destes, vinte e sete municípios que eram habilitados na Gestão da Atenção Básica Ampliada (NOAS, 2002), ao aderirem ao Pacto de Gestão passam a assumir o comando único do SUS. Dessa maneira, atualmente são cinquenta e três (12,7%) municípios com comando único aprovados pela CIB (BAHIA, 2010). Não foi encontrada nenhuma análise sobre o que representou para os municípios assumir o comando único do sistema municipal da saúde, e o que essa mudança afetou nos processos de gestão e qual o impacto para a saúde da população.

Muito embora não seja propósito deste estudo fazer uma análise aprofundada desse aspecto e não se disponha de dados sobre a situação específica da Bahia em relação aos demais estados brasileiros, pode-se afirmar que possuir apenas 12,7% dos municípios com comando único do SUS municipal reflete uma adesão incipiente ao Pacto de Gestão.

No entanto, estabelecer pactos com a participação das três esferas de governo pode ser uma ação política importante, na medida em que as deliberações contidas no documento ultrapassem o campo das intenções para o campo da prática. Deve-se também admitir a heterogeneidade que existe entre os entes federados, com um grau diferenciado de alcance dos pactos em cada estado e município.

Conforme afirmam Trevisan; Junqueira (2007, p. 10)

A construção do "pacto de gestão" poderá dar uma outra operacionalidade ao Sistema Único de Saúde. Não é "remédio milagroso", nem terá o poder de superar as dificuldades operacionais da rede. Iniciar a construção do "pacto" é, exatamente, assimilar uma outra forma de superação das dificuldades das ações em rede do SUS.

Do ponto de vista político a adesão aos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão pelos entes federados se constituirá num avanço na medida em que as responsabilidades assumidas por esses ultrapassem a simples assinatura do termo de compromisso e a um complexo conjunto de normas.

Nessa direção, é necessário que o processo político de negociação e adesão aos Pactos seja acompanhado de estratégias solidárias de coordenação e cooperação entre estados e municípios, sem perder de vista a heterogeneidade territorial, a distribuição desigual dos serviços, a dimensão espacial do País e os diferentes modos de organização e gestão dos serviços. Vale destacar que o processo político de articulação e adesão aos Pactos ultrapassa as instâncias responsáveis pelo SUS, exigindo o compromisso e envolvimento do gestor máximo do município, do Poder Legislativo e de outros secretários.

No Pacto de Gestão são estabelecidas como diretrizes para a gestão a regionalização solidária e cooperativa, financiamento, planejamento, programação pactuada integrada, regulação, participação e controle social, gestão do trabalho e educação na saúde (BRASIL, 2006). No entanto, concordando com Vasconcelos; Pasche (2006), se os compromissos assumidos não forem incorporados na prática dos sujeitos que conduzem a gestão do SUS, haverá mudanças nos processos formais sem os efeitos desejados no desempenho do sistema. Por outro lado:

Não obstante avanços no plano discursivo, entende-se haver um conjunto de indicações de que ainda são precárias as garantias institucionais de que a “regionalização solidária e cooperativa” seja incorporada às expectativas recíprocas dos gestores do SUS ao se orientarem na formulação e na execução dos pactos regionais (MACHADO, 2009, p.116).

Comungando com as idéias desses autores, ainda que a efetivação do pacto de gestão tenha sucesso relativo, alguns problemas de ordem estrutural (gestão de pessoas no SUS; inadequação na formação profissional; clientelismo; financiamento; desempenho dos processos de gestão; mecanismos de avaliação) não serão equacionados sem um profundo debate político que se desdobre em decisões legislativas e governamentais. Nessa direção, Solla (2007) assevera que o pacto de gestão editado em 2006, apesar de definir as responsabilidades entre os gestores através dos termos de compromisso, têm algumas lacunas, particularmente no que se refere ao financiamento, ao criar cinco blocos: atenção básica; atenção de média e alta complexidade; vigilância em saúde; assistência farmacêutica e gestão do SUS. Para esse autor:

A criação dos blocos de financiamento não elimina as rubricas anteriores para fins de programação e cálculo dos repasses federais. Esta medida, ao invés de dar maior flexibilidade à aplicação dos recursos por parte dos gestores locais, criou limitações, na medida em que o uso dos recursos federais para o custeio fica restrito a cada bloco, só podendo ser aplicados nas finalidades previstas dentro de cada um dos blocos. Assim, se antes a

única restrição efetivamente estabelecida era a de não ser possível aplicar recursos da atenção básica em ações e serviços de média e alta complexidade, agora o financiamento ficou efetivamente “amarrado” dentro de cada bloco, ampliando em muito as restrições à utilização dos recursos federais pela gestão local. Ao invés de integrar as várias formas de repasses de recursos financeiros, o que se alcançou foi uma limitação no âmbito da aplicação destes recursos (SOLLA, 2007, p. 344).

O Pacto pela Vida expressa o compromisso entre os gestores das três esferas de governo em definir e operar prioridades que tragam impacto sobre a situação de saúde da população. São seis as prioridades pactuadas: saúde do idoso; controle do câncer do colo do útero e de mama; redução da mortalidade infantil e materna; fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; promoção da saúde; fortalecimento da atenção básica. (BRASIL, 2006). Observa-se que a maioria dessas prioridades está diretamente relacionada às ações de vigilância epidemiológica, sendo pertinente afirmar que a VE possui uma dimensão estratégica e política para o SUS municipal.

Considerando que as ações de VE se constituem num ato político, por envolver o interesse público, a comunidade e a sociedade (SANTOS, 2006), esse campo deve possuir mecanismos de gestão que influencie positivamente na adoção das práticas sanitárias em consonância com os princípios doutrinários e organizacionais do SUS.

O processo de descentralização da VE foi iniciado em 1999, mediante publicação de portaria ministerial. Naquela época, houve uma grande adesão dos gestores dos estados e municípios, ou seja, 100% das secretarias estaduais e 86,3% das secretarias municipais receberam a certificação para executar as ações de VE. (SILVA JUNIOR, 2004). Contudo, como esse processo ocorreu de forma centralizada, a partir de uma decisão ministerial, ao mesmo tempo em que possibilitou compartilhar a gestão originou superposição de ações e conflitos de poder entre as três esferas de governo.

A descentralização, mais do que um processo administrativo, é também um processo político, que envolve transferência de poder, o que impõe uma estrutura de gestão que incorpore não só a dimensão técnica, como também a dimensão política – o poder e sua legitimidade.

Depreende-se que descentralizar a gestão da vigilância epidemiológica não limita-se apenas à definição normativa de competências entre as esferas de governo, e sim pelo compartilhamento de poder decisório, pela conjugação de esforços dos diversos atores sociais, pela articulação das práticas de VE com as demais práticas de saúde e pela superação de

limites inerentes a uma área de atuação muito complexa. Portanto, não basta apenas estabelecer um projeto político descentralizando a gestão da VE para os municípios, pois são muitos os desafios que devem ser enfrentados. Um deles é reconhecer e buscar solucionar os conflitos e entraves oriundos do compartilhamento de poder, não somente entre as três esferas de governo, como também no interior do próprio SUS municipal.

4 METODOLOGIA

Apesar da sua polissemia conceitual, a avaliação consiste na elaboração de um juízo de valor acerca de um determinado fenômeno, intervenção ou ação de saúde, a partir de parâmetros ou modelos previamente definidos, com objetivo de mobilizar recursos para auxiliar no processo de tomada de decisão (CONTRANDIOPOULOS et al. 2002; MINAYO, 2006; TANAKA; MELO, 2004;).

É importante destacar que existe distinção entre a avaliação como instrumento de gestão e a pesquisa avaliativa. Quanto à primeira, a avaliação é considerada como uma atividade que busca julgar uma intervenção tendo como ênfase os produtos; procedimentos e os processos. Já a pesquisa avaliativa, na concepção de Contandriopoulos e outros (2002, p.29) “consiste em fazer um julgamento *ex-post* de uma intervenção usando métodos científicos”. Draibe (2001) assinala que a pesquisa avaliativa pode ser do tipo *ex-ante* e *ex-post*. Para essa autora a avaliação *ex-ante*, também conhecida como avaliação-diagnóstico, precede o início do programa e é realizada para apoiar decisões finais para a formulação de projetos, programas ou políticas. Quanto à avaliação *ex-post*, esta é feita concomitantemente ou após a realização do programa.

A pesquisa avaliativa tem como propriedade a interdependência entre as variáveis e sua inserção contextual, exigindo multiplicidade de abordagens metodológicas e a compreensão do fenômeno avaliado em sua complexidade (HARTZ, 2002), sendo essa conotação de avaliação que será utilizada nesse estudo.

Para Draibe (2001), as pesquisas avaliativas buscam também responder a objetivos de verificação de eficácia, de eficiência e efetividade das ações, e são esses objetivos que fazem da pesquisa de avaliação de políticas públicas uma pesquisa interessada (*policy oriented*). Esta busca detectar obstáculos e propor medidas de correção e alteração dos programas, para contribuir no processo de implementação e desempenho da política, serviço ou atividade.

Segundo a definição estabelecida na Norma Operacional Básica n. 01/1996, a gestão é a atividade e a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde, mediante o exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria (BRASIL, 1996)

Compreende-se que essa definição assume um caráter operacional e instrumental e pouco político. Portanto, para fins desse estudo adotou-se a concepção de capacidade de gestão como capacidade que tem um ator em operar os recursos existentes e ou adquirir novos recursos (normativos, técnicos, materiais, políticos, relacionais e de informação) bem como, a capacidade que tem esse mesmo ator para mobilizar os recursos oriundos da posição que ocupa de modo a controlar, negociar e articular com outros atores no processo de tomada de decisão. Esta concepção fundamenta-se no conceito-guia de gestão construído por Guimarães e outros (2002; 2004) e que tem como referencial teórico Carlos Matus (1993), desenhado em três dimensões: projeto de governo (categoria normativa), capacidade de governo (categoria técnica) e governabilidade do sistema (categoria política).

Assim, o conceito-guia de gestão adotado, assume que a capacidade de gestão de uma organização pode ser também aferida pela capacidade de formular projetos, políticas e normas legais; pelas condições técnicas e administrativas (recursos humanos, materiais e financeiros), que representam as condições logísticas para a execução e por sua capacidade de articular e de mobilizar alianças e parcerias, assim como recursos políticos e estratégicos, no sentido de assegurar as condições políticas para a busca dos objetivos perseguidos por meio das políticas, dos planos e dos programas (GUIMARAES et al, 2004, p. 1645).

Neste sentido, para Guimarães e outros (2002; 2004) o conceito-guia de gestão está assentado em três dimensões: da capacidade de decidir, da capacidade de executar o decidido e a capacidade de sustentar resultados de forma a assegurar a continuidade dos resultados positivos e garantir o constante aperfeiçoamento do sistema. Para esse estudo são re-elaboradas as dimensões de gestão:

A dimensão relativa à capacidade de decidir deve refletir a capacidade dos gestores da secretaria municipal da Saúde na formulação de projetos. Assim, as variáveis selecionadas para elaboração dos indicadores de avaliação dizem respeito à qualificação profissional dos gestores, estrutura do processo decisório, autonomia, existência de controle social no processo de gestão, existência de articulação entre os serviços do SUS municipal;

A dimensão da gestão relativa à capacidade de execução reflete a capacidade do gestor máximo e da VE municipal em mobilizar recursos para manutenção das decisões tomadas, selecionando-se as variáveis relativas aos recursos operacionais, condições de infra-estrutura física, de equipamentos, de materiais e sobre a capacitação dos trabalhadores;

A dimensão relativa à capacidade de sustentar resultados de gestão deve refletir a existência de parcerias e alianças para sustentar as decisões tomadas. Portanto, as variáveis selecionadas buscam avaliar os efeitos da gestão da VE na sua dimensão social e institucional. Na dimensão social as variáveis selecionadas permitem a avaliação do grau de participação dos sujeitos operadores da VE, enquanto que a dimensão institucional, através do registro dos progressos no monitoramento da gestão, permitirá avaliar a possibilidade de replicação do modelo de gestão para atender às demandas e problemas no âmbito municipal.

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa avaliativa, com abordagem quantitativa, para construção da linha de base avaliativa, e qualitativa através de estudos de casos múltiplos. Para Minayo e outros (2005, p. 26) “a avaliação tradicional de políticas sociais geralmente trabalha com instrumentos quantitativos e analisa as estruturas dos programas, como elas se realizam processualmente e quais são os seus resultados”. Atualmente se insere nos processos avaliativos a abordagem qualitativa, que busca compreender as percepções dos atores envolvidos nas ações e serviços de saúde e em qual contexto essas ações são desenvolvidas.

Nessa mesma direção Deslandes e Assis (2002) afirmam que a interação metodológica entre as abordagens quantitativas e qualitativas é importante, pois cada qual, a sua maneira, traduz as articulações entre o singular, o individual e o coletivo. Dessa forma, esse estudo contempla uma realidade que não pode ser somente quantificada, entendendo que os atores no campo da gestão da VE são portadores de toda uma carga de subjetividade em relação com o campo e objeto do seu trabalho, e estão inseridos dentro de um contexto histórico e socialmente construídos.

Optou-se também pelo foco da pesquisa interessada, pois:

Ao pretender que a avaliação seja capaz de julgar o mérito e o valor das intervenções para auxiliar a tomada de decisão, espera-se que tais instâncias estejam aptas a utilizar os resultados dos estudos e a elaborar seus próprios

julgamentos, o que irá, certamente, contemplar outras lógicas intervenientes – profissional, econômica e democrática (FIGUEIRÓ et al. 2008, p. 48)

Portanto, além de gerar conhecimento, pretende-se que esta pesquisa tenha uma utilidade social e política de modo a contribuir para o aprimoramento da gestão da VE.

É nessa direção que adota-se duas definições guias que são orientadores do modelo de avaliação proposto. A primeira definição é o de Vigilância Epidemiológica, estabelecida pela Lei 8080/90 (BRASIL, 1990, p 2), como: “o conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção e a prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual ou coletiva, e tem como finalidade recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle de doenças ou agravos”.

A segunda definição, re-elaborado para este estudo, refere-se à capacidade de gestão descentralizada da vigilância epidemiológica, compreendida como a capacidade que tem um ator ou diversos atores para mobilizar os recursos disponíveis e ou buscar novos recursos, sejam recursos normativos, recursos materiais, recursos relacionais, recursos de informação e técnicos, bem como de recursos oriundos da posição que ocupam (poder) para negociar com outros atores, com vistas ao desenvolvimento de ações que impliquem na melhoria dos indicadores de saúde da população e na sustentabilidade dos resultados obtidos.

Verifica-se que a opção pelo conceito guia de Guimarães e outros (2002;2004), limitou a avaliação da capacidade de gestão da VE, na medida em que este é um conceito operacional, metodológico e construído para efeito de uma avaliação interessada. Considera-se como passível de controvérsia a convergência que esses autores fazem com o conceito de governo de Matus (1993), sendo necessário aprofundar a discussão conceitual sobre a gestão e a capacidade de gestão para aprimorar o modelo adotado.

4.2 LÓCUS DO ESTUDO

O estado da Bahia, localizado na Região Nordeste do Brasil, possui uma área de 564.692,669 km² e representa o quinto estado em extensão territorial. A população estimada em 2009 corresponde a 14.637.364 habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2009), sendo que o estado apresenta um aumento do contingente populacional de sessenta anos ou mais, em consequência da diminuição da taxa

de fecundidade, assim como em decorrência do aumento da esperança de vida ao nascer (BAHIA, 2009).

Dos 417 municípios, apenas dois (Salvador e Feira de Santana) possuem população acima de 500.000 habitantes. Na maioria dos municípios (90,8%) a população é inferior a 50.000 habitantes e nestes estão concentrados 51,0% da população do estado. Com relação ao porte populacional, os municípios estão assim estratificados: 10 municípios (2,4%) com até 5.000 habitantes, 66 municípios (15,8%) com população entre 5.001 e 10.000, 182 municípios (43,6%) com população entre 10.001 e 20.000, 121 municípios (29,0%) entre 20.001 e 50.000, 24 municípios (5,8%) entre 50.001 e 100.000, 12 municípios (2,9%) 100.001 e 500.000 e dois municípios (0,5%) com mais de 500.000 habitantes (BAHIA, 2004).

Portanto, 60% dos municípios do estado da Bahia possuem população com até 20.000 habitantes, o que, segundo definido no Plano Estadual de Saúde da Gestão 2007-2010:

Exige da organização político administrativa estadual maior efetividade na formação de uma rede de serviços de referência de média e alta complexidade, não só pela extensão territorial, como também pelas dificuldades que os municípios muito pequenos apresentam para desenvolver seus próprios sistemas de saúde, inclusive na atenção básica (BAHIA, 2009, p. 20).

O estado da Bahia foi habilitado na gestão plena do sistema estadual de saúde no ano de 2003. Segundo aponta o Plano Estadual de Saúde 2004 a 2007 (BAHIA, 2004), para o cumprimento das responsabilidades advindas dessa habilitação a secretaria estadual da Saúde desenvolveu ações para o fortalecimento da capacidade de gestão e da gestão descentralizada.

Foi desencadeado o processo de regionalização, previsto na NOAS/2001, e atualmente o estado da Bahia encontra-se subdividido em nove macrorregiões (Quadro 4) com diferentes condições de organização no campo da saúde e com distribuição irregular de serviços, sendo que é na macrorregião Leste que se apresenta uma maior concentração de serviços de saúde.

Quadro 4 - Distribuição das macrorregiões de estado da Bahia segundo número de municípios, número de municípios referência por macrorregião e microrregião, municípios em gestão plena e sede de Dires. Bahia, 2009

| Macrorregião | Número Municípios | Número municípios/ referência Macrorregião | Número municípios/ referência Microrregião | Número municípios/ Gestão Plena | Número municípios/ sede de Dires |
|--------------|-------------------|--|--|---------------------------------|----------------------------------|
| Centro Leste | 73 | 1 | 4 | 2 | 5 |
| Centro Norte | 38 | 1 | 2 | 1 | 2 |
| Extremo Sul | 21 | 1 | 2 | 6 | 2 |
| Leste | 48 | 1 | 4 | 12 | 4 |
| Nordeste | 33 | 1 | 2 | 2 | 2 |
| Norte | 27 | 1 | 3 | 2 | 3 |
| Oeste | 37 | 1 | 3 | 2 | 3 |
| Sudoeste | 73 | 1 | 4 | 3 | 6 |
| Sul | 67 | 1 | 4 | 3 | 4 |

Fonte: Plano Diretor de Regionalização da Bahia (BAHIA, 2008).

Destaca-se que a maior macrorregião é a Centro Leste, com setenta e três (73) municípios, sendo que um é município referência para a macrorregião e quatro municípios referência para a microrregião. A microrregião é constituída por módulos assistenciais, cujos municípios considerados como pólos devem dispor de serviços de média complexidade, necessários para referenciar e contra-referenciar os usuários nos diversos módulos assistenciais.

Considerando os objetivos, a extensão e o tipo da pesquisa, a metodologia está organizada em dois momentos: o primeiro, com enfoque quantitativo, e o segundo com enfoque qualitativo. Apesar de se apresentar didaticamente os dois momentos, cabe ressaltar que foi feita uma avaliação por triangulação de métodos, que consiste em entrelaçar várias estratégias de pesquisa visando apreender as dimensões qualitativas e quantitativas do objeto de estudo (MINAYO et al., 2005).

4.3 PRIMEIRO MOMENTO: A LINHA DE BASE AVALIATIVA COM ENFOQUE QUANTITATIVO

Para a construção da linha de base avaliativa, o campo de investigação são os municípios do estado da Bahia, numa amostra por *cluster*, sendo considerado como *cluster* primário as macrorregiões e como *cluster* secundário os municípios, tomando-se como referência o Plano Diretor de Regionalização. Este estabelece nove macrorregiões (conjunto de municípios que se localizam no raio de influência de uma ou mais cidades consideradas como centros polarizadores de serviços de alta complexidade), que são: Centro-Leste, Centro Norte, Extremo Sul, Leste, Nordeste, Norte, Oeste, Sudoeste, Sul. Assim, os municípios foram selecionados para a construção da linha de base avaliativa em função dos seguintes critérios:

Município referência macrorregional;

Município referência ou não de macrorregião e referência microrregional;

Município referência ou não de macrorregião, referência ou não de microrregional e sede da Diretoria Regional de Saúde (Dires);

Município referência ou não de macrorregião, referência ou não de microrregional e sede ou não de Dires e com a gestão plena do sistema de saúde.

Adotando-se esses critérios, o maior número de municípios ficou concentrado na macrorregião Leste, totalizando doze municípios. Como critério adicional para que todos os *clusters* tivessem o mesmo número de municípios, foram selecionados aqueles excluídos dos critérios anteriores e que obtiveram um percentual igual ou maior que 70% de encerramento oportuno nas investigações epidemiológicas no ano de 2007. Para esse último critério foi necessário realizar um sorteio, pois algumas macrorregiões ultrapassavam o número necessário de municípios para completar os *clusters*.

Por outro lado, mesmo com esse critério adicional, nas três macrorregiões (a Norte, a Oeste e a Nordeste) não se formou os doze municípios, sendo então incluídos aqueles municípios cujo percentual de encerramento oportuno nas investigações epidemiológicas se aproximou de 70%. Nessa situação foram acrescentados três municípios, um em cada *cluster*, sendo que um apresentava percentual de encerramento oportuno de 66,7% e dois municípios

com 60%. Portanto, a amostra inicial para a construção da linha de base avaliativa ficou em cento e oito (108) municípios.

4.3.1 Sujeitos da Pesquisa

Os atores foram estratificados em grupos de representação e selecionados intencionalmente de acordo com os objetivos da pesquisa. Assim, para construção da linha de base avaliativa foram selecionados os gestores da VE municipal, pois para esse momento pretende-se fazer uma avaliação primeira da capacidade de gestão da VE, para posterior aprofundamento, através do estudo de caso. Encaminhou-se um questionário *on line* para cento e oito (108) gestores da VE municipal, sendo que trinta e oito (38) gestores responderam.

4.3.2 Coleta de dados

Para a construção da linha de base avaliativa foi utilizado um questionário respondido via *on line* pelos gestores da VE dos municípios. Esse questionário foi formulado contemplando as dimensões do triângulo de governo proposto por Carlos Matus (1993) e re-traduzido por Guimarães e outros (2002) para avaliar a capacidade de gestão da VE. Sendo a pesquisa também do tipo interessada, participaram da revisão do questionário, através de uma oficina, gestores e trabalhadores da Diretoria de Vigilância Epidemiológica, quando foram acrescentados novos indicadores e modificados alguns dos formulados.

O questionário (Apêndice A) foi disponibilizado pelo sítio institucional da Divep, www.saude.ba.gov.br/entomologiabahia/dengue. Cada gestor da VE recebeu, através da Divep, uma senha que viabilizou o acesso ao questionário, garantindo dessa forma o sigilo das informações dadas pelos respondentes. Da mesma forma, em anexo, seguiu o termo de consentimento livre e esclarecido para o conhecimento dos respondentes quanto ao objetivo

da pesquisa, seus riscos e benefícios.

O questionário somente foi encaminhado depois de ter passado inicialmente por um teste, no qual um gestor de uma coordenação da vigilância epidemiológica municipal o respondeu via *on line*, o que permitiu ajustar algumas questões para que não houvesse inconsistência nas respostas. Nessa fase, três pesquisadores do Grupo de Pesquisa Gerir, vinculado à Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, participaram na revisão e ajuste do instrumento. O questionário foi digitalizado no sítio institucional da Divep, de forma que os informantes somente poderiam responder o mesmo mediante a concessão da sua autorização em participar da pesquisa, após leitura do termo de consentimento livre e esclarecido. Da mesma forma, para evitar inconsistência ou campo sem preenchimento, o respondente somente podia passar para a questão seguinte após ter respondido a questão anterior.

Cabe salientar que antes do questionário ser disponibilizado no sítio para todos os municípios selecionados, também se fez testes com a participação de dois técnicos da Divep, de uma pesquisadora do Grupo Gerir e dois gestores da VE, para verificar se havia dificuldade de retorno das respostas e para o armazenamento das mesmas.

Utilizou-se como estratégias, para informar aos gestores da vigilância epidemiológica quanto a pesquisa e a disponibilidade do questionário no sítio, o envio de ofícios assinados pela Diretora da Divep (Anexo A), ligações telefônicas para os gestores da VE municipal e informação durante eventos promovidos pela citada diretoria.

Para Silverman (2009) a internet tem sido um meio de comunicação importante para a investigação, desde que o acesso seja apropriado em termos éticos. Especificamente para este estudo, a internet permitiu, como afirma o autor, acabar com as distâncias físicas, criando um potencial para a cooperação e colaboração. Além disso, permitiu utilizar o tempo e as noções de espaço de maneira criativa, aumentando a execução da pesquisa, sobretudo em termos de coleta das informações.

Muito embora se constitua numa vantagem, neste estudo se identificou alguns entraves que dificultaram a coleta dos dados *on line*: a extensão do tempo de retorno dos questionários respondidos, que foi em média quatro meses; a extensão do questionário, com quarenta e duas perguntas; a não disponibilidade da opção de salvar as respostas à medida que os gestores fossem respondendo, de modo que pudessem recuperar em outra oportunidade o que foi escrito, caso não respondessem o questionário em um único momento, até considerando a sua extensão e a disponibilidade do gestor; a falta de informação para os gestores com relação ao número de perguntas existentes no instrumento e quanto ao tempo

mínimo que deveria durar ao iniciar o preenchimento do mesmo.

Atendendo às recomendações do Comitê de Ética em Pesquisa, que emitiu o parecer favorável a realização do estudo (Anexo B), foi resguardado o nome dos municípios. Após a conclusão da coleta de dados, e diante da análise das respostas, foi possível identificar, entre os diferentes municípios, aquele que apresenta uma melhor capacidade e outro com capacidade menos favorável de gestão da VE.

4.3.3 Plano de Indicadores

Adotando-se as idéias de Guimarães e outros (2004, p.1646) o indicador é entendido como:

Elemento que indica certa condição, característica, qualidade, atributo ou medida numérica que, ao registrar, compilar e analisar facilita que conceitos mais complexos se tornem mensuráveis. Nesse sentido, o Indicador sintetiza ou representa e/ou dá maior significado ao que se quer avaliar.

Portanto, entende-se que um indicador é como um sinalizador, que quando relacionado com os demais formam um padrão, o que permitem fazer uma primeira avaliação da capacidade de gestão da VE. Assim, para cada indicador construído foram propostos parâmetros, tendo como referência os conceitos orientadores deste estudo.

Nesse sentido, o plano de indicadores contempla as três dimensões da gestão, sendo constituído por descrição do indicador, parâmetros, fontes e meios de verificação e as respectivas premissas (Apêndice B). O plano de indicadores foi formulado para a construção da linha de base avaliativa, que foi extensiva aos 108 municípios, contemplando as variáveis relacionadas no quadro abaixo (Quadro 5).

Quadro 5 - Variáveis definidas para avaliação da capacidade de gestão segundo dimensão de análise

| DIMENSÃO | VARIÁVEIS |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • ORGANIZACIONAL | <ul style="list-style-type: none"> • Competências e habilidades do gestor • Processo decisório • Controle social • Mecanismos formais de comunicação entre a SMS e as unidades de saúde • Gestores que informam conhecer as metas contidas na PAVS e Pacto pela Vida • População cadastrada pela Estratégia Saúde da Família. |
| <ul style="list-style-type: none"> • OPERACIONAL | <ul style="list-style-type: none"> • Recursos operacionais • Gestão de pessoas • Mecanismos sistemáticos de educação permanente • Capacidade técnica para desenvolver as ações de VE • Monitoramento e avaliação do Sistema de Informação de Agravos Notificáveis (Sinan) • Descentralização das ações de VE para as Equipes de Saúde da Família (ESF) |
| <ul style="list-style-type: none"> • SUSTENTABILIDADE | <ul style="list-style-type: none"> • Construção de parcerias e alianças • Acompanhamento e avaliação dos |

| DIMENSÃO | VARIÁVEIS |
|----------|--|
| | <p>resultados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acesso aos serviços de saúde • Regularidade de suprimento • Formulação de planos e projetos • Receita aplicada para a saúde |

Como mencionado anteriormente, o material produzido foi re-elaborado, através de oficina de trabalho, junto aos gestores e técnicos da Divep. A referida oficina se constituiu em um momento de discussão importante pois, além de possibilitar a revisão de indicadores e acrescentar outros, permitiu a inserção dos gestores neste processo, criando-se a expectativa dos mesmos serem utilizados em avaliações futuras.

4.4 SEGUNDO MOMENTO: ANÁLISE DE CONTEXTO E ESTUDO DE CASO COM ENFOQUE QUALITATIVO

A análise de contexto buscou evidenciar as falas dos gestores da VE estadual, entendendo que esses sujeitos, através dos seus discursos, ações e julgamentos, participaram e participam do processo da descentralização da gestão da VE para os municípios, conseqüentemente são co-responsáveis na construção dos resultados.

O estudo de caso, uma das estratégias utilizadas nesta pesquisa, investigou a capacidade de gestão descentralizada da VE, um fenômeno contemporâneo dentro de diferentes contextos. Foram utilizadas várias fontes de evidências, com os dados convergindo em um formato de triângulo, o que foi facilitado pelo desenvolvimento de proposições teóricas definidas previamente para conduzir a coleta e análise de dados, como sugerido por Yin (1994).

Para Stake (2000), o que justifica realizar um estudo de caso é a singularidade ainda pouco explorada do fenômeno estudado. Por outro lado, Yin (1994) assevera que o estudo de caso possui como características básicas a análise de um fenômeno contemporâneo no seu contexto real e, portanto, complexo.

Ainda que Robert Stake (2000) e Yin (1994) apresentem algumas diferenças conceituais vinculadas aos paradigmas que assumem (construcionismo social para o primeiro e pós-positivismo para o segundo), eles concordam quanto a alguns aspectos essenciais para realização do estudo de caso, conforme assevera Alves-Mazzotti:

[...] típicas dos estudos de caso, percebemos que são bastante Ao compararmos o que dizem os dois autores sobre as características de questões semelhantes: questões sobre o como e o porquê se referem a relações complexas, sobre as quais o pesquisador tem pouco controle; são referidas a um dado contexto, portanto, situadas (ALVES-MAZZOTTI, 2006, p 645).

Concorda-se com os autores (YIN, 1994; STAKE, 2000) quando afirmam que o estudo de caso não deve ser uma escolha decorrente apenas do interesse do pesquisador. Neste estudo foram observados os aspectos considerados fundamentais para se utilizar essa estratégia de pesquisa: singularidade do caso; recorte do objeto de estudo e construção de um quadro teórico que permita aprofundar a análise do fenômeno. Por outro lado, apropriando-se das idéias de Gondim e outros (2005) o estudo de caso é desenhado para reunir evidências sobre a capacidade de gestão da VE nos municípios baianos, triangulando-se essas evidências e analisando-as sobre a maneira como esses fatores estariam associados e inter-relacionados no contexto de ocorrência de um dado fenômeno.

Segundo Miles; Huberman (1994) o caso é, com efeito, a unidade de análise. No entanto, asseveram que é necessário explicitar a amostragem que deve ser guiada pelas questões de investigação e pelo quadro conceitual. Para esses autores, na escolha do caso é importante analisar que tipo de base amostral dará confiança nas generalizações analíticas.

Portanto, a opção pelo estudo de caso múltiplo é considerada adequada para este estudo porque permitiu uma melhor compreensão ou mesmo melhor teorização sobre um conjunto maior de casos, de forma que possa ser replicada em outros contextos e caso seja reiteradamente confirmadas, que possam ser generalizadas em contextos similares.

Para o estudo de caso foram selecionados dois municípios: um cuja linha de base avaliativa apontou uma melhor capacidade de gestão da VE; outro cuja linha de base avaliativa apontou um resultado menos favorável na capacidade de gestão da VE.

4.4.1 Sujeitos da pesquisa

Para a construção da análise do contexto foram selecionados e entrevistados seis gestores da VE estadual, por entender que o processo de descentralização da VE para os municípios ocorreu com a intermediação da secretaria estadual da Saúde (Sesab), através da Diretoria de Vigilância Epidemiológica (Divep).

Para o estudo de caso, buscando aprofundar a avaliação da capacidade de gestão da VE, foram selecionados os gestores da secretaria municipal da Saúde: gestor máximo, coordenador de VE e coordenador da atenção básica; trabalhador da vigilância epidemiológica do âmbito central da SMS; trabalhador da unidade básica de saúde e representante dos usuários no conselho municipal de saúde. Foram entrevistados 11 sujeitos, pois em um município a coordenadora da VE acumulava a função de coordenadora da atenção básica.

4.4.2 Coleta de dados

Para a análise do contexto foram feitas entrevistas semi-estruturadas com os gestores da VE estadual. Para tanto, foi elaborado um roteiro (Apêndice C) que norteou as entrevistas, buscando responder aos objetivos e pressupostos do estudo. Após autorização dos depoentes, as entrevistas foram realizadas e gravadas na Divep, local de preferência dos mesmos, mediante marcação prévia do dia e horário, com uma duração em média de quarenta e cinco minutos.

Para o estudo de casos se utilizou de entrevista semi-estruturada (Apêndice D), que segundo Yin (1994); Stake (2000); Miles; Huberman (1994) se constitui numa importante estratégia de pesquisa para aprofundar o fenômeno estudado.

É necessário explicitar como dificuldade do trabalho de campo o agendamento de entrevistas com os sujeitos selecionados. Um dos motivos foi a mudança de gestores em um dos municípios caso; outra a disponibilidade dos gestores para participar como entrevistados; um dos municípios selecionados dista da capital mais de 500 Km e era preciso conciliar uma data que fosse conveniente para os entrevistados e que permitisse aos entrevistadores fazer

uma única viagem, muito embora, tendo que permanecer um tempo mais longo no município.

Importante destacar que dois entrevistados remarcaram o agendamento da entrevista, notadamente os gestores máximos dos municípios. Com o gestor de um município foi possível fazer a entrevista, o mesmo não acontecendo com o outro gestor que, iniciando a entrevista, optou por interromper em um dado momento com argumento que preferiria responder a entrevista por escrito. Foi encaminhado o roteiro da entrevista, atendendo a solicitação do gestor, porém não se obteve retorno, mesmo após vários contatos. Assim, foi considerada essa entrevista como concluída.

Vale destacar que as entrevistas foram agendadas à distância, contando com o apoio de uma série de pessoas que facilitaram o acesso aos sujeitos da pesquisa, pois o exíguo tempo disponível para a coleta de dados se constituiu num limite para realização de uma pesquisa dessa extensão e natureza.

As entrevistas ocorreram em dia e local de preferência dos entrevistados, na residência ou no seu ambiente de trabalho. A duração das entrevistas foi em média de cinquenta minutos, com algumas interrupções no momento da realização das mesmas, mas que não afetou o seu desenvolvimento.

Também foram analisados dados secundários complementares tais como: indicadores de avaliação da Programação da Atenção da Vigilância em Saúde (PAVS); resolução e portarias; o Diário Oficial do estado da Bahia no período de 1999 a 2001 e ata de reunião da Comissão Intergestora Bipartite para a análise do contexto. Para o estudo de caso foram analisados o Plano Municipal de Saúde, Relatório de Gestão Municipal, dados do Sistema de Informação de Agravos Notificáveis.

As entrevistas e os documentos foram coletados pela autora do estudo com a colaboração de quatro bolsistas que são estudantes da graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia e integrantes do Grupo de Pesquisa Gerir.

4.5 PLANO DE ANÁLISE

A avaliação da capacidade de gestão descentralizada da VE no estado da Bahia foi produzida a partir da triangulação de métodos, o que permitiu conjugar as abordagens

quantitativas e qualitativas. Dessa forma foi possível “compreender que dados subjetivos (significados, intencionalidade, interação, participação) e dados objetivos (indicadores, distribuição de frequências e outros) são inseparáveis e interdependentes” (MINAYO et al. 2005, p. 32). Portanto, a estratégia de triangulação adotado neste estudo envolveu a abordagem quantitativa na construção da linha de base avaliativa e a abordagem qualitativa, em que foi valorizada as praticas discursivas dos sujeitos tanto para a construção da análise do contexto, como para a análise dos casos.

Buscou-se através da avaliação por triangulação de métodos, além da interação objetiva e subjetiva no processo, incluir os atores não apenas como objetos de análise, mas como sujeitos de auto-avaliação, se constituindo numa possibilidade de romper com a dicotomia entre quantitativo e qualitativo, entre macro e micro, entre interior e exterior, entre sujeito e objeto (MINAYO et al. 2005).

Portanto, no primeiro momento, ao entrevistar os gestores da VE estadual buscou-se construir uma linha de narrativa de modo a evidenciar atitudes e comportamentos que, junto à análise de documentos, permitiu reunir informações importantes quanto ao processo que desencadeou a descentralização da gestão da VE. Posteriormente foram coletadas e analisadas informações quantitativas através do questionário enviado para os gestores da VE municipal, permitindo uma primeira avaliação da capacidade de gestão da VE por macrorregião (*cluster*), segundo as dimensões da gestão: organizacional, operacional e da sustentabilidade e selecionar os municípios para os estudos de casos. Finalmente, através dos estudos de casos estabeleceu-se um processo interpretativo, que contemplou ao mesmo tempo a integração e a distinção entre os achados encontrados na abordagem quantitativa e qualitativa, de modo a analisar porque os municípios possuem graus diferenciados de capacidade de gestão da VE.

Entendendo-se a avaliação por triangulação de métodos como o desenvolvimento de um trabalho dialético e que dialoga com os contrários e a distinção entre eles, compreendendo e explicando o objeto em suas múltiplas dimensões (MINAYO, 2006), é que se considera esse tipo de avaliação como adequada para esta pesquisa.

4.5.1 Linha de base avaliativa: abordagem quantitativa

Para a análise dos indicadores quantitativos foi construído o índice global padronizado, que resultou da combinação (média aritmética) dos escores padronizados do índice 0 (obtido através de dados secundários) e do índice 1 (resultante dos indicadores definidos para cada dimensão da capacidade de gestão da VE, isto é, a dimensão operacional, organizacional e da sustentabilidade).

O índice 1 foi gerado mediante a proporção das respostas afirmativas dadas pelos gestores a cada uma das dimensões (Apêndice B) . Posteriormente, os indicadores foram padronizados, em z escore, para ficar na mesma escala do índice 0, que foi gerado pela combinação de alguns indicadores de saúde dos municípios (Apêndice E). Desta forma, para cada município foi atribuído um escore médio padronizado para a dimensão organizacional, operacional, sustentabilidade e para os indicadores de saúde. Portanto, o índice 1 padronizado corresponde à média aritmética dos três indicadores e do índice 0 .

O índice global, foi categorizado através dos quartis, resultando quatro categorias definidas como muito ruim, ruim, regular e boa. De posse desta classificação selecionou-se os dois municípios para o estudo de caso, dos quais não será revelado o nome, atendendo as recomendações do Comitê de Ética e Pesquisa.

Esta mesma categorização foi também aplicada ao índice 0, a fim de agrupar os municípios nas distintas categorias (muito ruim, ruim, regular e boa).

Criação dos índices

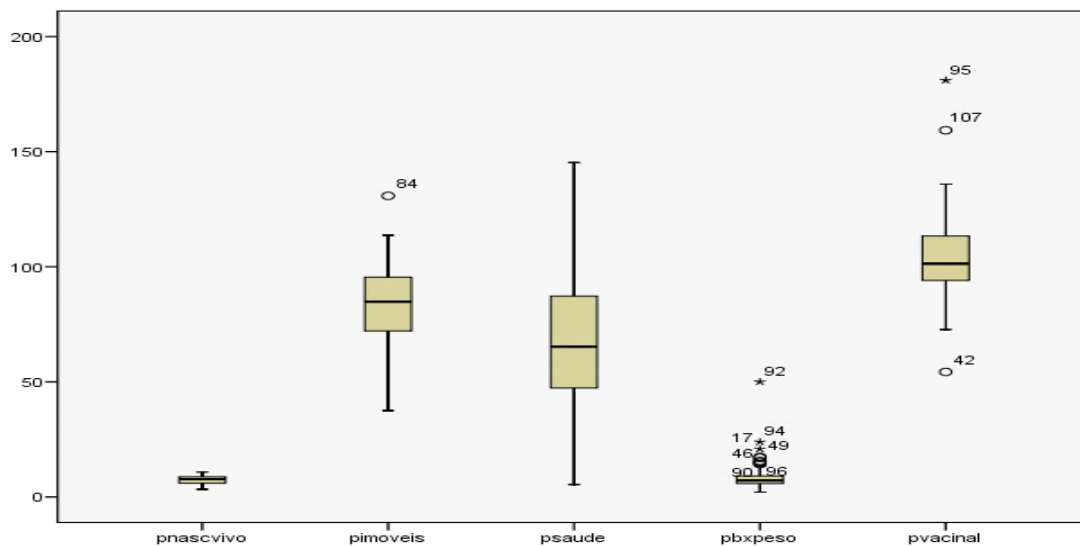
Apresenta-se abaixo a sintaxe utilizada no SPSSwin para a estimativa dos índices, que foram construídos com base nos dados secundários levantados para os municípios amostrados e não amostrados. O índice 0 representa o índice gerado a partir dos dados secundários e índice 1 representa o índice geral (a combinação do índice 0 com os indicadores da dimensão organizacional, operacional e da sustentabilidade). Ambos os índices foram gerados mediante padronização em z-escores, resultantes da aplicação da media aritmética.

índice0=MEAN(Zpop,Zpnascvivo,Zpimoveis,Zpsaude,Zpbxpeso,Zpvacinal,Zpdnc,Zpvactriplíce,Zpreceita,Zsinam,Zphandeniases,Zpobcausas,Zpcura_tub).

Índice1 = MEAN(Zpop,Zpnascvivo,Zpimoveis,Zpsaude,Zpbxpeso,,Zpvacinal,Zpdnc,Zpvactriplíce,Zsinam,Zphandeniases,Zpobcausas,Zpcura_tub,ZORGANIZACIONAL,ZOPERACIONAL,ZSUSTENTABILIDADE).

As figuras abaixo são a representação de algumas variáveis selecionadas do índice 0. Na figura 1 observa-se a apresentação do Box-plot (diagrama de caixa). Este gráfico permite comparar o valor mediano (traço que divide a caixa retangular ao meio) entre os indicadores estudados, além de mostrar a assimetria, que ocorre quando uma das caudas é mais longa que a outra. Observa-se também, mediante o Box-plot, a variabilidade, que é dada pelo comprimento da caixa, ou seja, quanto maior o retângulo em comprimento, maior é a dispersão dos dados (observa-se que o índice 0 possui maior variabilidade), permite estudar e identificar os valores *outliers* (valores discrepantes ou dados atípicos) que são os pontos além das caudas.

Figura 1 - Variáveis do índice 0



Na figura 2 estão os mesmos indicadores anteriores representados pelo gráfico Box-plot, porém padronizados mediante a transformação em z-escore.

Figura 2 - Variáveis padronizadas do índice0



Comparando-se a figura 1 com a figura 2 observa-se que, por exemplo, a magnitude da proporção de nascidos vivos tem uma distribuição com magnitude da ordem das dezenas, que se apresentou achatada no primeiro gráfico (Figura1). No entanto com a padronização (Figura 2), remove-se o efeito da escala das variáveis (variáveis com escalas diferentes), permitindo a comparação, sem distorção, entre os indicadores. Além disso, com a padronização se reduziu a variabilidade dos dados deixando a distribuição dos dados dos indicadores mais simétrica.

Comparação entre os municípios amostrados e não-amostrados

As perdas em relação à amostra dos municípios inicialmente estabelecida ($n=108$) foram assumidas como aleatórias, após a avaliação de que não ocorreram diferenças estatisticamente significantes entre o grupo dos municípios que responderam ao questionário, denominados municípios amostrados ($n_1=38$), e o grupo de municípios que não responderam ($n_2=70$), denominados municípios não amostrados, quando se comparou o índice global padronizado, definido com base nos dados secundários bem como nos seus componentes individualmente (Tabela 2).

Tabela 2 - Medidas descritivas dos itens estudados para o índice 0

| Grupo | Itens | N | Mínimo | Máximo | Média | Desvio-padrão |
|-----------------------|--------------|----------|---------------|---------------|--------------|----------------------|
| Amostrados | Numero | 38 | 21 | 73 | 43,97 | 18,721 |
| | Pop | 38 | 5711 | 2988058 | 137795,82 | 485378,724 |
| | Pnascvivo | 35 | 4,1 | 10,8 | 7,337 | 2,0249 |
| | Pimoveis | 38 | 38 | 114 | 82,73 | 16,218 |
| | Psaude | 35 | 5,4 | 125 | 64,26 | 29,2362 |
| | Pbxpeso | 32 | 2,1 | 23,9 | 8,212 | 4,3357 |
| | Pvacinal | 35 | 82,6 | 181 | 108,66 | 20,6085 |
| | Pdnc | 37 | 0 | 100 | 67,592 | 22,8664 |
| | Pvactriplíce | 35 | 81,9 | 163,5 | 108,24 | 19,9721 |
| | Preceita | 21 | 7 | 27 | 17,91 | 4,133 |
| | Sinan | 38 | 0 | 100 | 43,16 | 41,247 |
| | Phandeniases | 32 | 43,8 | 100 | 81,156 | 16,8042 |
| | Pobcausas | 38 | 60,6 | 100 | 84,568 | 10,2118 |
| | Pcura_tub | 27 | 12 | 100 | 62,16 | 31,154 |
| Não amostrados | Numero | 70 | 21 | 73 | 47,61 | 19,084 |
| | Pop | 70 | 6455 | 318904 | 47910,47 | 59985,681 |
| | Pnascvivo | 67 | 2,3 | 10,6 | 7,051 | 1,9818 |
| | Pimoveis | 69 | 41 | 131 | 84,33 | 18,041 |
| | Psaude | 64 | 7 | 145,3 | 68,861 | 28,4118 |
| | Pbxpeso | 60 | 2,4 | 50 | 8,93 | 7,8619 |
| | Pvacinal | 67 | 54,3 | 133,9 | 101,14 | 14,9354 |
| | Pdnc | 70 | 0 | 100 | 73,03 | 22,5503 |
| | Pvactriplíce | 67 | 76,2 | 136,4 | 104,673 | 14,8562 |
| | Preceita | 30 | 3 | 24 | 17,49 | 4,004 |
| | Sinan | 70 | 0 | 100 | 45,99 | 39,575 |
| | Phandeniases | 53 | 33,3 | 100 | 82,611 | 20,0401 |
| | Pobcausas | 69 | 39,1 | 100 | 78,071 | 16,1118 |
| | Pcura_tub | 45 | 9 | 100 | 62,25 | 31,241 |

P- valor $\leq 0,05$

Verifica-se que não houve diferença estatisticamente significativa ($p \leq 0,05$) das variáveis estudadas entres os municípios amostrados e não amostrados. Dessa forma pode-se assumir que o não retorno de todos os questionários não comprometeu a seleção de municípios casos.

4.5.2 Análise de contexto e estudo de caso com enfoque qualitativo

Para a análise do contexto buscou-se a produção dos sentidos a partir das práticas discursivas dos entrevistados. Segundo Spink; Medrado (1999) as práticas discursivas têm como elementos constitutivos os enunciados orientados por vozes; as formas e os conteúdos. Re-traduzindo Bakhtin (1994), Spink; Medrado (1999, p. 46) referem que os enunciados são “expressões (palavras e sentenças) articuladas em ações situadas, que associados à noção de vozes, adquirem seu caráter social”.

Spink; Medrado (1999, p 46), utilizando-se das idéias de Bakhtin (1994), afirmam que a linguagem é por definição uma prática social e que a compreensão dos sentidos é um confronto entre diversas vozes.

Além disso, um enunciado não surge, magicamente, do nada. Ele constitui uma unidade de comunicação, um dos elos de uma corrente de outros enunciados, complexamente organizados. Em outras palavras, ao produzir um enunciado, o falante utiliza um sistema de linguagem e de enunciações preexistentes, posicionando-se em relação a ele (SPINK; MEDRADO, 1999, p. 47).

A produção dos sentidos ocorre em três tempos históricos: a construção social dos conteúdos culturais ao longo do tempo; as linguagens sociais que se aprende no tempo vivido e os processos dialógicos do tempo curto, sendo processada no contexto da ação social. Deste modo admite-se que o conhecimento não é algo que se possui, e sim algo que se constrói (SPINK; MEDRADO, 1999).

Nas práticas discursivas, as categorias constituem importantes estratégias linguísticas para organizar, classificar e dar sentido ao mundo, e cujas especificidades estão vinculadas ao contexto que as produzem (SPINK; MENEGON, 1999).

Adotando-se as idéias de Spink e Lima (1999, p. 117) foram construídas linhas narrativas que são consideradas apropriadas para esquematizar conteúdos históricos. Como a história nem sempre é contada de forma linear, as linhas narrativas, para esses autores, “constituem esforços de compreensão pautados numa perspectiva temporal que nem sempre faz justiça à construção argumentativa”. Admitem, diante dessa assertiva, que se faz necessária a utilização de múltiplas técnicas de análise que se interpenetrem e se complementam.

Para os casos selecionados, após resultados da linha de base avaliativa, foi utilizada a abordagem qualitativa, através da técnica de entrevista semi-estruturada com os gestores da secretaria municipal da saúde; da coordenação de VE e da atenção básica; trabalhadores da vigilância epidemiológica do âmbito central da SMS; trabalhadores da VE nas unidades básicas de saúde e membro do conselho municipal de saúde (representante dos usuários). Deste modo aprofunda-se a avaliação da capacidade de gestão descentralizada da VE, correlacionando os indicadores selecionados com as unidades de análises extraídas nas entrevistas.

Na análise das entrevistas utilizou-se do mapa de associações de idéias, que se inicia pela definição das categorias gerais, de natureza temática. Após esta definição, organizam-se os conteúdos a partir dessas categorias, procurando preservar as sequências das falas; o diálogo foi mantido intacto, sem fragmentação, sendo apenas deslocado para as colunas previamente definidas em função dos objetivos desta pesquisa (SPINK; LIMA, 1999).

Através dos mapas de associação de idéias sistematiza-se o processo de análise das práticas discursivas, que para Spink e Lima (1999) constituem-se em instrumentos cujo objetivo é fornecer subsídios ao processo de interpretação e facilitar a comunicação dos passos subjacentes ao processo interpretativo.

Com base nas idéias de Spink e Lima (1999) foram adotados os seguintes passos:

Transcrição das entrevistas, sendo digitadas no processador de textos tipo Word for Windows.

Leitura exaustiva das entrevistas.

Construção dos quadros com as categorias pré-definidas.

Transferência do conteúdo do texto para as colunas correspondentes, respeitando a sequência do diálogo.

4.6 PRINCÍPIOS ÉTICOS DA PESQUISA

A coleta de dados teve início somente após aprovação do projeto pelo Conselho de Ética (Anexo B) recomendado pelo Conselho Nacional de Pesquisa (Conep). Após concordância do entrevistado em participar da pesquisa, foi solicitada a assinatura em duas

vias do termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice F), conforme preconiza a Resolução 196/96, que considera pesquisa em seres humanos aquela que “[...] individual ou coletivamente envolva o ser humano, de forma direta ou indireta em sua totalidade ou partes dele, incluindo o manejo de informações ou materiais” (BRASIL, 1996, p.5).

Foi assegurado para a análise do contexto e do estudo de caso o anonimato do entrevistado, utilizando-se códigos na transcrição e divulgação da sua fala, buscando respeitar a sua integridade intelectual, social e cultural. Neste sentido, a identificação dos gestores na análise de contexto foi definida de forma aleatória, utilizando-se os códigos: GE 1, GE 2, GE 3, GE 4, GE 5, GE 6. Para o estudo de caso, na identificação dos gestores, se utilizou as denominações: gestor máximo; gestor da vigilância epidemiológica; gestor da atenção básica; trabalhador do âmbito central da VE, trabalhador da unidade de saúde da família; conselheiro. Da mesma forma, na construção da linha de base avaliativa não foram mencionados os nomes dos municípios, buscando manter o anonimato dos respondentes.

Dentre as principais contribuições dessa pesquisa, destacam-se a construção de uma linha de base avaliativa sobre a gestão descentralizada da VE, um protocolo de indicadores com respectivo plano de análise para uso dos gestores do SUS estadual e municipais, um modelo de avaliação da capacidade de gestão descentralizada adaptada para a gestão de VE. Os sujeitos da pesquisa puderam se beneficiar com a oportunidade de refletir sobre a gestão da VE, assim como podem utilizar os resultados da pesquisa para implementar a vigilância epidemiológica, área de atuação estratégica para consolidação do Sistema Único de Saúde.

5 RECONSTITUINDO A HISTÓRIA DA DESCENTRALIZAÇÃO DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA NO ESTADO DA BAHIA

A história da descentralização da Vigilância Epidemiológica está inserida no contexto da própria descentralização da saúde no País, que prevê redistribuição de poder decisório e de responsabilidades entre as esferas de governo (União, estados e municípios).

Portanto, reconstituir a história da descentralização da vigilância epidemiológica na Bahia, tomando como base os discursos dos gestores da Divep e os documentos que enfocam essa temática é um grande desafio, pois implica em observar a dimensão cronológica, que se refere à narrativa como uma sequência de episódios, e a dimensão não-cronológica, que configura o enredo em que as pequenas histórias dentro de uma história maior adquirem sentido na narrativa (JAVCHELOVITCH; BAUER, 2008).

Concorda-se com Javchelovitch e Bauer (2008) quando afirmam que compreender uma narrativa não é apenas seguir a ordem cronológica dos fatos, como também reconhecer sua dimensão não-cronológica, expressas pelas funções e sentidos do enredo, ou como asseveram Spink e Medrado (1999) implica em buscar a produção dos sentidos a partir das práticas discursivas.

As linhas narrativas que se seguem retratam, na perspectiva dos atores da pesquisa, os fatos marcantes da descentralização da vigilância epidemiológica na Bahia. A análise do contexto da descentralização da gestão da VE, tomando como base as falas dos gestores da secretaria estadual da Saúde e os documentos referentes ao processo de descentralização da VE, é importante para a análise da capacidade de gestão da VE nos municípios do estado da Bahia, pois como afirmam Bossert (1996), Arretche e Marques (2007) o desempenho e ações dos governos locais encontram-se diretamente relacionadas ao desenho institucional da esfera central, ou seja, à forma e a extensão em que as decisões locais são reguladas pelo governo central.

As Leis Orgânicas da Saúde n. 8080/90 e n. 8142/90 definiram as competências das três esferas de governo, grande parte delas concorrentes, gerando uma série de ambiguidades e indefinições. Outros instrumentos jurídico-normativos foram editados com objetivo de impulsionar a descentralização da saúde. Como exemplo cita-se:

Norma Operacional Básica 01/93, que estabelece como uma das diretrizes para

o processo de construção do SUS, a regionalização com base nas peculiaridades geográficas, epidemiológicas, organizacionais etc. Algumas características diferem essa NOB das suas antecessoras (NOB 01/91 e NOB 01/92), que priorizavam fundamentalmente o financiamento dirigido para a assistência ambulatorial e hospitalar, perpetuando a lógica da assistência médica. Assim a NOB 01/93 regulamenta não apenas o financiamento, mas o processo de descentralização da gestão do SUS com a introdução de elementos que deve caracterizar o processo de descentralização, como: redistribuição de poder, negociação e pactuação, redefinição de papéis entre as três esferas de governo, transparência no processo decisório e controle social. É também na NOB 01/93 que fica definida as condições de gestão para os municípios (incipiente, parcial e semiplena) e para os estados (parcial e semiplena), considerando-se os diferentes estágios que se encontravam os municípios e os estados com relação à descentralização.

Norma Operacional Básica 01/96 (NOB 01/96) que define os instrumentos de planejamento, como Plano de Saúde, Relatório de Gestão e a Programação Pactuada Integrada (PPI). Com a NOB 01/96 é redefinida as condições de gestão, sendo que para os municípios passa a ser: plena da atenção básica e plena do sistema e para os estados: avançada do sistema e plena do sistema. No que concerne ao financiamento estabelece três blocos: assistência ambulatorial e hospitalar, vigilância sanitária e epidemiologia e controle das doenças.

NOAS-SUS 01/2001 que apesar de enfatizar o planejamento como condição essencial para a constituição de redes regionais de saúde, introduzindo a concepção de módulos assistenciais e regionalização, priorizou a assistência, em detrimento das ações de vigilância sanitária e epidemiológica.

Para Guimarães (2000) foram produzidos na década de 1990 um grande número de dispositivos legais, leis, decretos, portarias e normas para regulamentar o Programa de Habilitação dos municípios e gestores do SUS. Porém, apesar de importantes, esses mecanismos foram superestimados como se fossem suficientes para regular a complexidade dos aspectos que envolvem o fenômeno da descentralização.

Cohn (2001) chama a atenção para o processo de formulação da NOB 96, pautado pela regulamentação detalhada das transferências de recursos da esfera central para as demais esferas de governo, o mesmo não acontecendo com a definição clara e explícita das funções de cada esfera governamental, e menos ainda no que se refere à regulação de possibilidades de cooperação horizontal.

Vale destacar que após a publicação do Pacto de Gestão no ano de 2006, implementado mediante adesão dos municípios, estados e União através da assinatura do Termo de Compromisso de Gestão (TCG), que, renovado anualmente substitui os processos anteriores de habilitação e estabelece metas e compromissos de cada esfera de governo, as transferências de recursos também foram modificadas, passando para seis blocos de financiamento: Atenção Básica, Média e Alta Complexidade da Assistência, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica e Gestão do SUS.

De acordo com essa modalidade de transferência, os municípios têm uma autonomia diminuta quanto à utilização dos recursos. Concorde-se com Oliveira (2007) quando afirma que o sistema de saúde é descentralizado, dado que a execução das ações é feita pela esfera local de governo, mas contém elementos de re-centralização, visto que o poder decisório dos municípios é diminuído uma vez que devem seguir as regras definidas pelo governo central. Nessa direção, a criação dos blocos de financiamento:

Ao invés de dar maior flexibilidade à aplicação dos recursos por parte dos gestores locais, criou limitações, na medida em que o uso dos recursos federais para o custeio fica restrito a cada bloco, só podendo ser aplicados nas finalidades previstas dentro de cada um dos blocos. Assim, se antes a única restrição efetivamente estabelecida era a de não ser possível aplicar recursos da atenção básica em ações e serviços de média e alta complexidade, agora o financiamento ficou efetivamente “amarrado” dentro de cada bloco, ampliando em muito as restrições à utilização dos recursos federais pela gestão local. Ao invés de integrar as várias formas de repasses de recursos financeiros, o que se alcançou foi uma limitação no âmbito da aplicação destes recursos (SOLLA, 2007, p. 344).

Por outro lado, as mudanças organizacionais ocorridas no sistema de saúde brasileiro colocam os municípios como principais atores na execução das políticas públicas de saúde e retiraram das secretarias estaduais da Saúde (SES) o papel de prestadoras dos serviços de saúde.

O período foi caracterizado pela indefinição de muitas secretarias em relação ao seu novo papel e suas atribuições. O que evidenciou, em muitas delas, uma crise de governabilidade em decorrência da sua baixa capacidade institucional. [...] Foi na década de 1990 que os estados ampliaram sua capacidade de intervenção, estabelecendo-se como atores na condução da política estadual e da regionalização da saúde (BRASIL, 2007, p. 25).

Com o processo de descentralização minimizava-se a dependência histórica dos municípios com as outras esferas de governo, conferindo-lhes autonomia na gestão, o que implicava em transferência de poder, o que gerava relações de conflitos, não somente entre a esfera estadual e federal, mas no interior do próprio SUS municipal.

Concorda-se com Guimarães (2000, p. 361) quando assevera que:

[...] o esforço regulatório, principalmente da parte da esfera federal para operacionalização das transferências de recursos previstas pela descentralização entre as unidades de governo da Federação, não é suficiente para minimizar os conflitos próprios da descentralização, principalmente em estados federais que são também, por natureza, geradores de conflito entre suas unidades constituintes. Além disso, estes dispositivos normativos também não eliminam interesses no processo de decisão sobre a distribuição de recursos entre as unidades de governo, mesmo porque a descentralização promove autonomia das instancias sub-nacionais para que estas atuem segundo seus interesses e necessidades.

No que diz respeito à descentralização da gestão da VE para os municípios, o estado da Bahia apresenta algumas peculiaridades que são retratadas nas falas dos entrevistados e nos documentos analisados.

Para o Gestor 1 (GE 1), conforme apresentado na linha narrativa, a descentralização das ações de imunização foi o marco para o início da descentralização da vigilância epidemiológica no estado da Bahia. Neste momento começou a se implantar as salas de vacina nos municípios, colocando-se à disposição das secretarias municipais da Saúde os trabalhadores que atuavam nos serviços de imunização, bem como delegando a responsabilidade do gerenciamento das salas de vacina, fato este também retratado no discurso de Gestor 5 (GE 5). A esse respeito, no livro Programa Nacional de Imunizações – Bahia: 25 anos de história (ROCHA et al. 1999) são registradas as principais atividades desenvolvidas no estado no período de 1959 a 1998. Pode-se verificar que neste período as atividades ficaram centralizadas na SES, com algumas iniciativas de descentralização das ações de imunização para as Dires, conforme descrito a seguir.

No ano de 1974 foi implantada a multivacinação nas Diretorias Regionais e nos centros de saúde. Os centros de saúde ficavam sob a gestão da SES, que disponibilizava toda estrutura física, equipamentos, materiais e trabalhadores. Em 1975 a SES realizou treinamento com as equipes das Dires para atender a Lei n. 6.259 de 30 de outubro de 1975, que regulamentou as normas referentes à notificação compulsória de doenças e ao desenvolvimento das ações do Programa Nacional de Imunizações (PNI), sendo implantada a notificação compulsória no ano seguinte.

Somente em 1991 é registrado um processo ampliado de capacitação, envolvendo mais de dois mil (2.000) trabalhadores de nível médio e universitário. Ainda nesse ano alguns municípios são homenageados pela Unicef e Ibam por alcançarem coberturas na vacinação de rotina igual ou superior a 80%.

A história documentada, somada à experiência da autora como trabalhadora na SES, permite afirmar que as ações de imunização para os municípios foram desconcentrando-se, mas o poder decisório continuava concentrado no âmbito estadual, o que permite afirmar que não se tratava de descentralização e sim numa desconcentração de atividades. Isto pode ser evidenciado a partir de algumas inferências:

A SES conduzia o PNI, através das Dires, que capacitavam os trabalhadores para assumirem as chamadas salas de vacina. Esses trabalhadores eram vinculados à SES, os quais adquiriam cada vez mais competência técnica para trabalhar na imunização;

A interlocução entre estado e município referida pelos gestores 1 e 5 era facilitada porque os trabalhadores dos serviços de imunização apesar de estarem atuando nos municípios possuíam vínculo empregatício com a SES. Logo, os funcionários se reportavam muito mais aos técnicos das Dires do que às enfermeiras das secretarias municipais da saúde.

Os responsáveis pela condução das campanhas de vacinação e da vacinação de rotina nos municípios eram as enfermeiras contratadas pela SES.

A linha narrativa sobre a descentralização da Vigilância Epidemiológica para o gestor 1

| | | |
|--|---|--|
| <p>O marco foi a descentralização das ações de imunização</p> <p>que é bem anterior a toda a legislação que veio bem depois, a partir do ano 2000</p> <p>essa interlocução da vigilância com o município, ela se fez primeiro através disso</p> <p>quando a gente começou a implantar as salas de vacina dentro das unidades municipais.</p> | <p>Não havia descentralização de recurso para o nível municipal.</p> <p>A legislação só veio nortear a descentralização com base na criação dos fundos.</p> <p>Repasse de recursos fundo a fundo a partir das NOB</p> <p>mesmo assim, com as NOB isso ficou no papel. Em 1993, 1996 e essa nova que foi regulamentada no estado em 1998.</p> <p>A gente já tinha uma articulação mais próxima com o município em relação a gestão do serviço de vigilância.</p> <p>já tinha criado estrutura mínima de vigilância municipal, mas ainda assim não havia repasse de recursos financeiros.</p> | <p>A portaria 1399, que é de dezembro de 1999, define a forma de repasse de recursos e os critérios para repasse de recursos</p> <p>essa portaria ministerial é que decidiu com base em que a gente começaria a certificar os municípios</p> <p>Esse processo, aqui no estado da Bahia, ele se fez de uma maneira bem intensa no ano 2000, a partir de julho do ano 2000</p> <p>a gente passou ainda seis meses em negociação com a Funasa por conta de um contingente grande de servidores que passaram da Funasa para o estado e o equipamento todo</p> <p>o estado da Bahia foi certificado para assumir a gestão do sistema de vigilância</p> <p>passou a receber recurso fundo a fundo</p> <p>o grande boom da certificação eu diria que aconteceu no ano 2000 a 2001</p> <p>isso era feito com base em análise de documentação, foi definido um elenco de ações que foram classificadas em níveis de complexidade em baixa, média e alta complexidade.</p> |
|--|---|--|

No entanto, conforme a narrativa do GE 1, a descentralização da VE antecede a Portaria n. 1339 publicada no ano de 1999, do ministério da Saúde, a qual define competências na área de vigilância e controle das doenças, segundo as esferas de governo, e define a forma de financiamento, conforme apresentada nos quadros de análise de documentos referentes a descentralização da Vigilância Epidemiológica (Quadros de 6 a 9). Vale destacar que o período selecionado para análise dos documentos foi em decorrência dos discursos dos entrevistados, que destacaram os anos de 1999 a 2001 como o período em que se intensificou o processo de descentralização da VE no Estado.

Quadro 6 - Análise dos documentos referentes à descentralização da Vigilância Epidemiológica no período de 1999 a 2001

| TIPO DE DOCUMENTO /ANO | AUTOR INSTITUCIONAL | TEMA CENTRAL (O QUE?) | COMO? | POR QUE/PARA QUE? |
|--|---------------------|---|---|---|
| Portaria n. 1.399 , de 15 de dezembro de 1999 | Funasa | Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, estados, municípios e Distrito Federal, na área de epidemiologia e controle de doenças; define a sistemática de financiamento. | Define competências da União, Distrito Federal, estados e municípios; mecanismos de programação e acompanhamento; condições para a certificação dos estados, municípios e Distrito Federal; disposição dos trabalhadores da Funasa para as secretarias estaduais e municipais da Saúde. | Mecanismo de indução criado pelo MS para desencadear a descentralização da Vigilância Epidemiológica no País. |

Segundo a maioria dos entrevistados, a Portaria 1399/99, do ministério da Saúde, se constituiu no principal mecanismo indutor para que os municípios assumissem as ações de vigilância epidemiológica, uma vez que regulamentou a NOB 01/96 quanto às competências de cada esfera de governo e definiu a sistemática de financiamento.

Isto de certa forma atraiu os gestores municipais para a assinatura dos termos de compromisso, na medida em que receberiam um aporte adicional de recursos financeiros, mesmo que esta adesão significasse confirmar que dispunham de toda a estrutura preconizada nas Resoluções CIB-BA de 2000 e 2001, as quais definem equipe, estrutura e elenco mínimo de ações para a certificação dos municípios (Quadro 7).

Quadro 7 - Análise dos documentos referentes à descentralização da Vigilância Epidemiológica no período de 1999 a 2001

| TIPO DE DOCUMENTO /ANO | AUTOR INSTITUCIONAL | TEMA CENTRAL (O QUE?) | COMO? | POR QUE/PARA QUE? |
|---|---------------------|---|--|---|
| Ata da reunião da Comissão Intergestora Bipartite – CIB/BA em 20/03/2000 | CIB/BA | Discute, entre outros temas, a descentralização das ações de epidemiologia e controle de doenças. | Reunião em que foi apresentada a proposta de composição mínima para a equipe, estrutura e elenco de ações para a área de epidemiologia e controle das doenças. | Os critérios estabelecidos foram aprovados por unanimidade, tendo como desdobramento a edição da Resolução n. 018/2000. |
| Resolução n. 018/2000 – Diário Oficial de 25 de março de 2000 | CIB/BA | Aprova equipe mínima, estrutura mínima e elenco de ações para a certificação dos municípios e elaboração da PPI – ECD | Define equipe mínima municipal segundo o porte populacional; estrutura mínima quanto a equipamentos e definição de número de veículos; elenco mínimo de ações de vigilância (ações básicas). | Mecanismo criado pela secretaria estadual da Saúde para que os municípios assinassem os termos de compromisso para obter a certificação nas ações de VE e garantia de repasse de recurso. Ou seja, os municípios para receber no mínimo 60% dos recursos deveriam assumir na certificação o elenco de ações básicas; assumindo as ações especiais poderia receber adicionalmente de 10 a 20% e os 20% |

| TIPO DE DOCUMENTO /ANO | AUTOR INSTITUCIONAL | TEMA CENTRAL (O QUE?) | COMO? | POR QUE/PARA QUE? |
|---------------------------|---------------------|---|---|---|
| | | | | restantes caberia ao estado. |
| Resolução 027/2001 | n. CIB/BA | Aprova com mudanças a republicação da Resolução 018/2000. | As mudanças referem-se à definição de algumas ações, que na Portaria anterior não ficou bem definida e acrescentou a condição de Gestão para a definição das ações de competência dos municípios. | O município na Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada deve assumir todo o elenco de ações básicas previstas na Resolução. Para aqueles na Gestão Plena do Sistema Municipal, estes deveriam assumir as ações básicas e todas as ações especiais. |

Na prática, em alguns municípios, apesar dos gestores assinarem o termo de compromisso assegurando possuir uma estrutura mínima para desenvolver as ações de VE isso não acontecia, como afirma o discurso do Gestor 3 (GE 3).

A linha narrativa sobre a descentralização da Vigilância Epidemiológica para o gestor 3

| | | |
|--|---|--|
| <p>Essa descentralização ocorreu de forma a atender uma necessidade de que o município, a partir da municipalização, ele tivesse respondendo pelas ações de VE.</p> <p>Nesse momento os municípios deveriam ter uma estrutura mínima para atender a essas necessidades, equipe mínima, equipamento mínimo.</p> | <p>Apesar de que na proposta muitos municípios tivessem que entrar nesse processo.</p> <p>Na prática houve alguma dificuldade para isso acontecer.</p> <p>Quando a gente passa para esses municípios a gente percebe que o município dizia ter aquela estrutura para poder ocorrer esse processo. No entanto, quando a gente chegou encontrou municípios que tem apenas um profissional respondendo pela VE.</p> <p>A estrutura mínima que deveria ter, muitas vezes ela não está assegurada.</p> | <p>Apesar desse processo já ter ocorrido há algum tempo atrás em 1998, essa dificuldade ainda existe (se refere à estrutura da VE).</p> <p>A responsável pela vigilância é uma pessoa que as vezes está trabalhando na unidade e é responsável pela VE, pela vigilância sanitária.</p> <p>É uma utopia dizer que ele ta fazendo VE.</p> <p>Ainda hoje enfrenta dificuldade nesse ponto, talvez pela falta de compromisso ou sensibilidade dos gestores de perceber a necessidade, a importância dessas ações de VE para o município.</p> |
|--|---|--|

No discurso do GE3 chama a atenção o início da sua fala quando refere “essa descentralização” como um fato distante ao seu processo de trabalho.

As entrevistas e a análise dos documentos indicam que a CIB/BA, como afirma Guimarães (2000), assim como ocorreu no processo de habilitação dos municípios para uma das formas de gestão prescritas na NOB/96, funcionava basicamente como espaço para implementação do processo de certificação, através da conferência dos requisitos/documentos apresentados pelos municípios para habilitar-se a gestores da VE em seus territórios.

Apesar do discurso do GE3 apontar para um acordo com os municípios na implantação do processo de descentralização, percebe-se o modo centralizado que assumiu o processo de descentralização da VE, na medida em que foi direcionada através de portarias e resoluções, com definição de um elenco de atividades de forma homogênea, não observando as especificidades locais. O critério para o município assumir ações básicas e especiais da VE se pautava na forma de gestão em que se encontrava, definida segundo a NOB/96. Portanto, o município habilitado na Gestão Plena da Atenção Básica deveria assumir todas as ações

básicas e aqueles habilitados na Gestão Plena do Sistema Municipal deveriam assumir além das ações básicas, todas as ações especiais previstas na Resolução CIB/BA 027/2001.

O GE3 afirma que o processo de implantação da descentralização da VE para os municípios foi permeado por dificuldades, na medida em que os municípios assinavam os termos de compromissos informando possuir toda a estrutura definida pela Resolução n. 27/2001, quando a realidade era outra, posto que faltavam veículos, estrutura física adequada e profissionais, particularmente de nível superior.

Na direção das análises apresentadas por Guimarães (2000, p. 328)

Esta condução normativa do processo de descentralização tem gerado controvérsias e vem sendo assimilada de forma distinta pelas esferas de governo [...] aspectos de inegável importância para a organização da gestão local de saúde, vem sendo considerados, por muitos representantes municipais, como exigências excessivas por parte dos níveis federal e estadual e operacionalizados de forma mecânica pela grande maioria do executivo municipal [...].

Portanto, o fato marcante do processo de descentralização da VE para os municípios, para o GE3, recai na falta de uma estrutura mínima por parte dos municípios, a qual compromete a capacidade de gestão da VE, visto que, até o momento atual, profissionais têm dificuldades para desenvolver as ações pela sobrecarga de funções e pela incipiente condição de trabalho. A partir do discurso do GE3 é possível perceber que em alguns municípios os trabalhadores dividem as suas atividades entre VE, Vigilância Sanitária e unidade de saúde, o que compromete o desempenho em todas essas atividades. Observa-se assim, que a capacidade de intervenção dos trabalhadores de saúde, seja pela quantidade, seja pela qualificação técnica, pode ficar comprometida diante da complexidade das ações desse campo de conhecimento.

Concorda-se com Solla (2007, p. 341) quando assevera:

Um grave problema é a inexistência de medidas efetivas para superar impasses frente ao não cumprimento de responsabilidades de gestão. Mesmo as resoluções das comissões intergestoras e dos conselhos de saúde são traduzidas em portarias das respectivas esferas de governo, não tendo força jurídica para a cobrança efetiva de seu cumprimento. A desabilitação de entes federados ou suspensão de repasses financeiros são medidas ineficientes, já que penalizam mais a própria população do que os respectivos gestores.

O GE3 finaliza o seu discurso afirmando que as dificuldades encontradas podem estar relacionadas ao compromisso e o entendimento dos gestores quanto a importância da VE. Essa narrativa corrobora com o estudo realizado por Santos (2006); Santos e outros

(2010), quando os atores que participaram desta pesquisa concebem a VE como ação focada no controle das doenças transmissíveis e como poder de policia médica e, episodicamente, como uma vigilância que acompanhe os risco e danos da saúde da população. Observa-se também que alguns determinantes contextuais na implantação da descentralização da VE para a Equipe Saúde da Família, a exemplo do planejamento e dos processos de educação permanente, refletem práticas centralizadas e pontuais e que não promovem compartilhamento de poder no processo decisório.

Baseando-se nesse discurso é possível afirmar que, como a descentralização não foi formulada e executada com a participação dos municípios, esse processo representou para os mesmos uma desconcentração de atividades e mais um dispositivo para os gestores municipais receberem um aporte adicional de recurso.

Retomando ao discurso do GE1, pode-se afirmar que, mesmo com as Normas Operacionais Básicas (NOB), editadas desde o ano de 1991, a descentralização da VE na Bahia somente toma impulso a partir do ano 2000. Sobre esse aspecto, Carvalho (2001) aponta que o governo brasileiro buscou operar através das NOB, o que já estava estabelecido nas Leis Orgânicas de Saúde, o que conferiu um caráter burocrático e vertical ao processo de implantação da descentralização da gestão da VE para os municípios, na medida em que os estados e municípios assumem as ações por mecanismos de indução do governo federal.

Pensa-se que não basta apenas regulamentar a descentralização da gestão da VE, é preciso compreensão do gestor quanto à prioridade que deve ser dada a essa área, pois historicamente a maior alocação de recursos é destinada para as atividades assistenciais, com ênfase na clinica, na medida em que, apropriando-se das palavras de Westphal (2006) o SUS concentra-se nos serviços de atenção à doença, privilegiando a utilização de tecnologias médicas, proporcionando uma expansão da indústria farmacêutica e seus produtos, reforçando a abordagem individual e engessando a epidemiologia que se constitui numa área eixo da saúde coletiva. Concorda-se com essa autora quando afirma que a prática sanitária atual é direcionada pelo paradigma hegemônico, que valoriza a doença e o consumo dos meios diagnósticos e de tratamento. Nessa direção, Santos (2007, p. 431) assevera que:

o mesmo tempo em que se constata impressionante produtividade das ações de saúde promovendo inclusão social mesmo sob baixíssimo financiamento, convive-se com o desafio do “assistenciocentrismo”, dos atos evitáveis e desnecessários, da prática de aceitar a média complexidade como porta de entrada, da medicalização e do modelo da oferta.

Portanto, ainda tomando como empréstimo as palavras desse autor depreende-se que os desafios são muitos maiores do que os arranjos administrativos que foram se incorporando ao processo de descentralização da gestão da VE.

Outro fato marcante para GE 1 foi o processo intenso de negociação entre a SES e a Funasa, quanto a locação dos trabalhadores e dos equipamentos, sendo este processo ratificado em Diário Oficial do Estado, conforme apresentado no quadro 8. Com o processo de descentralização da VE, o estado da Bahia passa a receber recursos fundo a fundo, bem como recebe os trabalhadores, mobiliários e veículos da Funasa.

Quadro 8 - Documentos referentes à descentralização da Vigilância Epidemiológica no período de 1999 a 2001

| TIPO DE DOCUMENTO /ANO | AUTOR INSTITUCIONAL | TEMA CENTRAL (O QUE?) | COMO? | POR QUE / PARA QUE? |
|---|---------------------|--|---|--|
| Diário Oficial do Estado n. 17 de outubro de 2000 | Governo de Estado | A Sesab incorpora trabalhadores de vigilância do quadro de servidores da Funasa. | Cerca de 3 mil inspetores sanitários da Funasa são lotados na Sesab, assim como o orçamento de R\$ 2 milhões destinados à Bahia e que a Fundação aplicava naquelas ações. | As ações relativas à vigilância epidemiológica executadas pela Funasa na Bahia passam a ser de responsabilidade da Sesab, que prosseguirá com a política de descentralização da VE para os municípios. |

Com esse processo de negociação, que durou aproximadamente seis meses, a descentralização da gestão da VE, mediante certificação dos municípios, aconteceu entre 2001 e 2002. Como sinalizado anteriormente, para certificação dos municípios, a Comissão Intergestora Bipartite institui a Resolução n. 018/2001 que define a estrutura mínima e as ações conforme grau de complexidade (básicas e especiais), estabelecidas em função da forma

de gestão em que o município estava habilitado. No ano de 2002 é re-editada a Resolução n. 018/2001, redefinindo algumas ações com base na condição da gestão municipal (Resolução n. 027/2001).

Esta Resolução n. 027/2001 estabelece que o sistema local de saúde, com base na sua condição de gestão, assume o seguinte elenco de ações:

Municípios habilitados na Gestão Plena da Atenção Básica teriam que desenvolver todas as ações básicas: notificação, investigação epidemiológica, busca ativa, imunização, coleta de material e envio de amostra para confirmação de casos de doenças de notificação compulsória; exame bacteriológico e de turbidez da água para consumo humano; pesquisa de triatomíneos; identificação e eliminação de criadouros do *Aedes aegypti*; vigilância de pontos estratégicos para a dengue; tratamento focal e aplicação de inseticida residual em pontos estratégicos; vigilância e controle da população animal, que inclui coleta de sangue canino para diagnóstico do calazar, imunização de cães e gatos; monitoramento das doenças diarreicas agudas e óbito infantil; educação em saúde e divulgação; alimentação e manutenção dos sistemas de informação; análise da situação de saúde e supervisão local.

Municípios habilitados na Gestão Plena do Sistema Municipal deveriam assumir além das ações básicas, todas as ações especiais: realização de exames coprocópicos para controle da esquistossomose e outras helmintoses; classificação e exames de triatomíneos; borrifação em domicílios para controle de triatomíneos e flebotomíneos; captura e apreensão de cães errantes; eutanásia de cães com diagnóstico de calazar e raiva; investigação de óbito materno.

Notadamente, o discurso do Gestor 1 corrobora com alguns destaques que são dados no Diário Oficial do Estado, quando afirma que foi um processo em que se buscou promover encontros entre os prefeitos, secretários e gestores da Sesab. No Diário Oficial do Estado (DOE) de 19 de abril de 2000 (Quadro 9), o secretário da Saúde do estado aponta a descentralização dos serviços de saúde como uma estratégia que beneficiaria sobretudo a população mais carente. Nos diários oficiais que se seguem é enfatizado, tanto no que concerne a descentralização, como na formação da rede microrregional da assistência para a saúde, que a população carente seria a mais beneficiada. Ao avaliar de forma global o que se encontra escrito nos DOE, observa-se que é explicitada uma representação de um SUS cujo

atendimento é voltado prioritariamente para os segmentos mais pobres e excluídos da sociedade.

A esse respeito é importante destacar que com a precarização dos serviços de saúde oferecidos a população, observa-se uma universalização excludente (MENDES, 2005; ASSIS, 1998), tendo em vista que as camadas com maior poder aquisitivo da sociedade buscam os serviços de saúde privado. Por outro lado, mesmo com a ampliação da atenção básica, os serviços oferecidos e a resolutividade desses não são suficientes para que a atenção básica se constitua na principal porta de entrada do sistema.

Quadro 9 - Documentos referentes à descentralização da Vigilância Epidemiológica no período de 1999 a 2001

| TIPO DE DOCUMENTO /ANO | AUTOR INSTITUCIONAL | TEMA CENTRAL (O QUE?) | COMO? | POR QUE/PARA QUE? |
|--|---------------------|---|--|---|
| Diário Oficial do Estado n. 17 512/29 de 04 de outubro de 2000 | Governo de Estado | de Oficina sobre descentralização das Ações de Vigilância Epidemiológica. | Encontro promovido para diretores e responsáveis pela Vigilância Epidemiológica das Dires e técnicos da Funasa. | Com o objetivo de definir estratégias operacionais para o processo de descentralização das ações de epidemiologia e controle das doenças na Bahia. |
| Diário Oficial do Estado n. 17 376/19 de abril de 2000 | Governo de Estado | de O processo de descentralização é enfatizado por secretário. | A descentralização dos serviços de saúde para os municípios é afirmada pelo secretário da Saúde, José Maria de Magalhães Neto, como uma estratégia que desburocratiza e permite soluções mais oportunas e mais rápida em benefício do povo, sobretudo dos mais carentes. | Durante a solenidade de reinaguração do Hospital do município de São Gonçalo dos Campos, o secretário afirma que o papel do estado é estimular nos municípios as atividades básicas da saúde, cujo desafio principal é a promoção e |

| TIPO DE DOCUMENTO /ANO | AUTOR INSTITUCIONAL | TEMA CENTRAL (O QUE?) | COMO? | POR QUE/PARA QUE? |
|---|---------------------|---|---|--|
| | | | | prevenção, para reduzir a hospitalização. |
| Diário Oficial do Estado n. 17 482/29 de agosto de 2000 | Governo do Estado | de Rede microrregional de assistência à saúde, para beneficiar diretamente a população carente. | A rede funcionaria em mutirão no município que conta com uma infra-estrutura mais adequada. Também atenderia à população de outras localidades da mesma região, cujos serviços de saúde são limitados à atenção básica, segundo explica a superintendente de Regulação e Atenção da Saúde da Sesab, Sonia Aziz. | A rede Microrregional terá como base a pactuação entre os municípios e objetiva a ampliação da atenção básica. |

O discurso de Gestor 2 revela que o mesmo não destaca fatos que marcaram o início do processo da descentralização da VE no estado da Bahia, ou seja, não consegue situar a descentralização da VE em uma linha histórica. Na sua narrativa afirma que o pouco tempo em que trabalha na SES não lhe permite situar historicamente a descentralização. Isso pode sinalizar que as pessoas que ocupam cargos não conhecem o contexto que direciona o seu trabalho, ora porque não existe uma preocupação dos outros gestores em situar aqueles que estão chegando, ora porque, para aquele ator, o entendimento de como se processou a descentralização da VE não é significativo para o seu trabalho.

O GE2 situa o seu discurso na posição que assume na gestão do SUS no momento presente, colocando-se favorável à descentralização da VE na medida em que considera a descentralização da gestão como um facilitador na condução do processo do SUS, mesmo não explicitando que processo é esse. O referido gestor concentra a sua fala na descentralização de recursos para a supervisão dos municípios, atribuição esta das Dires. Esse fato, considerado marcante para o gestor, reflete-se no modo como é concebida a descentralização da Vigilância Epidemiológica, que se traduz em desconcentração de atividades, com as Dires assumindo o

papel de supervisionar as ações desenvolvidas pelos municípios, que na prática é uma ação muito mais fiscalizadora e baseada no cumprimento de metas.

A linha narrativa sobre a descentralização da Vigilância Epidemiológica para o gestor 2

| | | |
|--|--|---|
| <p>Na verdade nós estamos a pouco tempo na vigilância. A gente poderia falar sobre o presente momento. No meu entender a descentralização da gestão no município é um facilitador.</p> | <p>Condução do processo que o SUS estabelece, (dado) que as ações de saúde é municipalizada. No momento presente a gente observa que fica fácil para a vigilância e os gestores, se quiserem, cada um proceder sua boa atuação para o bem estar da coletividade.</p> | <p>Cabe realmente ao prefeito e ao secretário municipal de saúde atuarem juntos à comunidade, para que essa vigilância epidemiológica funcione perfeitamente. A Divep, através de suas diretorias regionais, são 31 no estado da Bahia. Ela financia algumas ações com recursos da certificação para as Dires atuarem na supervisão dos municípios.</p> |
|--|--|---|

O gestor 4 situa a descentralização da VE na Bahia, em relação a alguns estados do País, como a mais atrasada, apesar de utilizar uma linguagem verbal não explícita. Essa narrativa guarda coerência com achados do estudo de Guimarães (2000) quando afirma que na Bahia a descentralização da saúde foi uma das mais atrasadas em relação a outros estados, em decorrência da hegemonia política do grupo liderado por Antonio Carlos Magalhães (ACM), que adotava uma linha política centralizada e autoritária (denominada carlismo), portanto na contramão de descentralização. O secretário da Saúde daquela época, José Maria de Magalhães Neto, por sua vez, conforme apresentado em alguns dos diários oficiais aqui relacionados (Quadro 9), enfatizava nos seus discursos que a descentralização beneficiaria uma população carente, o que se traduzia na realização de mutirões e ampliação da rede hospitalar nos municípios, que funcionava muito mais como uma ação político-eleitoral para manter a hegemonia do grupo político carlista.

Portanto, a Portaria n. 1.399, editada pelo MS, foi o mecanismo que induziu o estado a descentralizar a VE para os municípios, pois até então essas ações eram de execução das Dires. Para a política centralizadora, característica daquela época, a descentralização representava perda de poder, tanto nos macro espaços como nos micro espaços, a exemplo do que ocorreu com as Dires, que deixaram de ser executoras das ações de VE e passaram a se

responsabilizar pelo acompanhamento e monitoramento, muito embora, naquele momento, faltava preparo técnico para que os trabalhadores assumissem essa nova função, tendo em vista que ao longo dos anos, a SES possuía não somente o papel de gestora, mas de executora das ações.

A linha narrativa sobre a descentralização da Vigilância Epidemiológica para o gestor 4

| | | |
|--|---|---|
| <p>Essa discussão de descentralização, ela já era bastante antiga.</p> <p>Em alguns estados do País ela já havia se iniciado de uma forma bastante satisfatória.</p> <p>Mas aqui no estado da Bahia, a descentralização, ela ocorre de uma forma mais concreta a partir da publicação da portaria 1.399.</p> | <p>A portaria 1.399, do ministério da Saúde que descentraliza as ações de vigilância.</p> <p>Foi o marco, o pontapé para as ações de vigilância a partir da publicação dessa portaria.</p> <p>Até então a execução era por conta do estado, utilizando as regionais como braço do estado, executando as ações de vigilância para os 417 municípios.</p> | <p>Foi todo um movimento, primeiro de conversa com os secretários municipais da saúde, mostrando qual era a proposta.</p> <p>Final de 1999, logo após a publicação da portaria e início do ano 2000 algumas oficinas com as equipes técnicas para discutir de que forma esse trabalho (se refere como deveria desencadear o processo de descentralização da gestão da VE).</p> <p>Discutimos com os secretários municipais de Saúde qual era a proposta de descentralização, quais eram as competências e de que forma eles passariam a trabalhar a partir daí.</p> |
|--|---|---|

O Gestor 5 destaca como fato marcante para a descentralização o Programa Nacional de Imunização, que desde a década de 1980 assumia como foco para sua execução os municípios. No entanto, somente na década de 1990 é que se inicia a descentralização da VE, que para esse gestor ocorreu de forma incipiente pelo despreparo da equipe e porque alguns municípios não aderiram a esse processo. Diante dessa afirmação surge uma indagação: como poderiam os municípios ser competentes para desenvolver as ações de Vigilância Epidemiológica, que historicamente eram de competência do estado.

Para o GE 5, apesar da existência do arcabouço legal, era necessário um investimento

em capacitações para que a equipe local realizasse as ações. Mesmo se mostrando favorável à descentralização, o discurso apresenta certo paradoxo, pois de um lado indica apoio ao processo de descentralização, ao mesmo tempo em que sempre reforça o acompanhamento e gerenciamento das ações pelo estado, principalmente nas ações de imunização.

A linha narrativa sobre a descentralização da Vigilância Epidemiológica para o gestor 5

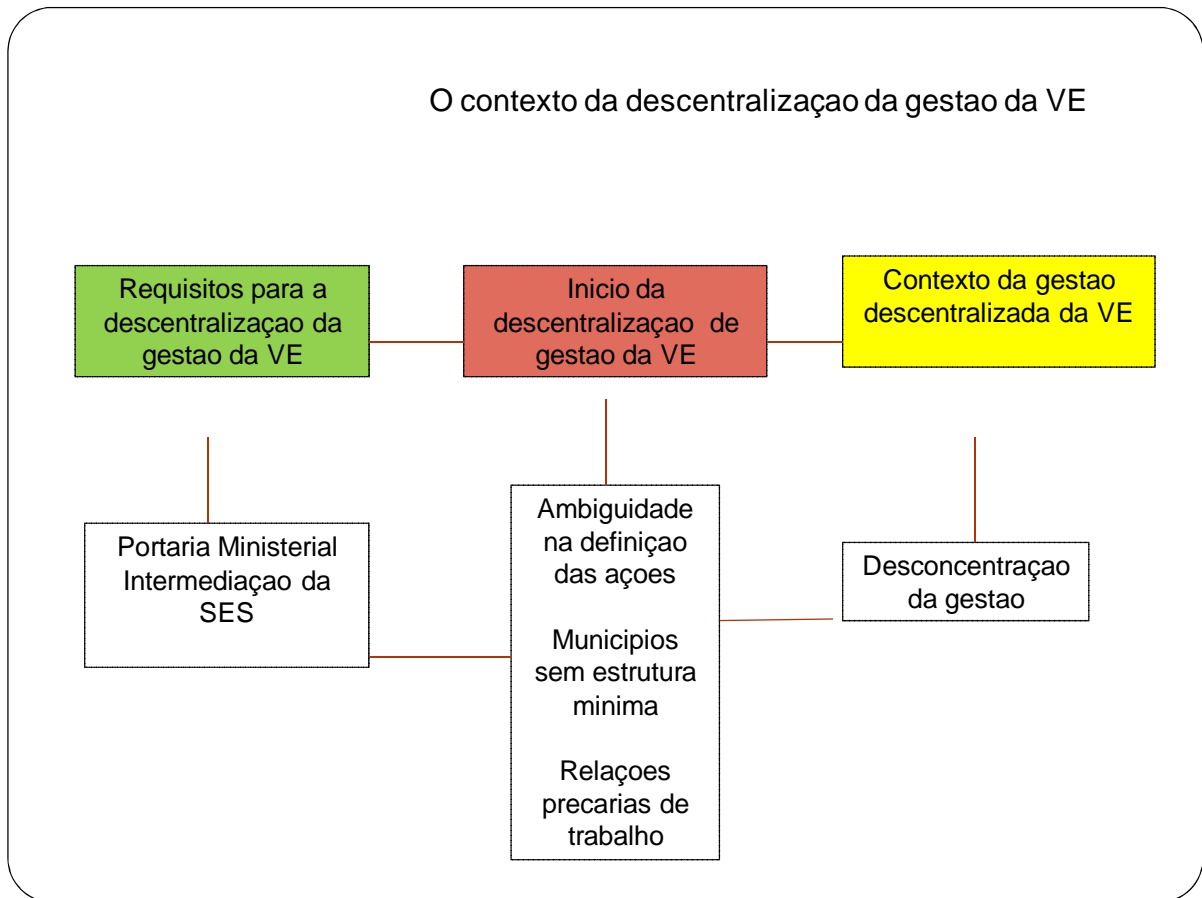
| | | |
|---|---|---|
| <p>A descentralização da VE, aí também entrando o programa de imunização como um todo ele chega já na década de 90.</p> <p>Todo um trabalho voltado para reforçar todos os municípios do estado da Bahia.</p> <p>Essa descentralização é que ocorreu de forma incipiente, inicialmente porque nem todas, através das regionais, nem todos os municípios abraçaram e tiveram competência.</p> <p>A gente estava já saindo de um momento onde os municípios não executavam.</p> <p>Essa ação era (assumida) pelo próprio Estado.</p> <p>Até porque a estruturação na época o contexto era diferenciado em relação a recursos humanos.</p> | <p>Discutindo também o SUS nesse componente da descentralização.</p> <p>Estava na verdade com suporte jurídico de todas as NOAS.</p> <p>Um arcabouço jurídico que dava sustentação.</p> | <p>Com o programa de imunização é um pouquinho diferente.</p> <p>Operacionalizada dentro do município mas com o próprio acompanhamento do estado, mais direto do estado, com o gerenciamento do estado.</p> <p>Predominando essa questão da capacitação e o acompanhamento também das equipes que desenvolve essas ações de imunização.</p> <p>A imunização que antecede toda a parte de, um momento político da descentralização das ações no SUS, porque ele trabalha (refere-se ao estado) desde a década de 80 já com esse foco voltado para os municípios.</p> |
|---|---|---|

Por fim, o Gestor 6 constrói a sua linha de narrativa a partir do serviço que gerencia, voltado para investigação de eventos inusitados ou de importância para a Saúde Pública, o que revela que a VE é também um serviço de inteligência, no momento em que busca identificar mudanças nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva. Conforme observado na linha narrativa abaixo, o desenvolvimento ou não das ações nos municípios é definido pelo compromisso individual do técnico responsável, e não institucional. Isso acontece por conta da não sistematização do processo de descentralização e da forma como o gestor municipal concebe a VE, fato este também considerado marcante para o Gestor 3. Diante do discurso do Gestor 6, é possível inferir que a falta de um projeto político de município que defina a Gestão da VE como uma prioridade se traduz em ações pontuais e que não reflete mudança de modelo de atenção.

A linha narrativa sobre a descentralização da Vigilância Epidemiológica para o gestor 6

| | | |
|--|--|--|
| <p>Com relação a isso (refere-se à investigação de eventos importantes para a saúde pública) houve um processo até significativo quando você fala na sinalização das ações para os municípios.</p> <p>Agora feito muito em cima de pessoas, e não da instituição.</p> <p>Se aquelas pessoas forem transferidas de local o serviço cai.</p> | <p>A descentralização ocorre de uma forma não sistematizada.</p> <p>Não há uma visualização disso por parte do gestor.</p> <p>Fica mais a cargo das pessoas um comprometimento individual e pessoal.</p> | <p>Se aquela pessoa não está presente.</p> <p>As coisas não andam como deveriam ser.</p> |
|--|--|--|

A figura abaixo representa esquematicamente o contexto da descentralização da gestão da VE, mediante análise dos discursos e dos documentos, em que revela que a descentralização da gestão da VE para os municípios se constituiu muito mais numa formalização legal, mediante publicação de normas e portarias, do que numa vontade política dos gestores municipais.



Em outras palavras, apesar da autonomia gerencial e financeira que os municípios adquiriram para desenvolver as ações de VE, não se pode negar que a deficiência de recursos, não somente materiais, de estrutura física, equipamentos e de trabalhadores com qualificação técnica constrange essa autonomia no processo de tomada de decisão. Portanto, mesmo diante do arcabouço legal em que foi respaldado o processo de descentralização da gestão da VE, verifica-se que o compartilhamento do processo decisório, definido através de aspectos normativos, não acontece de fato, pois essa é uma ação sobretudo política.

A convergência dos discursos dos gestores traduz um processo vertical de descentralização da VE no estado da Bahia, muito embora alguns discursos apontem para o compartilhamento das decisões. Evidencia-se, portanto, o predomínio das políticas verticais que sempre marcaram as políticas públicas no Brasil no processo de descentralização da gestão da VE.

6 LINHA DE BASE AVALIATIVA DA CAPACIDADE DE GESTÃO DESCENTRALIZADA DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

A linha de base avaliativa expressa em que medida um programa ou uma intervenção, dentro de um determinado contexto, atingiu os objetivos inicialmente propostos. Neste capítulo, será sistematizada a discussão da capacidade de gestão da vigilância epidemiológica no estado da Bahia, mediante análise dos dados obtidos através dos questionários respondidos *on line* pelos gestores da VE municipal e dos dados secundários.

Vale destacar que o questionário foi encaminhado para 108 municípios (municípios selecionados) do estado da Bahia, obtendo-se resposta de 38 gestores da VE municipal, correspondendo a 35,2% do total da amostra selecionada inicialmente (Figura 3).

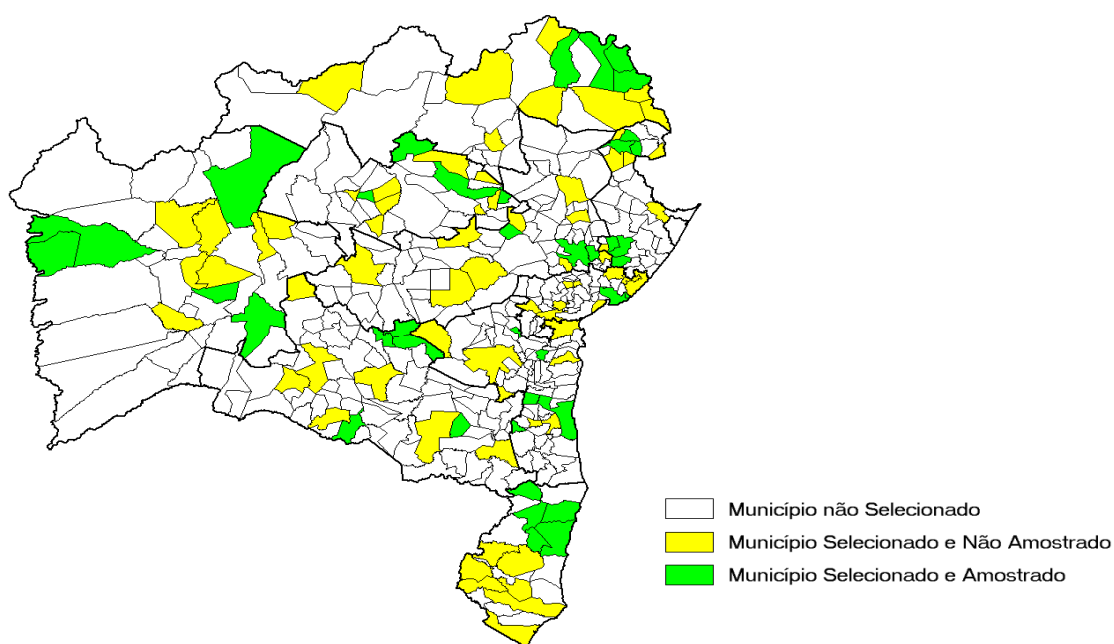


Figura 3 - Mapa do estado da Bahia com a distribuição dos municípios selecionados e amostrados na linha de base avaliativa. Bahia, 2010

Muito embora a seleção inicial tenha sido de doze municípios por macrorregião, o maior número de municípios amostrados concentrou-se na macrorregião Nordeste. Notadamente, nas macrorregiões Centro-Leste e Leste, aquelas que possuem os municípios mais populosos, obteve-se um menor retorno do questionário respondido. No entanto, a capital do estado, inserida na macrorregião Leste, bem como o segundo maior município do

estado, que integra a macrorregião Centro-Leste, estão entre os municípios amostrados.

Vale destacar que quase 60% dos municípios do estado da Bahia tem até 20.000 habitantes. Além de municípios extremamente pequenos, do ponto de vista populacional, a Bahia apresenta uma tendência crescente da taxa de urbanização e um percentual considerável de pessoas residindo na zona rural. Por outro lado, observam-se grandes disparidades sociais em indicadores de acesso a serviços essenciais, educação e renda (BAHIA, 2009).

A maior população concentra-se na macrorregião Leste, a qual se encontra subdividida em quatro microrregiões e possui 2.107.245 habitantes, sendo que 63% dos municípios possuem população inferior a 20.000 habitantes. É nesta macrorregião que se situa a capital do estado, município com a maior população, como também concentra alguns municípios da Região Metropolitana de Salvador, assim denominada por incorporar dez municípios distintos em termos de área, população e condição socioeconômica, porém com a sua integração e intercomplementariedade compõe o maior pólo industrial do estado.

As disparidades sociais identificadas na Bahia refletem-se nos indicadores de saúde. Os problemas do estado de saúde da população evidenciam a manutenção e ou ressurgimento de doenças como a dengue, tuberculose, hanseníase, DST/Sida ao lado da emergência de outros problemas a exemplo das doenças cardiovasculares, violência e dos transtornos mentais e elevação das doenças crônico degenerativas (BAHIA, 2009). É esse quadro complexo e desigual que desafia a capacidade de gestão da VE pelos municípios baianos.

Neste aspecto, conforme apresentado no quadro 10, observa-se que 50% dos municípios apresentam uma capacidade de gestão da VE entre muito ruim e ruim, contra 26,3% dos municípios que apresentam uma capacidade de gestão da VE regular e 23,7% dos municípios que configuram uma boa capacidade de gestão de VE.

Quadro 10 – Avaliação geral da capacidade de gestão da Vigilância Epidemiológica por macrorregião do estado da Bahia. Bahia, 2009

| | | Índice1 categorizado pelo quartil | | | | Total |
|-------------------------------|---|---------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|--------------------|-------|
| | | Muito ruim (- 0,53 a - 0,2276) | Ruim (- 0,2277 a - 0,059) | Regular -0,006 a 0,189) | Bom (> = +0,19) | |
| Macrorregião | | | | | | |
| Macrorregião 1 (Centro Leste) | N | 1 | 0 | 0 | 1 | 2 |
| | % | 50,0 | 0 | 0 | 50,0 | 100 |
| Macrorregião 2 (Centro Norte) | N | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 |
| | % | 25,0 | 25,0 | 25,0 | 25,0 | 100 |
| Macrorregião 3 (Extremo Sul) | N | 1 | 2 | 2 | 0 | 5 |
| | % | 20,0 | 40,0 | 40 | 0 | 100 |
| Macrorregião 4 (Leste) | N | 0 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| | % | 0 | 0 | 33,3 | 66,7 | 100 |
| Macrorregião 5 (Nordeste) | N | 2 | 3 | 0 | 1 | 6 |
| | % | 33,3 | 50,0 | 0 | 16,7 | 100 |
| Macrorregião 6 (Norte) | N | 0 | 2 | 1 | 1 | 4 |
| | % | 0 | 50,0 | 25,0 | 25,0 | 100 |
| Macrorregião 7 (Oeste) | N | 2 | 0 | 3 | 0 | 5 |
| | % | 40,0 | 0 | 60,0 | 0 | 100 |
| Macrorregião 8 (Sudoeste) | N | 1 | 0 | 2 | 2 | 5 |
| | % | 20,0 | 0 | 40,0 | 40,0 | 100 |
| Macrorregião 9 (Sul) | N | 1 | 2 | 0 | 1 | 4 |
| | % | 25,0 | 50,0 | 0 | 25,0 | 100 |
| Total | N | 9 | 10 | 10 | 9 | 38 |
| | % | 23,7 | 26,3 | 26,3 | 23,7 | 100 |

Quando se avalia as macrorregiões separadamente (Figura 4), tomando como referência o índice geral (combinação do índice 0 com os indicadores da dimensão organizacional, operacional e de sustentabilidade da gestão), verifica-se que a macrorregião Leste encontra-se em melhor situação, tendo em vista que nenhum município se inseriu no quartil entre muito ruim e ruim, apresentando 33,3% dos municípios na condição de capacidade de gestão regular e 66,7% dos municípios em condição de capacidade de gestão boa. Em situação inversa encontra-se a macrorregião Nordeste, pois a grande maioria dos municípios obteve avaliação entre muito ruim (33,3%) e ruim (50%).

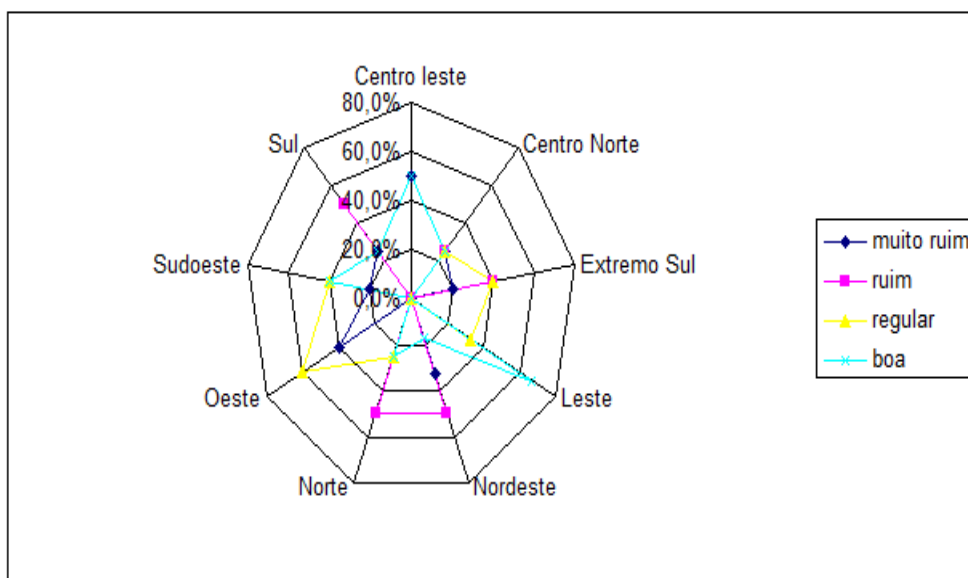


Figura 4 - Avaliação da capacidade de gestão da Vigilância Epidemiológica segundo macrorregião do estado da Bahia, 2009

Esta avaliação aponta a mesma direção do Plano Estadual de Saúde, gestão 2007 a 2010, no que se refere à distribuição de serviços:

Nota-se distribuição irregular de serviços nas macrorregiões: a macrorregião Leste, sem sombras de dúvidas, é a que apresenta maior concentração de serviços de saúde. Por outro lado, observa-se que as macrorregiões Centro-Norte, Extremo Sul, Nordeste, Norte e Oeste são as regiões de saúde que apresentam menor concentração (BAHIA, 2009, p. 21).

Depreende-se que o grau diferenciado de recursos, e conseqüentemente de poder, configuram-se como elementos que podem obstaculizar a gestão da VE nos municípios, na medida em que as desigualdades existentes não são minimizadas através de processos de gestão pactuada e compartilhada. A lógica de reorganização dos serviços de saúde, em particular da VE, ainda reproduz as desigualdades entre as macrorregiões e municípios, determinadas em função do seu grau de desenvolvimento social e econômico.

Notadamente na macrorregião oeste se concentra 40% dos municípios em condição muito ruim. A macrorregião Centro-Leste apresenta um maior percentual de municípios em condição muito ruim (50%). Quando avaliados os atributos por município, observa-se que o município com melhor capacidade de gestão localiza-se na macrorregião Leste e o município com condição menos favorável (Figura 4) localiza-se na macrorregião Sudoeste, sendo que esses municípios foram os selecionados para o estudo de casos.

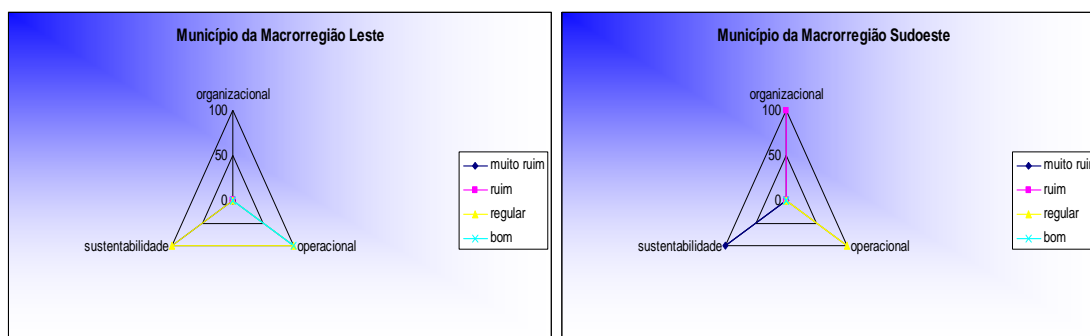


Figura 4 - Capacidade de gestão da Vigilância Epidemiológica dos municípios selecionados para o estudo de caso. Bahia, 2009

Conforme demonstra a figura acima, o município selecionado para o estudo de caso, situado na macrorregião Leste, apresenta uma boa condição de gestão na dimensão organizacional e uma condição regular na dimensão operacional e na dimensão da sustentabilidade. Por outro lado, o município que obteve a avaliação menos favorável, também selecionado para o estudo de caso, situado na macrorregião Sudoeste, apresenta uma avaliação ruim na dimensão organizacional, muito ruim quando avaliada a dimensão da sustentabilidade da gestão e condição regular na dimensão operacional. Ainda que essa discussão seja aprofundada no capítulo seguinte, vale destacar que, embora possuam porte populacional semelhante, com menos de 20.000 habitantes, os municípios selecionados como casos possuem um aporte de recursos diferenciado, a exemplo do Produto Interno Bruto (PIB) per capita, onde o município com melhor capacidade de gestão da VE possui R\$ 9.975,00 e o outro R\$ 3.214,00, um valor três vezes maior de um município para o outro (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2007).

Quando avaliada a capacidade de gestão segundo cada dimensão isoladamente, observa-se que nenhuma macrorregião apresenta boa condição na dimensão operacional. Na dimensão organizacional destaca-se a macrorregião Leste, com 66,7% dos municípios com boa condição de gestão. Na dimensão da sustentabilidade, foi a macrorregião Oeste que se destacou, dado que 80% dos municípios se enquadraram no quartil avaliado como bom. Notadamente a macrorregião Sudoeste não apresenta boa condição em nenhuma das dimensões de gestão que foram analisadas (Figura 5).

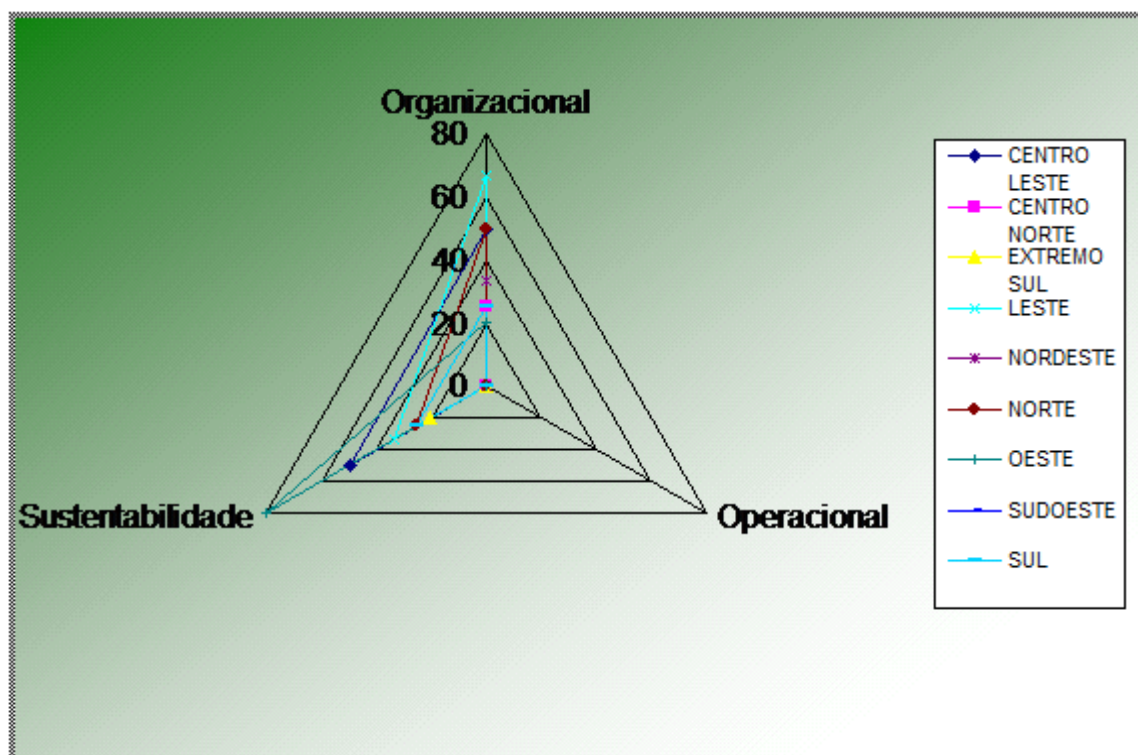


Figura 5 - Avaliação da capacidade de gestão da Vigilância Epidemiológica com bom resultado na dimensão operacional, organizacional e da sustentabilidade. Bahia, 2009

Quando avaliada a capacidade de gestão da VE tomando como base a condição regular (o que significa dizer que são aqueles municípios que se encontram numa classificação intermediária), verifica-se que a dimensão operacional sobrepõe-se às duas outras dimensões (Figura 6), com destaque para a macrorregião Centro Norte. Esta apresenta 100% dos municípios com uma capacidade regular para operacionalizar as decisões tomadas. É nesta macrorregião que predomina os municípios em que a dimensão organizacional é avaliada como regular. Já na dimensão da sustentabilidade, o predomínio de municípios que buscam regularmente a ampliação de parcerias e alianças estratégicas que possibilitem a institucionalização das ações estão situados na macrorregião Leste (66,7%).

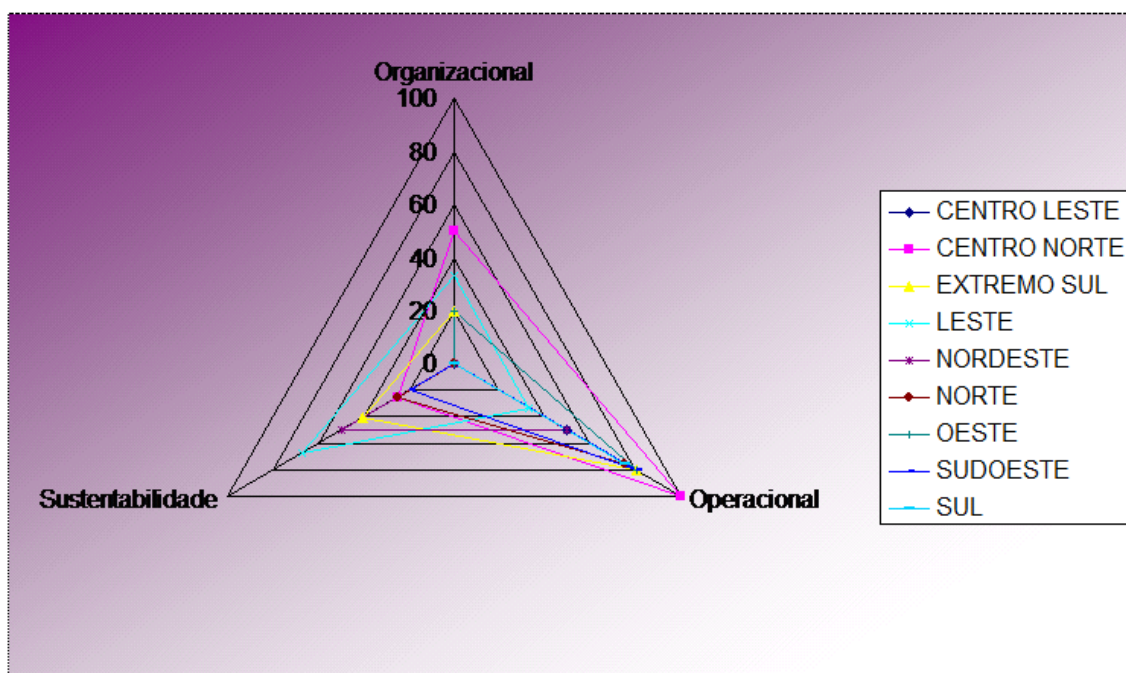


Figura 6 - Avaliação da capacidade de gestão da Vigilância Epidemiológica com resultado regular na dimensão operacional, organizacional e sustentabilidade. Bahia, 2009

Observando-se o gráfico que se segue (Figura 7) é possível afirmar que somente a macrorregião Centro Leste não possui municípios inseridos na condição ruim nas três dimensões de gestão avaliadas. Por outro lado, chama a atenção que na macrorregião Nordeste 50% dos municípios apresentam uma condição ruim na capacidade de gestão da VE nas três dimensões.

Vale destacar que quando se compara o índice geral por macrorregião, a macrorregião Leste possui 66,7% dos municípios com boa capacidade de gestão da VE, porém quando avaliada as dimensões separadamente, tomando como referência os dados obtidos através do questionário respondido pelos gestores da VE, 66,7% dos municípios possuem uma condição ruim na dimensão operacional, e 100% dos municípios situam-se entre a condição regular e boa na dimensão da sustentabilidade e na dimensão organizacional.

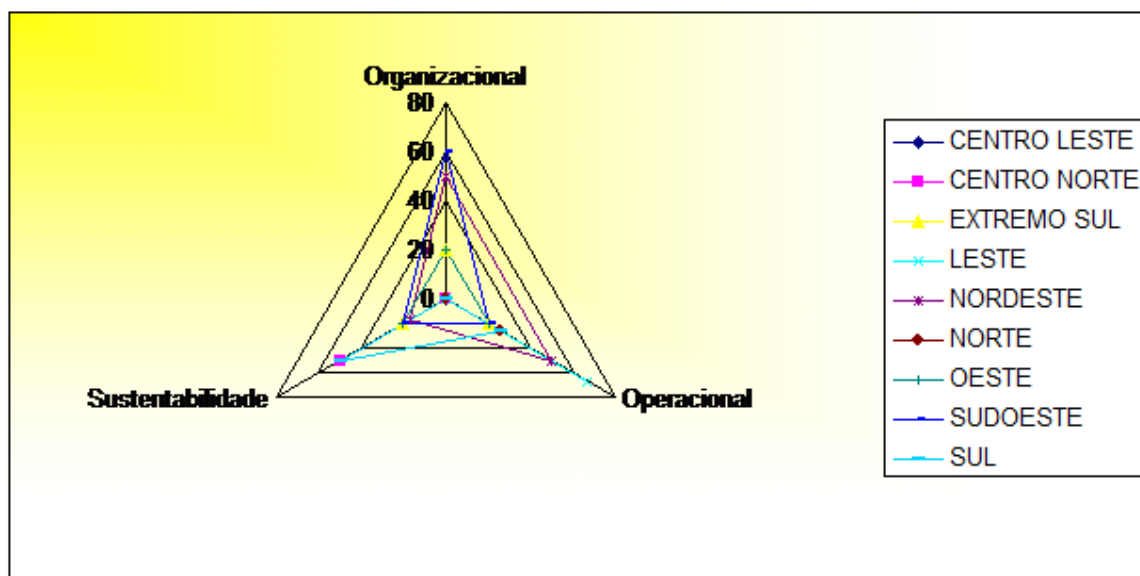


Figura 7 - Avaliação da capacidade de gestão da Vigilância Epidemiológica com resultado ruim na dimensão operacional, organizacional e sustentabilidade. Bahia, 2009

Avaliando-se as macrorregiões com um maior número de municípios numa avaliação muito ruim (Figura 8), destaca-se a Centro Leste, com 50% dos municípios amostrados avaliados como muito ruim tanto na dimensão operacional, quanto na organizacional e na dimensão da sustentabilidade. As demais macrorregiões, exceto a macrorregião Leste, possuem municípios com condição muito ruim na dimensão organizacional e na dimensão da sustentabilidade, chamando atenção a macrorregião Sul, onde 75% dos municípios amostrados foram avaliados como muito ruim na dimensão organizacional, e a macrorregião Sudoeste, onde 60% dos municípios amostrados obtiveram uma avaliação muito ruim na dimensão da sustentabilidade.

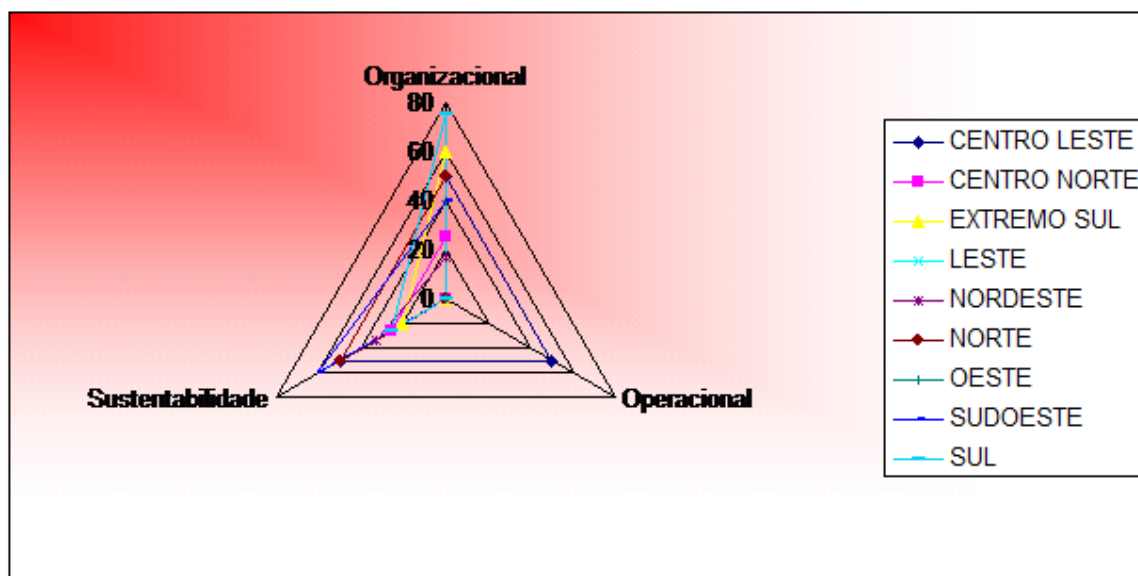


Figura 8 - Avaliação da capacidade de gestão da Vigilância Epidemiológica com resultado muito ruim na dimensão operacional, organizacional e sustentabilidade. Bahia, 2009.

Fazendo uma avaliação geral por dimensão (Figura 9), observa-se que os municípios possuem uma capacidade regular (71%), e uma capacidade muito ruim (26,3%) de manter e mobilizar os recursos que garantam condições desejáveis de gestão, de modo a executar as ações de VE que se traduzam em melhoria dos indicadores de saúde da população (dimensão operacional).

Quanto à dimensão organizacional, 39,5% dos municípios apresentam uma avaliação muito ruim, contra 26,3% que obtiveram uma boa avaliação, evidenciando uma relação ainda frágil no que concerne a autonomia decisória das instâncias locais, reforçando a perspectiva que a descentralização da gestão da VE assume um caráter mais normativo do que político, e é, portanto, uma desconcentração de ações e atividades.

No que se refere à dimensão da sustentabilidade, observa-se que 50% dos municípios foram avaliados como ruim e muito ruim, e os outros 50% avaliados entre regular e bom, permitindo inferir que, assim como a dimensão organizacional, ainda são frágeis os mecanismos e estratégias de gestão que ampliem ou fortaleçam as parcerias e alianças de modo que favoreçam a sustentabilidade das decisões e dos resultados declarados e ou pretendidos pelos gestores e trabalhadores da secretaria municipal da Saúde.

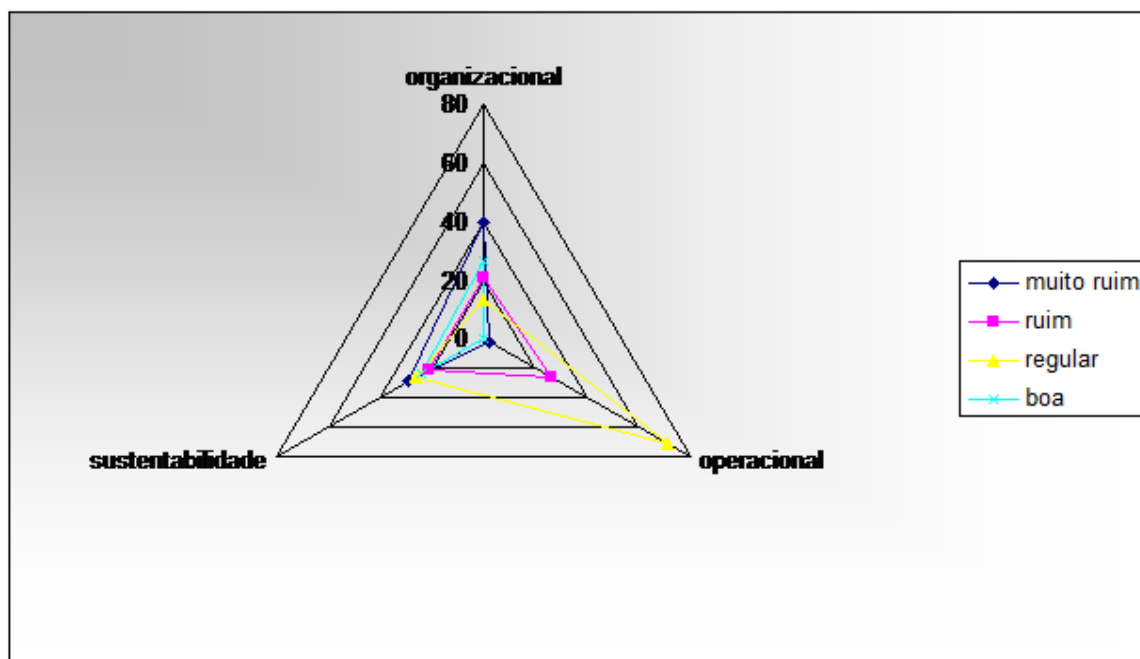


Figura 9 - Avaliação geral da capacidade de gestão da Vigilância Epidemiológica no estado da Bahia, 2009.

Avaliando-se separadamente os atributos da dimensão operacional, no que se refere à competência e habilidade do gestor, 100% destes possuem curso superior completo, com predomínio da profissão da enfermeira (71 %), seguido de biólogo (10%) e fisioterapeutas (7,3%). O predomínio da profissional enfermeira na vigilância epidemiológica é um resultado esperado, considerando que historicamente é essa profissional quem assume as ações de vigilância epidemiológica, não somente como gestora, mas também como trabalhadora na Equipe de Saúde da Família (SANTOS, 2006).

A organização da enfermagem no Brasil, que sofre influência do modelo de saúde americano, provavelmente contribuiu para o acúmulo de saber da enfermeira neste campo de atuação, uma vez que o Departamento Nacional de Saúde Pública, através da Fundação Rockefeller, traz enfermeiras norte americanas para instalar e dirigir a primeira escola de enfermagem no Brasil (MELO, 1986). Por sua vez, segundo Gagnon e Dallaire (2002) as enfermeiras norte americanas, inseridas no movimento de saúde pública, no século XIX, trabalhavam dentro das comunidades, onde se ocupavam da higiene, das condições sanitárias e da vacinação, dos cuidados com a mulher e a criança e das campanhas educativas e de informação, o que permitiu uma contribuição específica do saber da enfermeira na saúde pública.

Devido à herança histórica que a enfermeira vem acumulando ao longo dos anos em

decorrência da sua atuação nos serviços de saúde pública, em particular intervindo sobre as epidemias e endemias desde a década de 1920, observa-se a crescente ocupação da função de gerente da VE por essa profissional. Apropriando-se das idéias de Melo (1986), esse fato pode retratar a divisão sexual do trabalho, na medida em que a mão de obra feminina é desvalorizada em relação à masculina, e porque se trata de uma profissão que tem pouco valor econômico e a VE ainda não é considerada como uma área estratégica no SUS.

Chama a atenção que 57,9% dos gestores referem experiência prévia em gestão e 63,1% possuem especialização na área da saúde (saúde pública, gestão dos serviços de saúde, auditoria, entre outras). Considera-se neste estudo que uma experiência mínima de dois anos e capacitação em gestão são requisitos desejáveis para obtenção da legitimidade técnica do gestor, na medida em que amplia a sua capacidade de decidir. No entanto, diante dos números apresentados, verifica-se uma fragilidade na maioria das macrorregiões, chamando a atenção para macrorregião do Extremo Sul, em que 80% dos gestores não possuem experiência em atividades de gestão em serviços de saúde.

Por outro lado, quando avaliada a existência de comitês (Figura 10), nota-se que somente cinco macrorregiões, com destaque para a macrorregião Leste, utilizam deste instrumento com vistas à mobilização de recursos para enfrentamento de problemas de saúde da população. Pensa-se que a mobilização de recursos através de comitês confere maior legitimidade política e organizacional ao gestor, o que amplia a sua capacidade de decidir. Isto não é observado na maioria dos municípios amostrados, na medida em que apenas 26,3% possuem comitês com esse objetivo.

Isto sinaliza que são poucos os municípios que buscam desenvolver uma articulação intersetorial, através de comitê de mobilização contra a dengue, fórum de mulheres, comitê de mortalidade materna e comitê de mortalidade infantil, dentre outras estratégias que poderiam ser utilizadas. No entanto, chama a atenção que mesmo tendo comitê, alguns gestores referem não participar das reuniões, o que também permite inferir que a instituição por si só de comitê não assegura que essa articulação seja desenvolvida, podendo se constituir num instrumento meramente cartorial, dado que não é assumido como espaço de ampliação de parcerias e sustentação da capacidade de gestão pelos atores municipais.

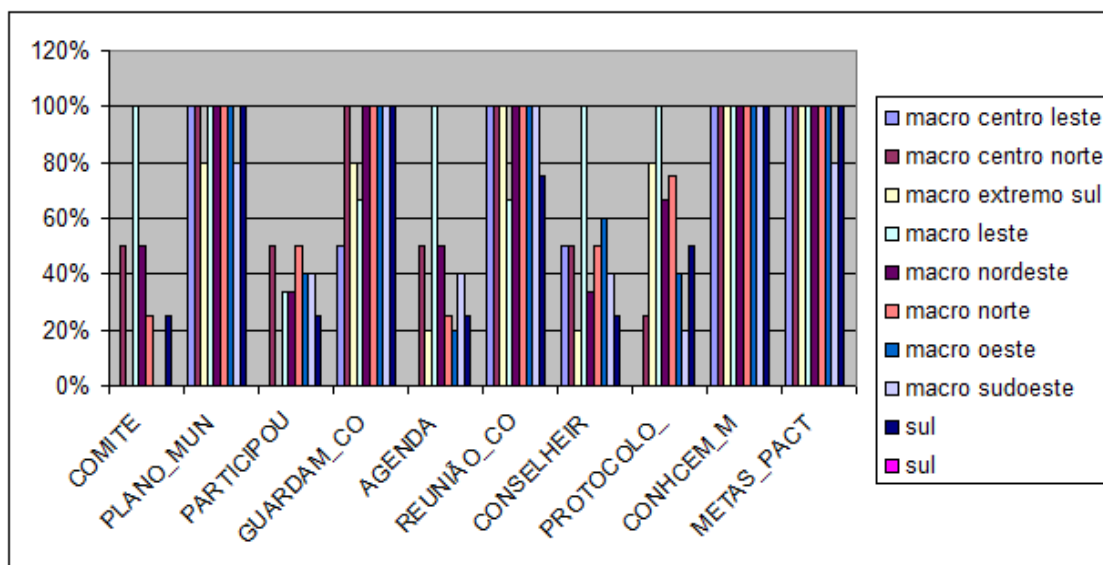


Figura 10 - Indicadores relacionados à dimensão organizacional da Vigilância Epidemiológica no estado da Bahia, 2009.

A tomada de decisão que guarde coerência com o Plano Municipal, com a Agenda e o Pacto pela Vida é requisito desejável para legitimidade técnica e política do gestor, o que amplia a sua capacidade de decidir. Neste aspecto, somente em duas macrorregiões, Extremo Sul e Sudoeste, 20% dos gestores referiram não possuir Plano Municipal de Saúde. Assim, do total dos municípios amostrados, 94,7% possuem Plano Municipal de Saúde, e desses 91,9% afirmam que as ações executadas pela VE guardam coerência com as diretrizes definidas no referido instrumento. Possivelmente os gestores que responderam que o município não possui o Plano Municipal de Saúde, desconhecem que este é um requisito legal e que a cada quatro anos deve ser re-elaborado e apresentado a Comissão Intergestora Bipartite (CIB).

Outro dado que merece destaque é que apenas 31,6% dos gestores participaram da elaboração do Plano Municipal de Saúde, o que pode estar relacionado com a constante mudança de gestores no âmbito municipal, uma vez que 50% estão a menos de um ano na função, ou pode estar relacionado à forma com se faz o planejamento local, centralizado e não participativo. A esse respeito, Santos (2006, p. 77) assevera:

[...] o planejamento é necessário, e deve ter como produto um documento-plano. Contudo, deve ser desenvolvido com a participação dos diversos segmentos da sociedade, para que as prioridades sejam definidas sob diversos olhares. O importante é que as diretrizes e estratégias definidas sejam realizadas, e que respondam aos problemas de saúde da população. Assim, o plano deve ser um documento a ser manuseado, discutido, efetivado e avaliado. Portanto, o planejamento é um processo vivo, contínuo e que exige compartilhamento de poder e de responsabilidades.

Quanto às metas contidas no Pacto pela Vida e na Programação das Ações de Vigilância em Saúde (PAVS), todos os gestores, com exceção da macrorregião Sudoeste (20% dos municípios dessa macrorregião), desconhecem as metas do Pacto pela Vida. Uma premissa da pesquisa é que quanto maior o número de gestores que conhecem as metas da PAVS e Pacto pela Vida e compartilham essas informações, isto lhe confere maior legitimidade política e amplia a sua capacidade de decidir.

A existência e atuação de conselho local de saúde na forma prevista da Lei n. 8.142 confere maior legitimidade política à organização e indica a ampliação da capacidade de decidir. No que se refere à participação dos conselheiros na elaboração de planos e projetos, enquanto na macrorregião Leste 100% dos municípios contam com a referida participação, a macrorregião Sul (25%) e Extremo Sul (20%) apresentam os menores percentuais de participação.

No que tange aos mecanismos de escuta, estabelecidos de forma a permitir comunicação entre gestores e profissionais, mais uma vez a macrorregião Leste apresenta um maior percentual. Entende-se que existência de mecanismos formais de comunicação entre as unidades de saúde e coordenadores da VE confere maior legitimidade política à organização e também soma para a capacidade de decidir.

Outra premissa é que a existência de uma estrutura mínima amplia a capacidade de executar com eficiência as ações, o que soma para a capacidade de gestão da VE. No entanto, conforme demonstra a figura 10, somente nas macrorregiões Centro Norte, Oeste e Sudoeste, todos os municípios têm uma estrutura mínima declarada, conforme definida na Resolução 027/2001/CIB/BA.

Quanto ao vínculo de trabalho, somente 45% dos trabalhadores contam com vínculo efetivo, contra 55% com vínculos temporários de trabalho. Trata-se de um aspecto negativo, na medida em que se espera que 100% dos trabalhadores da VE tenham um vínculo efetivo, pois se trata de uma área que se faz necessário um corpo de conhecimento, que vai se adquirindo no cotidiano das práticas e com os processos de educação permanente. Portanto, a frequência elevada de trabalhadores sem vínculo efetivo se traduz em descontinuidade das ações, não somente da VE, mas nas demais práticas de saúde. Por outro lado, a contratação temporária eleva a rotatividade dos profissionais, exigindo dos municípios um investimento contínuo em capacitação para um quadro de trabalhadores que não vão permanecer no serviço. Isto traz consequências negativas para o desempenho do município, dado que este nunca adquire competência técnica para o desenvolvimento das ações de saúde sob sua responsabilidade.

Entende-se que o investimento permanente na capacitação dos trabalhadores melhora

o desempenho e amplia as condições favoráveis para a execução das ações de VE, o que agrega valor à capacidade de gestão e legitimidade ao gestor. No entanto, os processos de capacitação por si só não resolvem os problemas das práticas dos trabalhadores, se não forem enfrentados outros problemas, que vão desde aos vínculos precários de trabalho até às condições de trabalho existentes.

Quanto ao número de capacitações, 67,5% dos municípios realizaram de duas ou mais capacitações por ano, que é a média definida como adequada neste estudo. No entanto, os temas abordados refletem as práticas de VE dos trabalhadores da saúde, que são pontuais e voltados para doenças, notadamente as doenças transmissíveis, e para imunização, com ênfase nas campanhas de vacinação. Não se pode negar a importância dessas capacitações, pois possivelmente permitem aos trabalhadores conhecerem a epidemiologia, a clínica, e as medidas de controle dos agravos. No entanto, não são suficientes para mudanças da prática da VE em direção ao paradigma em que a promoção da saúde sobreponha-se à prevenção de doenças (SANTOS, 2006).

No que se refere às mudanças de práticas de gestão e de atenção, Ceccim (2005, p. 165) é enfático ao afirmar que:

[...] é fundamental que sejamos capazes de dialogar com as práticas e concepções vigentes, que sejamos capazes de problematizá-las – não em abstrato, mas no concreto do trabalho de cada equipe – e de construir novos pactos de convivência e práticas, que aproximem os serviços de saúde dos conceitos da atenção integral, humanizada e de qualidade, da equidade e dos demais marcos dos processos de reforma do sistema brasileiro de saúde, pelo menos no nosso caso (CECCIM, 2005, p. 165).

Entende-se que os processos educativos devem ter como referência as necessidades de saúde dos indivíduos e da coletividade, da gestão e do controle social, de maneira que produzam transformações nas práticas de saúde e na organização do trabalho. Portanto, devem ter um significado para o processo de trabalho, de forma a responder às necessidades dos trabalhadores, dos cidadãos usuários dos serviços e da coletividade.

No que se refere à avaliação das informações geradas pelo Sistema de Informação de Agravos Notificáveis (Sinan), componente essencial para o processo de trabalho da VE, a maioria das macrorregiões (com exceção a macrorregião Centro Leste e a macrorregião Sudoeste) obteve percentual de 100% dos municípios que fazem avaliação do referido sistema. Quando verificada a periodicidade dessas avaliações, predomina a avaliação semanal, com 44,7%. É importante destacar que a valorização da informação epidemiológica é importante para os processos de planejamento, tomada de decisão, definição de políticas

públicas, o que agrega valor à capacidade de gestão. Porém, ainda que essa avaliação tenha sido positiva, o que se verifica na prática é que apesar de avaliar o sistema de informação são poucos os municípios que produzem boletins epidemiológicos com objetivo de divulgar a situação do estado de saúde da população.

Entende-se que quanto maior o percentual de Equipes da Saúde da Família (Figura 11) desenvolvendo ações de VE, isto amplia a capacidade de intervenção de acordo com a realidade local, o que agrega valor à capacidade de decidir. Neste aspecto, nota-se que apenas a macrorregião Oeste não possui 100% de equipes da saúde da família desenvolvendo ações de VE. Vale destacar, no entanto, que a prática da VE nas Equipes de Saúde da Família se conforma através das notificações compulsórias das doenças e agravos, investigação epidemiológica e algumas medidas de controle (mutirões e vacinação). Evidenciou-se uma prática voltada para o controle das doenças, notadamente às transmissíveis.

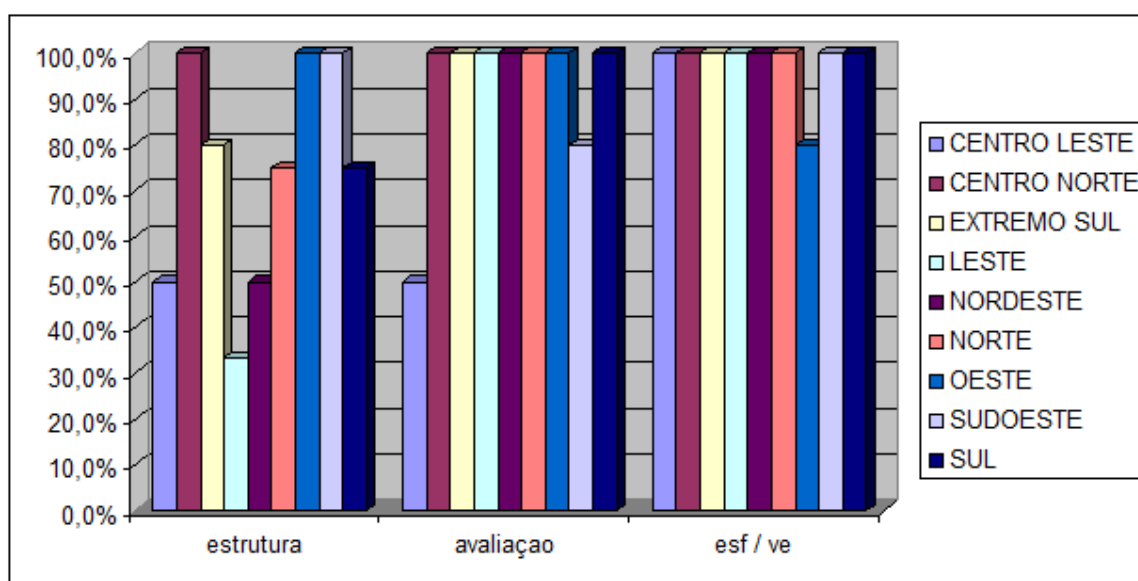


Figura 11 - Indicadores relacionados à dimensão operacional da Vigilância Epidemiológica no estado da Bahia, 2009.

Neste estudo admite-se que a existência de diversos tipos de parcerias e alianças amplia a legitimidade da gestão na execução dos serviços, o que agrega valor à capacidade de sustentar os resultados de gestão. Esta é uma estratégia importante para tornar as ações de VE mais efetivas e direcionadas para a realidade local, uma vez que a integração e a articulação com outros parceiros ampliam a governabilidade. Observa-se que neste aspecto (Figura 12) destaca-se a macrorregião Oeste (80%), seguida da macrorregião Leste (66,7%). Por outro lado, as macrorregiões que apresentaram o mais baixo desempenho foram a macrorregião

Norte (25%) e a Sudoeste (40%). Entre os principais parceiros referidos pelos gestores destaca-se a secretaria municipal da Educação. Chama a atenção que apenas dois municípios referem parceria com a Diretoria Regional da Saúde. Diante das informações fornecidas pelos gestores da VE municipal, observa-se que ainda são tímidas, tanto a articulação inter-setorial como a articulação intra-setorial, que são fundamentais para que aconteça o compartilhamento de gestão, a co-responsabilização e a participação social no campo da saúde.

Quando avaliada a existência de protocolos para viabilizar a comunicação entre os trabalhadores da saúde, observa-se que apenas 52,6% dos municípios utilizam desse instrumento, com maior proporção para a macrorregião Leste (100% dos municípios amostrados). O não estabelecimento de protocolos que viabilizem a comunicação entre profissionais e gestores pode dificultar o desenvolvimento das ações.

No que diz respeito à difusão da informação, assume-se como premissa que a elaboração e divulgação de informes epidemiológicos permitem o conhecimento da situação de saúde local, o que amplia a legitimidade do gestor e agrega valor à capacidade de gestão. Dentre as macrorregiões, a Sudoeste apresenta o mais baixo desempenho, com 80% dos municípios amostrados sem publicar pelo menos dois informes por ano, meta essa pactuada entre os municípios e o estado.

Esse dado permite uma reflexão: quando não se analisa o estado de saúde da população, as ações desenvolvidas respondem às necessidades daquele município? Deste modo, as informações obtidas, relevantes para direcionar tanto a gestão quanto as práticas dos trabalhadores da saúde, podem ser utilizadas apenas para assegurar o repasse de recursos financeiros ou para a obtenção de metas de trabalho.

A identificação de barreiras de acesso aos serviços de saúde, através da consulta pública, possibilita avaliar e rever a programação da assistência e a reorganização da rede, o que amplia a legitimidade do gestor e a capacidade de sustentar resultados. Neste aspecto, 58,3% dos municípios usam mecanismos de consulta pública, a exemplo de ouvidoria, caixa de sugestões, rádio comunitária, internet. No entanto, 41,7% dos municípios não utilizam de nenhuma estratégia para consulta pública, o que permite inferir que enquanto espaço de compartilhamento de poder e de influência, a inserção de novos atores sociais é limitada ao conselho municipal de saúde.

A adequação de suprimentos (fichas de notificação/investigação, material educativo e material para coleta de exame) é uma condição desejável para que não ocorra interrupção no desenvolvimento das ações de VE. Notadamente na macrorregião do Extremo Sul, 50% dos gestores referiram que não havia disponibilidade de suprimentos nos três primeiros meses que

assumiram a gestão da VE. Dentre os municípios amostrados, 75,7% indicavam possuir suprimentos necessários ao desenvolvimento das ações de VE.

A elaboração de planos e ou projetos voltados para a promoção da saúde e para a realidade local é um requisito desejável para obtenção da legitimidade técnica do gestor, o que amplia a sua capacidade de decidir, na medida em que as ações planejadas estariam voltadas para as reais necessidades da população, tendo uma maior possibilidade de impactar positivamente sobre o estado de saúde dos indivíduos, família e comunidade. A macrorregião Leste, Norte e Oeste obtiveram um percentual de 100% de municípios com plano e/ou projeto em fase de elaboração, aprovação ou em execução elaborado pela VE municipal, porém voltados predominantemente para controle das doenças transmissíveis. Somente dois municípios apontaram para projetos com enfoque voltado para a promoção da saúde ou para a integração da VE com a atenção básica.

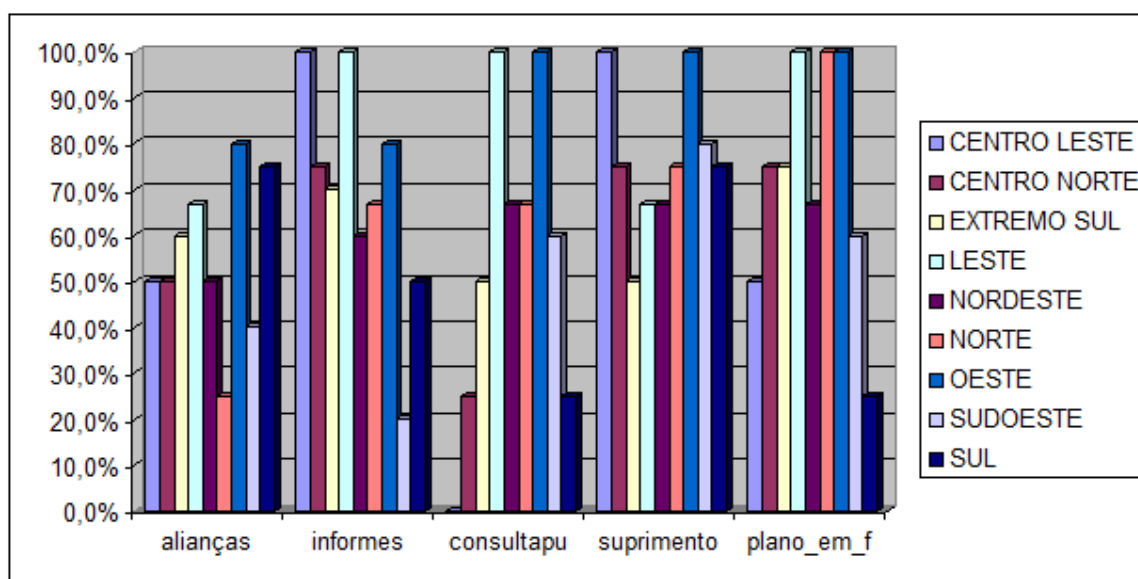


Figura 12 - Indicadores relacionados com a dimensão da sustentabilidade da Vigilância Epidemiológica no estado da Bahia.

Quando avaliados alguns indicadores de saúde (estado de saúde e organização dos serviços) recursos financeiros, segundo o banco de dados da Sesab do ano 2008, observa-se que: 71% do total dos municípios conseguiram alcançar a meta de 95% de vacinação em crianças menores de um ano pela vacina tetravalente; 50% dos municípios registram que o percentual de cura entre os casos novos de hanseníase diagnosticados é superior a 80%; apenas 34% dos municípios infestados por *aedes aegypti* possuem uma proporção igual ou superior a 90% de imóveis inspecionados. Quanto ao percentual de receita própria dos

municípios, dezessete (17) não informaram; vinte (20) municípios disponibilizam um percentual de 15% ou mais da sua receita (percentual mínimo regulamentado na Emenda Constitucional - EC 29/2000) e um município informa uma percentual abaixo de 10%.

No balanço final (figura 13), pode-se inferir que na dimensão operacional os indicadores de saúde apresentam um resultado positivo, o que pode estar relacionado à descentralização das ações da VE para a Equipe da Saúde Família, na medida em que é valorizada a realidade locorregional, identificando-se os problemas e criando possibilidades de aumentar a capacidade de intervenção sobre estes. Porém, no que concerne a gestão de pessoas, cujos vínculos de trabalho são precários, e os processos educativos pontuais, voltados para as necessidades locais, somada a avaliação das informações realizadas ainda de forma incipiente, reflete negativamente na capacidade de realizar o planejado, o que confere uma avaliação regular na dimensão operacional.

Quando se analisa os resultados obtidos na dimensão organizacional se identifica fragilidade no que concerne ao processo decisório dos gestores da VE, dado que este é pouco participativo, existe um percentual elevado de gestores sem experiência anterior na gestão, e a participação do CMS na elaboração de projetos é diminuta. Em relação à dimensão da sustentabilidade, os resultados são igualmente frágeis, na medida em que ainda é tímido o estabelecimento de parcerias e alianças, mesmo parcerias institucionais, a exemplo das Dires; são poucas as macrorregiões cujos municípios possuem instituídos canais de escuta para identificação de barreiras de acesso aos serviços de saúde. Assim, dada as fragilidades reveladas na dimensão organizacional e na dimensão da sustentabilidade, os resultados obtidos na dimensão operacional ficarão comprometidos no longo prazo.

Os resultados apontam em direção aos estudos de Barreto; Guimarães (2010) e Landim (2008) quando referem que ainda é frágil a autonomia decisória dos municípios, em relação às demais esferas de governo, quanto a definição das diretrizes políticas; os municípios possuem uma autonomia técnica que é vulnerável quando se analisa a gestão de pessoas, traduzida pela precarização das relações de trabalho, dos vínculos empregatícios e na forma como se desenvolve os processos de educação permanente; os processos de planejamento, que ainda são pouco participativos, como também, a avaliação das ações, precisam serem revistos, de modo a dar visibilidade e transparência e que assegurem a sustentabilidade dos resultados da gestão; a deficiente estrutura física, de equipamentos e de pessoal, certamente dificulta a realização das ações; a gestão assume uma natureza mais

administrativa do que estratégica e política; as alianças e parcerias construídas, ainda que timidamente, pode indicar progresso nas práticas de gestão.

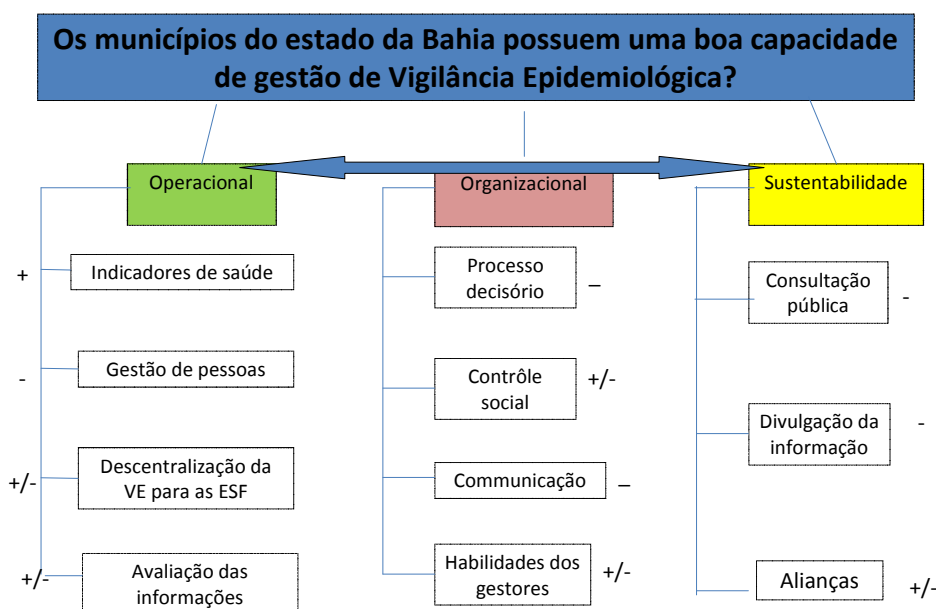


Figura 13 – Balanço final das dimensões de análise relacionada a algumas variáveis selecionada para avaliação da capacidade de gestão da Vigilância Epidemiológica. Bahia, 2009

Diante do exposto pode-se deduzir que as conclusões de Matus (1993) e Guimarães (2002) fortalecem os resultados apresentados neste estudo, quando afirmam que a capacidade de governo (dimensão operacional) condiciona e é condicionada pelo projeto de governo (dimensão organizacional) e pela governabilidade (dimensão da sustentabilidade). Portanto, apropriando-se das palavras Melo e outros (2009) a capacidade de gestão da VE se revela frágil no estado, pois, para que a capacidade de gestão seja plena, é necessário um equilíbrio dos resultados nas três dimensões, dado que estas são interligadas e sua separação é apenas um recurso metodológico da avaliação.

7 CAPACIDADE DE GESTÃO DESCENTRALIZADA DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA EM DOIS MUNICÍPIOS BAIANOS

Este capítulo analisa porque os dois municípios baianos, selecionados para o estudo de caso, possuem graus diferenciados de capacidade de gestão da VE. Os municípios foram selecionados em função dos seguintes critérios:

- 1 Município 1: município que apresentou o melhor resultado na linha de base avaliativa no que se refere a capacidade de gestão da VE.
- 2 Município 2: município que apresentou o resultado mais desfavorável na linha de base avaliativa no que se refere a capacidade de gestão da VE.

Para aprofundar essa discussão, com base em Spink e Lima (1999) o conteúdo dos achados dos dois casos estudados foi analisado mediante a técnica do mapa de associação de idéias, que sistematiza o processo de análise das práticas discursivas a partir de categorias analíticas pré-definidas.

Na construção dos mapas, foram definidas as seguintes categorias analíticas, relacionadas com os pressupostos e objetivos da pesquisa:

- 1 Dimensão organizacional: competências e habilidades do gestor; processo decisório; controle social; mecanismos formais de comunicação.
- 2 Dimensão operacional: recursos operacionais; gestão de pessoas; educação permanente; capacidade técnica; descentralização da VE para a ESF.
- 3 Dimensão da sustentabilidade: parcerias e alianças; acesso aos serviços de saúde; planos e projetos; recursos financeiros.

Vale destacar que na linha de base avaliativa o município que tem a melhor capacidade de gestão na VE obteve uma avaliação regular na dimensão operacional e da sustentabilidade e boa na dimensão organizacional, enquanto o município que obteve como resultado uma capacidade de gestão menos favorável, tem uma avaliação ruim na dimensão organizacional, regular na dimensão operacional e muito ruim na dimensão da sustentabilidade. Os discursos dos sujeitos envolvidos no estudo ratificam em parte esta avaliação, conforme apresentado a seguir, através dos achados demonstrados nos mapas de associação de idéias dos sujeitos da pesquisa e pela análise dos documentos.

7.1 SOBRE OS MUNICÍPIOS SELECIONADOS PARA O ESTUDO DE CASO

Para analisar a capacidade de gestão da VE nos dois municípios optou-se inicialmente em caracterizá-los quanto à sua localização geográfica, através de alguns índices globais (Produto Interno Bruto, Índice de Desenvolvimento Humano, e Índice de Desenvolvimento Infantil¹) e quanto à organização do sistema municipal da saúde.

7.1.1 Município 1

O primeiro estudo de caso é sobre um município situado na Região Metropolitana de Salvador, inserido na macrorregião Leste do estado da Bahia, segundo o Plano Diretor de Regionalização (2008). A sua base econômica é a indústria.

O município conta com uma população de 16.783 habitantes (IBGE, 2009) distante 63 km da capital do estado. Encontra-se habilitado na Gestão Plena do Sistema de Saúde desde 2005 (BAHIA, 2006), e assumiu no ano de 2007 o comando único da Saúde ao aderir ao pacto de gestão (COMISSÃO INTERGESTORA BIPARTITE, 2007).

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2007), o PIB do município corresponde a R\$ 154 milhões, ocupando o 22º lugar no *ranking* do estado em relação ao Índice de Desenvolvimento Econômico. O Índice de Desenvolvimento Humano do município é de 0,74, classificando-se no 2.153º lugar no *ranking* nacional, segundo o Atlas de Desenvolvimento Humano / Programa Nacional das Nações Unidas para o Desenvolvimento (2001). No que se refere ao Índice de Desenvolvimento Infantil (IDI), é o primeiro na Bahia,

¹ O Produto Interno Bruto (PIB) representa os bens e serviços produzidos em uma determinada região, descontadas as despesas com os insumos usados no processo de produção durante um ano (IBGE, 2010). O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é uma medida comparativa que engloba três dimensões: riqueza, educação, esperança média de vida (PNDU, 2006). O Índice de Desenvolvimento Infantil (IDI) incorpora variáveis relacionadas a: oferta de serviços de saúde; oferta de serviços de educação; cuidado e proteção que a família deve proporcionar à criança nos primeiros anos, representados pelo nível de educação do pai e da mãe (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 2004)

tendo o percentual de 0,87% (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 2004), superando a média do IDI do estado que é de 0,52%.

Quanto ao saneamento básico, 99,03% da população dispõe de abastecimento de água da rede pública; 85,93% tem acesso ao sistema de esgoto e 95,7% utilizam da coleta pública do lixo.

A rede de saúde disponível no município é composta por 22 unidades, com 383 profissionais atuando (DICON/SESAB, 2010) nas mesmas. As unidades de saúde, segundo o Cadastro de Estabelecimentos de Saúde (CNES, 2010) estão distribuídas conforme apresentado no quadro 11.

Quadro 11 – Número e distribuição das unidades da saúde do Município 1, ano 2010

| DESCRIÇÃO | TOTAL |
|--|-----------|
| POSTO DE SAÚDE | 1 |
| CENTRO DE SAÚDE/UNIDADE BÁSICA | 6 |
| POLICLINICA | 1 |
| HOSPITAL GERAL | 1 |
| CONSULTORIO ISOLADO | 4 |
| CLINICA ESPECIALIZADA/AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE | 4 |
| UNIDADE DE APOIO DIAGNOSE E TERAPIA | 1 |
| UNIDADE MOVEL DE NIVEL PRE HOSPITALAR | 1 |
| URGÊNCIA/EMERGÊNCIA | - |
| UNIDADE DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE | 2 |
| CENTRAL DE REGULAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE | 1 |
| TOTAL | 22 |

Fonte: CNES, 2010

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) foi implantado em 1999 e no ano seguinte o Programa Saúde da Família (PSF) com 100% de cobertura. O Conselho Municipal de Saúde foi criado em 1991.

O gestor máximo da secretaria municipal da Saúde possui formação na área de economia e a gestão da Vigilância Epidemiologia, assim como a gestão da Atenção Básica, é conduzida por enfermeiras.

7.1.2. Município 2

Com uma população de 17.210 habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA, 2009), o município é localizado na Região do Centro Sul Baiano, inserido na macrorregião Sudoeste segundo o Plano Diretor de Regionalização (2008), a uma distância de 660 km da capital. O PIB do município é de 55 milhões (SUPERINTENDÊNCIA DE ESTUDOS ECONÔMICOS E SOCIAIS DA BAHIA/INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA, 2007) e sua base econômica se fundamenta na pecuária e agricultura. O poder aquisitivo da população é considerado baixo, tendo uma média salarial de R\$ 224,98, chegando a uma renda *per capita* familiar inferior a R\$ 60,00 por mês. O município conta com 36,5% da população com acesso à rede geral de abastecimento de água, e com 35,8% da população que se utiliza de água de poço ou nascente (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA, 2009). Quanto ao esgotamento sanitário, apenas 0,7% da população possui rede de esgoto, sendo que a maioria (46,6%) faz uso de fossa rudimentar.

O Índice de Desenvolvimento Econômico é de 499° e ocupa a 142° posição no *ranking* estadual. Quanto ao IDH o município apresentou um índice de 0,631, ficando no 4098° lugar no *ranking* nacional segundo o Atlas de Desenvolvimento Humano (PROGRAMA NACIONAL DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2001). O IDI é de 0,45, abaixo da média do estado da Bahia, ocupando o 221° lugar no *ranking* estadual.

A rede de saúde do município é composta por dezenove unidades (CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE, 2010), conforme quadro abaixo (Quadro 12), e conta com cento e trinta e um (131) profissionais (BAHIA, 2010).

Quadro 12 – Número e distribuição das unidades da saúde do Município 2, ano 2010

| DESCRIÇÃO | TOTAL |
|--|-------|
| POSTO DE SAÚDE | 1 |
| CENTRO DE SAÚDE/UNIDADE BÁSICA | 6 |
| HOSPITAL GERAL | 1 |
| CONSULTÓRIO ISOLADO | 5 |
| CLÍNICA ESPECIALIZADA/AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE | 2 |
| UNIDADE DE APOIO DIAGNOSE E TERAPIA | 1 |

| DESCRIÇÃO | TOTAL |
|---|-------|
| UNIDADE MOVEL TERRESTRE | 1 |
| UNIDADE DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE | 1 |
| CENTRAL DE REGULAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE | 1 |
| TOTAL | 19 |

Fonte: CNES, 2010

No ano 2000 o município iniciou a implantação do Programa de Agentes Comunitário de Saúde, com uma cobertura de 100%. Quanto à Estratégia Saúde da Família, essa foi implantada no ano de 2002 e atualmente conta com uma cobertura de 64% da população.

O município foi habilitado na Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada segundo a Noas 01/2002, não aderiu ao Pacto de Gestão e não assumiu o comando único do sistema municipal de saúde. O gestor máximo da secretaria municipal da Saúde é graduado em Geografia e a gestão da Vigilância Epidemiológica e da Atenção Básica é conduzida por uma enfermeira que acumula as duas funções.

7.2 A DIMENSÃO ORGANIZACIONAL: CAPACIDADE DE DECIDIR

A descentralização da saúde trouxe em seu bojo uma nova estrutura de gestão, com a introdução de novos atores sociais no processo decisório. Portanto, analisar o processo decisório, implica em contemplar as dimensões técnicas e políticas e as relações de poder que lhes são inerentes.

Concorda-se com as idéias de Foucault (1998) e Perrault (2009) quando afirmam que o poder não é um lugar que se ocupa, não é uma posse, é algo que se exerce e se disputa dado que existem relações de poder em toda estrutura social e este existe através de inter-relações, sendo, portanto, difuso, polimorfo, insidioso e capilar.

Segundo Bobbio (1997), ao lado do poder econômico e do poder político existe o poder ideológico que consiste em difundir valores através de concepções e práticas. Para este autor, o que existe em comum entre as formas de poder é que elas contribuem para instituir e manter sociedades de desiguais divididas em fortes e fracos.

A maneira como ocorre o processo decisório nos dois municípios reflete estilos diferentes de gestão, que por sua vez sofre influência da trajetória dos sujeitos que assumem a função de gestor, como também pela forma como se apropriam do poder oriundo da posição que ocupam. Portanto, a singularidade de cada gestor faz com que ele, a partir da sua visão de mundo, que é carregada por um conjunto de conhecimentos, conceitos e experiências vividas, atue de diferentes maneiras.

Assim, pensa-se que tanto as ações, como as inações dos atores estão acompanhadas de significados, que envolve aspectos de dominação presentes nos sistemas sociais, que poderão contribuir para mudanças de práticas, ou para manutenção dessas mesmas práticas. Portanto, as decisões ou não decisões estão condicionadas ao jogo de poder entre os sujeitos envolvidos na gestão da VE.

7.2.1 A dimensão organizacional no município 1

Analisando-se a habilidade e competência dos gestores do município 1, com base nos discursos apresentados no mapa 1 de associação de idéias, nota-se que o gestor máximo, apesar de assumir que não é uma profissional com formação na área de saúde, e por ter pouco tempo atuando como secretário municipal da Saúde, conta com uma equipe de profissionais, que nas palavras do próprio gestor possui competência técnica e motivação para o trabalho.

Entende-se como requisitos desejáveis para obtenção da legitimidade técnica do gestor sua capacitação específica e experiência prévia em gestão. Precisam, portanto, de conhecimentos, habilidades e atitudes além de habilidade para lidar com as diversas formas e fontes de poder que permeiam o setor público.

No que concerne ao gestor máximo, observa-se que este possui especialização em gestão na área de saúde e experiência prévia de trabalho na rede privada. Por outro lado, o gestor da VE não possui experiência prévia em gestão, mas, possui especialização em auditoria em saúde e atua no município como gestor há três anos.

Convergem os discursos do gestor máximo, do gestor da atenção básica e do trabalhador da unidade de saúde da família quando afirmam que compõe o perfil do gestor da VE a motivação, uma boa comunicação e articulação com os demais integrantes da equipe, o que possibilita o desenvolvimento das ações. O discurso do gestor da VE aponta nessa direção, quando refere que apesar da sua pouca experiência, vem procurando buscar construir

esse conhecimento, observando outras experiências e aprendendo no cotidiano do seu trabalho.

Portanto, o gestor da VE não se limita ao conhecimento formal, pois busca, através das experiências vividas, desenvolver competências que segundo Deluiz (2010) antes de ser um conjunto de conhecimentos profissionais é uma atitude social, que demanda o diálogo entre os conhecimentos já formalizados nas disciplinas e a aprendizagem dos saberes gerados nas atividades de trabalho: conhecimentos, valores, histórias e saberes da experiência construídos individual e coletivamente.

Mapa 1: Habilidades e competência do gestor do município 1

| Habilidades e competência do gestor | | | |
|---|--|--|--|
| Gestor máximo | Gestor da VE | Gestor da Atenção Básica | Trabalhador da Unidade Saúde da Família |
| <p>Não sou uma tecnocrata em saúde e sim, sou especialista sim, em gestão em saúde...</p> <p>É uma gestão muito bem preparada tecnicamente, nós temos um corpo técnico muito bom além de serem especialistas ele tem outro lado da questão que é a motivação e vontade real do trabalho</p> | <p>Eu não tenho experiência em gestão em outros municípios, é o primeiro que eu estou atuando na gestão, mas, assim ... quando a gente sai que tem contato com outros gestores a gente vê que aqui a gente tem uma facilidade para essa gestão.</p> <p>Logo que eu iniciei a VE eu não tinha muito conhecimento essa é uma coisa que a gente vai buscando no dia a dia</p> | <p>Eu acho que vai muito do perfil do profissional que conduz a vigilância. Ele tem que entrar na vigilância com um propósito, que é desenvolver tudo que é proposto das atividades da vigilância epidemiológica. Ter muito boa vontade de trabalho, ser muito bem relacionado com as equipes e com os diversos setores da comunidade, da sociedade daquele município que ele está representando, senão não tem eficiência alguma.</p> | <p>Ela (se refere a gestora da VE) recebe muito bem. A resposta é rápida quando a gente precisa de algum encaminhamento. A gente faz encaminhamento de paciente com HIV eles resolvem bem rápido e dão uma resposta bem ágil para que a gente possa ajudar o cliente.</p> <p>Então não temos grandes problemas em relação à coordenadora de vigilância, nem a auxiliar dela, que na falta dela, também consegue resolver as nossas questões.</p> |

No que concerne às características do processo decisório, vale destacar que o gestor máximo refere-se a um modelo de gestão afinado com a Gestão de Qualidade Total (Mapa 2).

A concepção deste modelo possui como lógica o aumento da produtividade, a redução de custos, a satisfação do consumidor e a elevação da competitividade ao interior da organização, portanto direcionado para a eficiência e não para a efetividade. A adoção dessa concepção não é neutra, principalmente quando se observa que a experiência prévia do gestor máximo é na iniciativa privada. Como esclarece Mendes (2006) difunde-se no setor público inovações gerencias originadas da administração privada, sem que se considere os objetivos e valores da administração pública. Somado a isso:

A aplicação de programas de qualidade, sob a ótica da eficiência de mercado, tem focalizado apenas aspectos instrumentais e analisa de forma reduzida o ambiente institucional das organizações, sobretudo, no setor público. Ao que parece, as medidas intra-organizacionais dos programas de qualidade têm tido baixo impacto sobre os custos do setor saúde, o que determina um alcance limitado dos programas neste sentido, quando não se observa o modelo de atenção como um todo. A superação destes problemas no sistema de saúde exige, sem dúvida, uma abordagem mais complexa em termos de política de saúde (GURGEL JÚNIOR; VIEIRA, 2002, p.333).

Observa-se convergência nos discursos dos sujeitos entrevistados quando referem que existe um trabalho integrado, que ocorre de forma horizontal e que existe autonomia no processo de tomada de decisão. O modelo de gestão adotado, segundo a fala dos entrevistados, revela um processo decisório participativo, pois envolve, além do gestor máximo, os gestores intermediários, os trabalhadores e conselheiros. Considera-se este um aspecto positivo, pois de acordo Melo e outros (2009) a existência de linhas de comando que revelam um processo decisório horizontal indica a sustentabilidade, credibilidade e legitimidade da capacidade de gestão.

Mapa 2 Características do processo decisório para os entrevistados do município 1

| Processo decisório | | | | | |
|--|---|---|--|--|---|
| Gestor máximo | Gestor da VE | Gestor da Atenção Básica | Trabalhador da VE âmbito central da SMS | Trabalhador da Unidade de saúde da Família | Conselheiro Municipal de Saúde |
| Primeiramente nós estamos encampando uma gestão, um modelo de gestão que é mais compatível | Primeiro a gente tem uma equipe integrada né, um secretário que confia no seu | O fator da resolutividade e que você tem junto ao município! Quer dizer você não fica tão | Quando o município é da gestão plena acho que ele tem mais autonomia nas decisões, | A secretária em si ela passa para a gente que toda coordenação é como se fosse | Eles dão liberdade ne! a secretária de saúde é bem aberta. aí eles dão oportunidade |

| Processo decisório | | | | | |
|--|---|---|--|--|--|
| Gestor máximo | Gestor da VE | Gestor da Atenção Básica | Trabalhador da VE âmbito central da SMS | Trabalhador da Unidade de saúde da Família | Conselheiro Municipal de Saúde |
| com a realidade, quer dizer, com o nosso momento, no cenário nacional, que é justamente a gente está implantando a gestão de qualidade total da saúde e isso visa o que: integrar todas as coordenações em primeiro lugar, integrar de uma forma que nós possamos ter uma leitura dinâmica de todo complexo de saúde | gestor, que dá liberdade pra gente atuar: a equipe técnica tem essa liberdade, tem autonomia! | dependente, claro que a gente sempre conta com o apoio do estado para poder está orientando, conduzindo o processo... eu tenho certeza que a descentralização da VE deu uma autonomia para o município resolver os seus problemas, mais rapidez porque a gente sabe que a gente tem um estado com 417 municípios que se deixasse tudo em nível de governo e surgissem vários agravos em várias regiões do estado até o poder de resolução destes problemas seria muito | na sua tomadas de decisões, por isso que o município está se qualificando na gestão plena, descentraliza ção, depois que teve a descentraliza ção a parte da saúde pública melhorou muito. | horizontal, então existem os postos de coordenação: saúde bucal, VE, Atenção Básica, porém na falta de um destes todos os outros respondem.. Quando a coordenadora de VE não estar, e a gente tem alguma questão específica de vigilância, o coordenador de atenção básica responde, nem que ele entre em contato por telefone com a coordenadora | e pra..., pra a gente discordar de alguma coisa certo? |

| Processo decisório | | | | | |
|--------------------|--------------|--|---|--|--------------------------------|
| Gestor máximo | Gestor da VE | Gestor da Atenção Básica | Trabalhador da VE âmbito central da SMS | Trabalhador da Unidade de saúde da Família | Conselheiro Municipal de Saúde |
| | | difícil do município ta resolvendo de imediato | | | |

No que tange ao controle social, de acordo com os discursos apresentados no mapa 3 de associação de idéias, a atuação dos conselhos ainda é limitada à aprovação dos relatórios apresentados pela secretaria municipal da Saúde, e em algumas situações para coibir as ingerências político-partidárias. Não se registra a participação do CMS na elaboração de planos e projetos de intervenção.

A respeito das ingerências político-partidárias, e reportando-se para a descentralização da gestão da VE, concorda-se com Costa (2010, p. 259) quando afirma que “a descentralização, se não acompanhada dos necessários instrumentos de controle social, pode fortalecer as estruturas do mandonismo oligárquico e tornar os serviços públicos mais suscetíveis a influências político-partidárias negativas”.

Sabe-se que é marcante na Bahia a política clientelista. Portanto é um grande desafio romper com essa herança histórica, pois muito embora se reconheça o papel fundamental dos CMS, o seu funcionamento é limitado de um lado pela atuação dos gestores que não apresentam as informações com transparência, pela manipulação dos dados epidemiológicos, pela ingerência política na escolha dos conselheiros, pela manipulação dos conselheiros na aprovação das propostas, e por outro lado pela fragilidade política das entidades representadas, pelo corporativismo de cada conselheiro defendendo os interesses somente de sua entidade ou do grupo que representa, pelo pouco acesso às informações, pelo desconhecimento sobre seu papel e sobre o contexto de saúde no qual se encontra inserido (CORREIA, 2010).

Outro fato que chama a atenção é a fala do representante do CMS quando refere que por alguns meses houve interrupção das atividades do CMS, em decorrência da substituição do secretário municipal da Saúde. Entende-se que a irregularidade na frequência das reuniões pode potencializar o desinteresse dos conselheiros para manter a sua participação quando convocados. Assim, a não convocação mensal das reuniões, somada à ausência dos

conselheiros quando são convocados pode minimizar a influencia do CMS na condução das políticas de saúde.

Mapa 3: Controle social para os entrevistados do município 1

| Controle social | | |
|--|--|---|
| Gestor da VE | Trabalhador da VE âmbito central da SMS | Conselheiro Municipal de Saúde |
| <p>A gente também faz avaliação trimestral dos nossos indicadores com a apresentação dos relatórios trimestrais ao conselho.</p> <p>Na verdade a política age como um todo, em todos os municípios, mas, por exemplo, essa questão de alguns pedidos... digamos assim: de vereadores de privilegiar uns e outros. Mas a gente tenta cortar!</p> <p>Ai... as vezes tem algumas ações que a gente quer fazer mas que não depende só da gente ai já vira uma questão política mas por outro lado a gente tenta reverter como, com apoio do conselho municipal, porque sempre a gente ta passando todas as ações para o conselho municipal, e com apoio deles a gente consegue reverter,</p> | <p>O conselho é atuante. Algumas associações deixam aquém, isso é um trabalho de longo prazo.</p> <p>Esse trabalho de educação está um pouquinho aquém, a comunidade não da a parcela dela de contribuição... através do conselho estamos buscando melhorar o controle social.</p> | <p>Esse ano, agora do mês de abril pra cá foi que reativou, porque no final do ano houve aquela troca. Naquele período de troca nós ficamos sem datas, sem ter reuniões, entendeu? E aí assim... A gente não tá bem... no conselho a gente não tá bem ativo, agora que reativou, que tá tendo reuniões contínuas, tá entendendo?</p> <p>Mas janeiro, fevereiro e março não teve reuniões. Veio ter em abril. Foi quando foi apresentada a nova secretária de saúde: a gente ficou a par da mudança da gestão do hospital, da empresa que está administrando o hospital. E aí pronto... daí pra cá que tem tido reunião!</p> |

No que concerne aos mecanismos formais de comunicação na rede de saúde, de acordo com o questionário *on line* e as entrevistas, observa-se que o município possui um fluxo de informação estruturado (Mapa 4). Além de seguir o fluxo de informação normatizado pela secretaria da Saúde do estado e pelo ministério da Saúde, nota-se que o município possui uma normatização própria quanto à avaliação e divulgação dos dados. No que concerne à comunicação entre os trabalhadores da rede municipal, além da internet e o telefone, o

município disponibiliza computadores em todas as unidades da saúde, os quais possuem arquivos atualizados sobre as ações de VE.

Quanto à existência de protocolos, de acordo com os dados do questionário *on line*, o município elaborou o plano de contingência contra a dengue, que é um requisito solicitado pelo ministério da Saúde para os municípios considerados prioritários no controle deste agravo. Portanto, o plano de contingência foi elaborado para responder a uma demanda do ministério da Saúde e não por iniciativa do governo local.

Ressalta-se que o representante do CMS refere o trabalho dos agentes de endemias e da imprensa como uma fonte de informação e comunicação importante para a VE. Não obstante, não se pode deixar de considerar a imprensa como um importante espaço de poder, na medida em que seleciona e prioriza os assuntos a serem divulgados, os quais podem ser definidos em função de interesses pessoais, institucionais ou arranjos políticos.

Mapa 4 – Mecanismos formais de comunicação para os entrevistados do município 1

| Mecanismos formais de comunicação | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| Gestor máximo | Gestor da VE | Gestor da Atenção Básica | Trabalhador da VE âmbito central da SMS | Trabalhador da Unidade de saúde da Família | Conselheiro Municipal de Saúde |
| De qualquer forma nós temos hoje relatórios mensais onde nós vamos verificar o seguinte: as metas, o que realmente foi atingido naquele mês, se houve algum problema. | A estrutura da vigilância é essa: a gente vai agindo ali, atualizando os questionários, mandando os mapas. Só que atualmente eu acho que há uma cobrança maior que vem de cima. Mas, a gente tem que acompanhar esse | A gente tem é um sistema de comunicação eficaz; que eu acho que primeiro: a gente tem internet que a gente se comunica através de email, a gente tem telefone em todas as unidades de saúde da família. Todas as unidades de | A vigilância epidemiológica ocorre desta forma cada um faz a sua parte, não só a vigilância o nível central que faz, então todas as unidades básicas através da notificação, da investigação, remete isso ao nível central que | Qualquer problema, como meu PSF é muito próximo da secretaria, eu nem ligo mais, eu já subo e converso pessoalmente... Quando a coordenadora de VE não está e a gente tem alguma questão | A secretaria de saúde, pelo menos nesse problema das epidemias, da dengue eles atuam através dos agentes de saúde, que fazem as visitas domiciliares |

| Mecanismos formais de comunicação | | | | | |
|-----------------------------------|--------------|---|--|--|---|
| Gestor máximo | Gestor da VE | Gestor da Atenção Básica | Trabalhador da VE âmbito central da SMS | Trabalhador da Unidade de saúde da Família | Conselheiro Municipal de Saúde |
| | crescimento. | saúde da família hoje possui computador, em cada computador possui uma pasta da vigilância epidemiológica por nós instalada, tem o manual, o guia de VE mais atual, tem os outros guias individuais de febre amarela, de malária, de tuberculose, de hanseníase, então assim existe todo um suporte para o profissional desempenhar suas atividades | é a coordenação que aí que toma as medidas cabíveis A endemia e VE é bem articulada, tem essa facilidade porque o município é pequeno e não só nos hospitais como no PSF essa forma de articulação é muito feita, porque quando tem só um caso suspeito ou até mesmo quando está se fazendo a notificação já entra em contato com o setor responsável | especifica de vigilância, o coordenador de atenção básica responde, nem que ele entre em contato por telefone com o coordenador a! Mas assim... a gente consegue ter uma resposta com a coordenação de outros setores. Por mês eles tem uma reunião, de todas as unidades eles comentam e acaba que eles ficam sabendo dos problemas que a gente tá tendo. | localizando os focos da dengue, orientando a população no sentido de não deixar... Aquele orientação que é dada também através da mídia, né? |

Observa-se no questionário *on line* um avanço do município no sentido de elaborar e divulgar alguns informes epidemiológicos. No entanto, a informação dos grandes bancos

existentes, a exemplo do Sinan, ainda é utilizada de forma incipiente para a tomada de decisão.

No balanço geral da avaliação na dimensão organizacional do município 1, observa-se que as análises dos discursos divergem dos resultados apresentados na linha de base avaliativa, os quais indicam para uma avaliação boa na referida dimensão, quando os achados do estudo de caso apontam para uma avaliação regular.

7.2.1 A dimensão organizacional no município 2

Analisando-se os discursos contidos no mapa 5 de associação de idéias observa-se que o gestor máximo da SMS demonstrou ter um conhecimento frágil sobre a VE, reforçada esta evidência por ter decidido interromper a entrevista ainda no seu início, afirmando não saber o que informar. O referido gestor possui formação na área de geografia e não refere experiência prévia em gestão ou especialização no campo da saúde coletiva, sinalizando que neste município a experiência anterior na gestão do sistema local de saúde ou a experiência de trabalho no campo da saúde coletiva não são consideradas como requisitos para a escolha dos gestores. Pode sinalizar também que a indicação dos dirigentes, neste município como possivelmente em outros, encontra-se subordinada ao jogo político-partidário que se estabelece em função da confiança instituída no interior dos grupos políticos, dado que a falta de gestão profissionalizada é resultado da escassez de quadros qualificados ao lado da persistência de clientelismo político na indicação dos dirigentes em todos os níveis do sistema (PAIM; TEIXEIRA, 2007). Do mesmo modo Junqueira e outros (2010) concluem que o perfil dos secretários municipais da saúde não é compatível com a função que ocupam, porque, entre outros fatores, possuem formação inadequada para o cargo, pouca ou nenhuma experiência para o exercício da gestão e baixa autonomia política administrativa.

Concorda-se com Junqueira e outros (2010, p. 924) que:

Torna-se premente ampliar a discussão sobre a introdução, na administração pública, de modelos profissionais de gestão que contraponham ao clientelismo, explícito, por exemplo, na indicação política para a ocupação de cargos de direção e trabalhadores de saúde, aspectos que são mais facilmente visualizados nas cidades de pequeno porte.

De outra parte, o discurso do gestor máximo revela que o silêncio é também um elemento de análise, pois corroborando com Villoro (2008), o silêncio indica uma possibilidade de realizar-se, é a possibilidade significativa mais geral e que remete a negação. Portanto, o gestor máximo revela fragilidade de conhecimento do sistema em que opera, no momento em que interrompe a entrevista, argumentando que “eu prefiro dar uma olhadinha nas perguntas para não ser tão superficial nas respostas”, o que pode também pode refletir uma alienação desse gestor quanto ao seu processo de trabalho.

No discurso de gestor da VE é reforçado o fato de acumular duas funções, sendo esse um aspecto desfavorável para a capacidade de gestão da VE. O gestor da VE ao afirmar que pretende dividir as duas vigilâncias (sanitária e epidemiológica) reproduz uma concepção de trabalho fragmentado e distante da concepção ampliada de vigilância em saúde que se traduz na articulação entre os diversos saberes, seja da vigilância epidemiológica, da vigilância sanitária, da vigilância ambiental, da clínica e seja de outros saberes, de modo que resultem no desenvolvimento de práticas intersetoriais e ações sociais que possibilitem o enfrentamento dos problemas de saúde da população.

As falas do trabalhador da VE do âmbito central e do trabalhador da unidade de saúde da família convergem quando referem que o gestor da VE mantém uma boa comunicação com os demais trabalhadores da saúde e busca dar respostas às suas solicitações, que se revelam na maioria das vezes como pontuais, para atender as necessidades que vão surgindo a depender da situação que se apresenta naquele momento. Isto provoca uma reflexão, dado que informações sobre a utilização do planejamento não aparece nos discursos dos entrevistados, o que pode indicar que o cenário atual ainda não é favorável ao desencadeamento de processos de mudanças nas práticas de gestão.

Mapa 5 - Habilidades e competência do gestor para os entrevistados do município 2

| Habilidades e competência do gestor | | | |
|--|---|--|--|
| Gestor máximo | Gestor da VE | Trabalhador da VE âmbito central da SMS | Trabalhador da Unidade Saúde da Família |
| Eu prefiro dar uma olhadinha nas perguntas para não ser tão superficial nas respostas. Que eu acho que prejudica o | Eu no caso fiquei como coordenação geral no município, como coordenador à | Oh! por ter contato com a coordenadora de vigilância aqui dentro, a minha facilidade com ela, é porque eu vejo o que | Então, tudo que eu precisei em relação à Secretaria, e Coordenação, eu sempre consegui |

| Habilidades e competência do gestor | | | |
|---|---|---|---|
| Gestor máximo | Gestor da VE | Trabalhador da VE âmbito central da SMS | Trabalhador da Unidade Saúde da Família |
| trabalho de vocês... o meu conhecimento em vigilância epidemiológica. Eu to achando meu conhecimento bem superficial para fazer agora (se refere a entrevista). Não! eu vou ser sincero, eu prefiro voltar... | saúde. Ai tem a vigilância sanitária e tem a epidemiológica, que eu vou dividir. Eu ficava com as duas: básica e VE, mas estou atrás de uma pessoa para assumir a VE... | ela faz. Quando chega algum caso de investigação eu sempre estou passando para ela. Ela vai logo atrás para passar a informação para todas as enfermeiras. Papel de coordenadora: investigando. Então eu vejo que é ativo não é? | |

Assim como no município 1, as entrevistas apontam para um processo decisório participativo e horizontal. Pensa-se que um processo decisório horizontal requer o desenvolvimento de ações integradas, formando redes de comunicação entre os sujeitos envolvidos, considerando e valorizando os recursos que cada sujeito aporta, seja de informação, de atitude, de habilidade e de competências. No entanto, a autonomia referida pelos entrevistados é limitada na medida em que as decisões se concentram na figura do prefeito, necessitando em algumas situações da interlocução da secretaria estadual da Saúde para que as ações aconteçam, conforme relato apresentado pelo gestor da VE (Mapa 6).

Nesse sentido, o discurso do gestor da VE demonstra que o processo decisório é centralizado nos níveis hierárquicos mais elevados. Isto posto, não se observa nos discursos dos entrevistados participação na decisão ao implementar quaisquer atividade, se resumindo a executar as ações, que por sua vez se revelam como pontuais, sem um planejamento prévio. É importante salientar que a ausência de um processo decisório horizontal revela também uma menor capacidade para sustentar os resultados de gestão.

A entrevista do representante do CMS indica que alguns dos seus membros possuem uma participação considerada por ele como inadequada, na medida que tenta impedir algumas propostas encaminhadas pela SMS. O que o conselheiro identifica como entrave na atitude dos demais membros pode estar relacionado ao pouco conhecimento deste quanto ao seu papel, e que por isso tende sempre a legitimar as decisões tomadas pelo executivo.

Mapa 6 – Características do processo decisório para os entrevistados do município 2

| Características do processo decisório | | | |
|--|---|---|--|
| Gestor da VE | Trabalhador da VE esfera central | Trabalhador da Unidade de saúde da Família | Conselheiro Municipal de Saúde |
| <p>Como gestora da VE eu tenho assim muita liberdade. Porque o meu relacionamento com o secretário é muito bom. Assim... então tudo que eu faço, é junto com ele, eu considero uma gestão participativa mesmo!</p> <p>Eu acho que é organizar mesmo, porque é a tendência! Os municípios vão ter que se organizar, a gente vai ter que criar uma certa autonomia, porque na verdade os municípios precisavam, dependiam muito da 20 Dires. Hoje não! hoje a gente trabalha em conjunto, mas a gente tem uma certa autonomia para resolver nossas questões aqui...</p> <p>As vezes também o pessoal da regional e de Salvador</p> | <p>Aqui no meu município a gente tem esse livre arbítrio de chegar, de falar, de opinar e o gestor também, ele deixa muito aberto, da gente está opinando...</p> <p>Porque muitas vezes o profissional da secretaria de saúde, sem ser o enfermeiro e o gestor, esteja mais em contato com a população do que eles próprios. Então eles dão bastante espaço da gente ta falando, ta procurando, e é interessante até por causa dessa proximidade com os usuários,</p> | <p>A facilidade é assim: porque sempre as coisas que eu preciso... eu tenho!</p> <p>As vezes nós temos dificuldades com relação à família...</p> <p>Então, a gente acaba colocando coisa que nem acontece na doença, né? A gente fala: “seu filho pode até vim a óbito, isso e aquilo!” Algumas coisas pra ver se influencia a mãe vir, tirar o sangue, pra ajudar o trabalho da gente.</p> | <p>As coisas não andam sozinhas, nem sobre uma pessoa só né? E aí no conjunto, muitas vezes tem pessoas interessadas ou até, vai atrapalhar. Porque quem não ajuda esparrama, o que não ajuda atrapalha né? Então realmente, qualquer direção de qualquer coisa, geralmente com os interessados tem que ter o jogo de cintura porque tem aquelas pessoas que entram só pra atrapalhar muitas vezes né? Nós, já teve conselheiro que entrou pra atrapalhar.</p> |

| Características do processo decisório | | | |
|---|----------------------------------|--|--------------------------------|
| Gestor da VE | Trabalhador da VE esfera central | Trabalhador da Unidade de saúde da Família | Conselheiro Municipal de Saúde |
| chegando aqui, dá para localizar o gestor, o gestor maior, então eles vão procurar desenvolver as atividades junto com a gente. | | | |

Chama atenção a fala do trabalhador na Unidade de Saúde da Família do Município 2, quanto à sua tomada de decisão em relação ao cidadão que procura o serviço de saúde. Nota-se uma relação de dominação, quando tenta fazer com que as pessoas obedeçam às suas prescrições, que se constitui numa forma particular de poder que se traduz pela sujeição e docilidade dos corpos (FOUCAULT, 1998; PERRAULT, 2009).

Adotando-se as idéias de Foucault (1998; 2005) o trabalhador da unidade de saúde da família busca que a população se enquadre em uma série de prescrições que dizem respeito não só a doença, mas às formas gerais de existência e de comportamento, se apropriando de um saber específico para decidir e interferir na vida do indivíduo, da família e da comunidade. Notadamente as práticas de VE, de acordo com a fala do trabalhador da unidade saúde da família, não refletem a concepção ampliada de VE e ainda foca a docilidade das pessoas às normas e procedimentos.

A esse respeito, Santos (2006, p. 64) aponta para achados semelhantes quando avalia a descentralização da VE para a unidade de saúde da família:

Do ponto de vista político, observa-se que tais depoimentos se constituem num aspecto negativo para a implantação da descentralização da VE para as ESF, por, entre outros aspectos, não permitir que a própria população seja ator relevante na execução das ações de vigilância epidemiológica. Em pleno século XXI, portanto, reproduz-se no SUS a busca pela docilidade dos corpos que devem, sem discussão, se submeter às determinações técnicas e políticas do sistema e dos seus trabalhadores.

No que se refere ao controle social, se avaliado apenas o indicador de existência, assim como no município 1, o município 2 apresenta um CMS estruturado. O gestor da VE afirma através do questionário *on line* que participa das reuniões mensais do CMS e cita como exemplo de participação do CMS nas ações de VE, a elaboração do projeto para a

implantação do Comitê de morte materna e infantil. Por sua vez, o representante do CMS não menciona qualquer participação na elaboração de projetos, na verdade a sua fala se concentra em avaliar a participação dos outros conselheiros. O discurso apresentado no mapa 7 revela que para o entrevistado alguns conselheiros não cumprem o seu papel, particularmente por faltar as reuniões. Por outro lado, a fala do conselheiro denota pouca compreensão no que se refere à substituição dos representantes de órgãos, entidades ou instituições que não comparecem às reuniões.

Mapa 7 – Características do controle social para o entrevistado do Município 2

| Controle social |
|---|
| Conselheiro Municipal de Saúde |
| Depois dessa atual administração, de 2004, já ta... aí ta... algumas coisas vão mudando. Tem aquelas falhas de conselheiros, porque conselheiros são complicados as vezes ne? Não quer... ter, assim... é... assumir o compromisso. Às vezes até faz o compromisso e não quer assumir... Nós já tivemos conselheiros que não estava cumprindo com os deveres dele. Aí a gente teve reunião, pra ver se ele voltava a posição que ele tava, nós demos a oportunidade ele não voltou. O conselho reuniu e demitiu ele. E ele criou problema e ficou com raiva dos conselheiros todos né? Mas, porque ele não estava assumindo e a área estava descoberta e aí a população ficava prejudicada, porque as coisas acontecem por causa dessas coisas ne? A gente tem que ter esse papel. |

No que se refere aos mecanismos formais de comunicação, não foram apontados, tanto no momento em que o gestor da VE respondeu o questionário *on line*, como nos discursos dos sujeitos entrevistados (Mapa 8) qualquer mecanismo formal de comunicação entre os trabalhadores da rede. Os discursos revelam que a informação é repassada a depender da situação que se apresente naquele momento, principalmente quando acontecem reuniões com a equipe. Do mesmo modo, através da fala do trabalhador da VE do âmbito central, observa-se que a comunicação acontece quando se tem alguma investigação epidemiológica que precisa ser encaminhada para a enfermeira, que é quem a executa. Assim, as falas são convergentes quando os sujeitos revelam que as informações são repassadas ocasionalmente, acontecendo quando as equipes das unidades de saúde procuram informações específicas ou quando precisam implementar alguma ação.

Mapa 8 – Mecanismos formais de comunicação para os entrevistados do Município 2

| Mecanismos formais de comunicação | | |
|--|---|--|
| Gestor da VE | Trabalhador da VE | Trabalhador da Unidade de saúde da Família |
| Tudo da vigilância a gente passa pra essas unidades e elas procuram... a gente implementa as ações juntos, de saúde... | Eu vejo assim: o que nós temos nós vamos atrás desde a coordenadora... indo atrás: investigando, passando para as enfermeiras, que estão nas localidades, nas zonas rurais, mas tem os PSF. | É assim: quando ocorre capacitação, alguma coisa, a coordenadora tá repassando pra gente tá implementando essas ações no nosso PSF, porque a gente conhece mais a realidade, né? Então é assim, ela passa, ela reúne todos os PSF, nós vamos um dia, às vezes dois, fala com ela e ela passa as ações. |

Além de não apresentar mecanismos formais de comunicação, o município não elaborou nenhum informe epidemiológico durante o ano de 2009, segundo informações prestadas no questionário *on line*. Considera-se esse fato como um elemento que pontua negativamente para a capacidade de gestão da VE, dado que não favorece a divulgação das informações para os diversos segmentos da sociedade quanto à situação de saúde do município e não subsidia o processo de tomada de decisão, ficando os gestores e profissionais da saúde sujeitos a imprevisibilidade e intempestividade das informações.

7.2.1 Balanço final da avaliação na dimensão organizacional nos municípios casos

A despeito das diferenças e semelhanças, observa-se que a avaliação da dimensão organizacional não atingiu um grau avançado em nenhum dos dois municípios analisados, muito embora o município 1 apresente uma melhor situação, ratificando em parte os resultados apresentados na linha de base avaliativa, na medida em que o município 1 apresenta uma situação regular e o município 2 um situação ruim no que se refere a estrutura do processo decisório.

Analisando-se as falas dos entrevistados e os dados obtidos através do questionário *on line*, pode-se inferir que o município 1 encontra-se mais organizado do que o município 2

no que diz respeito aos mecanismos de mobilização social. O município 1 conta com um comitê de mobilização contra dengue, envolvendo vários segmentos da sociedade civil organizada, enquanto que o município 2 não apresenta esse mecanismo de mobilização. Quanto ao CMS, os discursos dos entrevistados e os dados obtidos através do questionário *on line* confirmam características incipientes no que diz respeito a capacidade de gestão da VE.

Percebe-se nos dois municípios uma preocupação central dos gestores em desenvolver os programas instituídos pelo governo federal e estadual ao invés de buscar inovações nas políticas de saúde, de modo a atender as especificidades locais.

As análises dos achados mencionados anteriormente corroboram com os estudos de Landim (2008); Barreto e Guimarães (2010); Melo e outros (2009) no que diz respeito a dependência dos governos locais para implementar as suas políticas, pois seguem as regras estabelecidas pelo gestor federal e ou estadual, sem buscar inovações nos mecanismos de gestão, o que de certa forma implica em constrangimentos na autonomia da gestão da VE no âmbito municipal.

Considerando que a dimensão organizacional da VE revela a capacidade de decidir de forma autônoma, participativa e transparente, os resultados encontrados apontam para situações de constrangimentos nos dois municípios, muito mais acentuada no município 2.

7.3 A DIMENSÃO OPERACIONAL: CAPACIDADE DE EXECUTAR O DECIDIDO

A dimensão operacional refere-se à capacidade que possuem os municípios para mobilizar os recursos de forma a manter as condições técnicas e logísticas para operacionalizar as ações planejadas da VE. Nesse sentido, a dimensão operacional, tomando-se de empréstimo as palavras contidas no relatório intitulado: *Sur la voie du changement : pistes à suivre pour restructurer les services de santé de première ligne au Canada* (CANADA, 2003), pode ser traduzida como uma rede organizada de ações, resultante do jogo entre os atores que dentro de um dado campo social e dentro de um dado contexto interagem para mobilizar e utilizar os recursos a fim de produzir atividades ou serviços para a concretização dos projetos coletivos e dos objetivos declarados. Por conseguinte, na análise dessa dimensão foram consideradas:

a) Disponibilidade dos recursos para a execução das ações de VE de acordo a Resolução 027/2001/CIB/BA, a qual estabelece a seguinte equipe mínima para municípios com menos

de 20 000 habitantes: 01 profissional de nível superior com carga horária de 20 horas e dois de nível médio, com carga horária de 40 horas cada. Quanto à estrutura mínima é preconizado: 01 computador com configuração mínima compatível com os sistemas de informação; 01 impressora; 01 linha telefônica, 01 fax e 01 veículo disponível.

b) Gestão de pessoas, que se refere à situação dos vínculos de trabalho e aos processos de educação permanente.

d) Capacidade técnica dos trabalhadores da VE para operacionalizar as ações.

e) Descentralização da VE para as Equipes de Saúde da Família.

Portanto, essa dimensão traduz a capacidade de governança dos municípios no que concerne à operacionalização das ações de VE.

7.3.1 A dimensão operacional no município 1

No tocante aos recursos operacionais, tomando como base os discursos dos entrevistados, observa-se que o município 1 não possui a equipe mínima definida através da Resolução CIB-BA e tampouco uma estrutura mínima para as atividades de VE (Mapa 9).

Mapa 9 – Recursos operacionais para as ações de VE no Município 1

| Recursos operacionais | | | | |
|---|---|--|--|---|
| Gestor máximo | Gestor da VE | Gestor da Atenção Básica | Trabalhador da VE âmbito central da SMS | Trabalhador da Unidade de saúde da Família |
| Nós temos dois profissionais de linha de frente: um tem o nível superior, outro de nível médio. Mas, integrados e com a familiaridade e a competência de cada um, realmente nós estamos conseguindo conquistas reais. Tanto que nós temos 100% de | A gente tem boa estrutura física, temos equipamentos. Tem a questão de transporte, do carro. Eu precisava de um carro, no caso, por exemplo, agora a questão do isolamento viral que a | Eles (se refere a equipe de saúde da família) tem todas as fichas de investigação com as orientações de como proceder a investigação. A secretaria, no caso a VE e a atenção básica, dão o | As coisas é mais fácil de estar se resolvendo, porque a gente tem veículo próprio. A gestão... ela é participativa. A vigilância | A gente tem os Agentes de saúde em todas as micro áreas, em todas as ruas... a gente tem uma cobertura e sabe realmente quem mora no município. Às vezes falta algum impresso, alguma medicação, mas assim... em tempo |

| Recursos operacionais | | | | |
|---|--|---|--|---|
| Gestor máximo | Gestor da VE | Gestor da Atenção Básica | Trabalhador da VE âmbito central da SMS | Trabalhador da Unidade de saúde da Família |
| efetividade e controle de endemias na nossa cidade. | <p>gente sempre quer fazer e não consegue, as vezes fica emperrado.</p> <p>Segundo a portaria seria um de nível superior e dois de nível médio, mas ainda a gente não conseguiu colocar mais um funcionário. Já estou pedindo a secretária, ela ta dizendo que vai providenciar. Porque assim: se não fosse as equipes de saúde da família, o hospital que também é um grande colaborador meu, eu acho que a gente não dava conta não.</p> | <p>suporte no fornecimento de veiculo, de orientação para a equipe durante o procedimento de investigação. Vamos supor: se, por exemplo, tiver uma notificação de uma meningite, a gente já providencia todo o suporte, exame laboratorial para o paciente suspeito.</p> <p>Se o caso confirme e tiver necessidade do uso da rifampicina, então é a VE que dá esse suporte.</p> | <p>hoje tem um carro montado com som que é quem faz toda divulgação, toda orientação á comunidade, isso é prevenção, então são coisas que facilita o trabalho.</p> | <p>hábil a gente consegue resolver isso..</p> <p>Só atender os pacientes com tuberculose que eu acho complicado... a sala eu também não acho muito adequada, a ventilação é... não é ideal!</p> <p>A gente tem carro uma vez por semana, a micro área é bem próxima, às vezes até andando a gente consegue fazer a investigação. Como tais dias são específicos se acontece alguma coisa mais urgente, nos outros a gente entra em contato com a coordenação e ela fornece o carro. Ou se não for possível ou for muito próximo a gente vai a pé mesmo.</p> |

Observa-se no mapa 9 que o gestor máximo indica que o compromisso da equipe da VE se traduz em um trabalho efetivo, em particular no controle das endemias. Já o gestor da

VE destaca a necessidade de mais um profissional de nível médio tendo em vista que a composição da equipe não atende os requisitos da Resolução CIB/BA que define equipe e estrutura mínima de acordo com o porte populacional dos municípios. A necessidade de mais um profissional é refletida no discurso do gestor da VE quando afirma que somente consegue realizar as ações em decorrência da participação dos trabalhadores das unidades de saúde da família e dos trabalhadores do hospital. Em alguns momentos do seu discurso percebe-se uma preocupação em não conseguir realizar as atividades em decorrência da sobrecarga de trabalho.

É digno de nota acrescentar que os sujeitos da pesquisa, quando se referem à equipe da VE, geralmente referem apenas o gestor e o trabalhador de nível médio, portanto, os trabalhadores que atuam no centro de endemias não são considerados como integrantes da equipe, dando uma idéia de fragmentação do trabalho.

Vale destacar, de acordo com as falas do gestor da VE e da atenção básica, que se trata de um município que possui uma boa estrutura física e insumos necessários para desenvolver as ações, com exceção do transporte que é referido pelo gestor da VE como insuficiente. Um dos ajustes é utilizar o carro que é destinado à equipe da saúde da família uma vez por semana para realizar as investigações ou quando os endereços são próximos da área de abrangência o profissional da ESF se desloca para os domicílios andando.

O gestor da VE considera como problema a falta de transporte, no entanto, o trabalhador da VE do âmbito central refere que uma das facilidades é a disponibilidade de transporte para desenvolver as ações de VE. Inicialmente poderia se afirmar que existe um paradoxo nos dois discursos, mas, na verdade o que ocorre é que os municípios que foram selecionados pelo ministério da Saúde como prioritários para o controle da dengue, como é o caso do município 1, receberam veículos e esses geralmente são disponibilizados exclusivamente para os centros de endemias dos municípios. A lógica do trabalho é permeada pela dicotomia entre Vigilância Epidemiológica e Centro de Endemias, o que reflete também na distribuição dos recursos, ou seja: o veículo do centro de endemias não é utilizado, ou pouco utilizado pela coordenação de Vigilância Epidemiológica.

A respeito dos insumos, o trabalhador da unidade da saúde da família informa que episodicamente faltam medicações e impressos, mas que em tempo oportuno se consegue resolver o problema.

Por outro lado, o trabalhador da unidade da saúde da família destaca que o fato do município possuir 100% de cobertura de ACS permite realizar um trabalho direcionado para a realidade local, na medida em que o ACS conhece cada pessoa que mora na sua área de

abrangência. Porém, tomando como base o discurso do conselheiro e comungando com as idéias de Ferraz e Aerts (2005) pode-se afirmar que mesmo tendo uma cobertura desejável por parte do ACS, esse pode não desenvolver as suas atividades devido a vários fatores, a exemplo: o ACS é responsável por uma média de 750 pessoas na sua comunidade, fazendo com que na maioria das vezes se priorizem as famílias que tem história de pessoas portadores de doença; o número de horas dispensadas para a visita domiciliar é insuficiente porque uma parte da sua carga horária é utilizada em atividades administrativas nas unidades de saúde; o horário que os ACS fazem as visitas domiciliares, geralmente pela manhã, impossibilita em algumas situações encontrar os moradores, ou conforme também asseveram Ferreira e outros (2009, p. 904) o processo de trabalho do ACS é permeado por duas lógicas conflitantes no desenvolvimento da sua prática:

A primeira representada por um conjunto de técnicas, normas e procedimentos ou na medicalização da doença, encontra-se sustentada pela racionalidade normativa e instrumental e pode ser visualizada através das ações de educação à saúde de cunho informativo, corretivo e prescritivo das práticas de higiene e do auto cuidado dirigidas às famílias. Em muitos momentos prevalece esta lógica de trabalho, centrada nas tecnologias duras. Por outro lado, em outra face da "dobra" aparece o ACS com alto grau de liberdade no seu trabalho, operando sobretudo as tecnologias mais relacionais. Esse suposto contraditório demarca sua rotina de trabalho, sendo que o ACS se encontra no centro de entre as duas lógicas tensão.

Portanto, concorda-se com Nogueira (2002) ao asseverar que o trabalho do ACS é permeado por ambiguidades, de maneira que se mistura e se confunde com tudo que é feito pela ESF, pelo SUS e pelo Estado de um modo geral.

Outro aspecto que chama a atenção é a estrutura física da USF. Para o trabalhador dessa mesma unidade esta não é adequada, particularmente em relação a ventilação. No relatório de gestão do ano de 2009 do referido município é apontada a necessidade de construção de duas unidades de saúde da família, tendo o projeto arquitetônico elaborado, porém a construção não foi feita.

No que tange aos vínculos empregatícios, nota-se que o processo de flexibilização das relações de trabalho, em que os municípios adotam formas diferentes de contratação, a exemplo das cooperativas, dos contratos temporários, das prestações de serviços, entre outras, se traduziu na precariedade dos vínculos empregatícios trazendo como consequência a rotatividade, o acúmulo de emprego, a insatisfação dos trabalhadores e a perda dos direitos trabalhistas. (BARROS; MELO, 2003; CASTEL,1997; COHN; MARSIGLIA , 1993;

NOGUEIRA; BARALDI; RODRIGUES, 2004; SANTOS, 2006; SCALCO; LACERDA; CALVO, 2010).

A contratação dos trabalhadores da saúde do município, segundo informação obtida através do questionário *on line* acontece através de concurso, seleção e nomeação, sendo que na VE existe apenas um funcionário com vínculo efetivo, muito embora o trabalhador do âmbito central afirme que no centro de endemias os servidores são estatutários.

Ainda que o gestor da VE mencione as interferências político-partidárias na gestão das pessoas, também enfatiza que existe um trabalho em equipe que garante a autonomia na tomada de decisão. Em vários momentos do seu discurso, o gestor da VE refere que as ingerências político-partidárias interferem de forma negativa na gestão da VE, seja pela indicação das pessoas para assumir cargos e ou funções, seja para direcionar as ações da VE para as áreas que sejam consideradas interessantes para conquistar mais eleitores (Mapa 10).

Mapa 10 – Características da gestão de pessoas no município 1

| Características da gestão de pessoas | | | | | |
|---|---|--|--|--|--|
| Gestor máximo | Gestor da VE | Gestor da Atenção Básica | Trabalhador do âmbito central da VE | Trabalhador da Unidade de saúde da Família | Conselheiro Municipal de Saúde |
| A secretaria hoje ela está com uma gestão voltada justamente para essa especialização, realmente de gestão, consideram do todo o processo sistêmico e como podemos multiplicar de uma forma concêntrica | Em relação à gestão de pessoal, um dos negativos aqui no município é a questão política que às vezes dá interferência na nossa atividade de gestão. Acho que isso é até geral! Mas a gente tem uma autonomia para fazer essa gestão: e assim ta | Aqui no município a gente não tem esse problema (se refere a rotatividade). A gente tem esse problema no município com o profissional da equipe, que é a enfermeira. Quando a enfermeira se desliga da equipe, ai a gente perde toda uma lógica de | Não só de endemias, mas os comunitários (se refere ao ACS) hoje todo mundo ele é estatutário. Então isso facilita a gestão do município, a maioria dos profissionais em termos de direito trabalhista todos aqui, isso facilita a gestão | Aqui no PSF graças a Deus, a gente não tem tido grandes complicações não. A gente já teve uma rotatividade grande de médico, mas assim... a medida que chega um médico recente ou um novo dentista a gente já senta, já passa todas as | É... mudaram, vinham até frequentement e. Mas, houve uma mudança no..., acho que mudou o ACS. E mudou assim: o que assumiu no lugar deve ter relaxado um pouquinho ne? |

| Características da gestão de pessoas | | | | | |
|--------------------------------------|--|---|-------------------------------------|--|--------------------------------|
| Gestor máximo | Gestor da VE | Gestor da Atenção Básica | Trabalhador do âmbito central da VE | Trabalhador da Unidade de saúde da Família | Conselheiro Municipal de Saúde |
| a. | <p>sempre em busca de conhecimento, a gente aqui tem a liberdade de estar participando dos cursos promovidos, de estar se atualizando. E...a integração da equipe... isso ajuda muito na gestão, porque a gente atua em relação às coordenações, aqui um ajudando o outro. Por exemplo: a gente aqui trabalha muito ligada à atenção básica.</p> | <p>trabalho, que a nova profissional que vai ser inserida vai começar a caminhar por esse caminho, que é a vigilância. A gente tem uma quebra da seqüência de atividades.</p> <p>Ele não quer ter esse vínculo (se refere ao médico). Ele ainda vem muito com perfil hospitalar, que é de fazer o atendimento e se desligar do município e não ser muito participativo junto com a equipe, a equipe de saúde da família hoje está faltando bastante por isso.</p> | | <p>orientações, rotinas, quando notificar, o que notificar. Mas em relação a rotatividade, no hospital a gente não tem muita influencia: a gente não recebe muitas orientações de quem sai e quem não sai, na verdade a gente recebe uma planilha todo mês mas não sai o nome do profissional. A gente tem os atendimentos que foram feitos, quantas consultas a gente pode enviar e tal para atendimento ambulatorial, mas a gente não tem o nome do profissional, a gente sabe pela boca do paciente que tal</p> | |

| Características da gestão de pessoas | | | | | |
|--------------------------------------|--------------|--------------------------|-------------------------------------|---|--------------------------------|
| Gestor máximo | Gestor da VE | Gestor da Atenção Básica | Trabalhador do âmbito central da VE | Trabalhador da Unidade de saúde da Família | Conselheiro Municipal de Saúde |
| | | | | profissional já não ta mais no município. Então essas questões, sei que tem e que acaba atrapalhando. | |

Conforme apontam os depoimentos dos sujeitos entrevistados, um aspecto positivo para a capacidade de gestão da VE refere-se aos processos educativos que acontecem nos municípios ou fora deles (Mapa 11). A maioria dos sujeitos entrevistados converge nas suas falas quando mencionam o papel da secretaria estadual da Saúde, através da Dires/Divep, no desenvolvimento das capacitações, muito embora, essas se revelem pontuais, prescritivas e de transmissão do conhecimento, com ênfase em conteúdos sobre doenças transmissíveis. Convém resgatar a observação realizada pelo gestor da atenção básica, no que se refere ao descompasso de tempo entre as capacitações previstas pela Divep e o tempo que tem os municípios para se programarem para liberar os técnicos para participar dos eventos.

Depreende-se que muito embora a Dires/Divep assumam um papel de destaque nos processos educativos, observa-se que esses acontecem sem um co-planejamento de forma a identificar as necessidades locais e sem acordar com os municípios o momento que as capacitações podem e devem ser realizadas. Concorde-se que os processos educativos devem acontecer, mas que se tenha como referência as necessidades de saúde dos indivíduos e da coletividade, da gestão e do controle social, com vistas à transformação das práticas de saúde e da organização do trabalho.

Mapa 11 – Educação permanente para os entrevistados do Município 1

| Educação permanente | | | | |
|--|---|---|--|--|
| Gestor máximo | Gestor da VE | Gestor da Atenção Básica | Trabalhador do âmbito central da VE | Trabalhador da Unidade de saúde da Família |
| <p>A secretaria de saúde... realmente ela tem esse legado que é muito bom; que é da tradição da localidade. Então porque você não trabalhar cada vez com um tema, na pro atividade? Eu acho que a gente tem questões da demanda espontânea que são emergenciais e que a gente tem que atender.</p> | <p>A gente aqui tem a liberdade de estar participando dos cursos promovidos, de está se atualizando.</p> <p>A questão de técnicos capacitados, a oportunidade que a gente tem de está se capacitando... eu acho que isso tudo são pontos positivos que ajuda na gestão da VE.</p> <p>Um ponto frágil daqui do município é que ainda não tem a coordenação de educação permanente e é muito importante para a gente estar capacitando os profissionais, então assim: a gente sempre tá buscando o apoio da Divep. Esse ano mesmo a gente já fez a capacitação em</p> | <p>Hoje nós temos normatizado: o profissional que chega no município ela passa na coordenação da atenção básica, depois na coordenação de VE. Quer dizer... eles não tomam um curso de VE mas sabem qual é o seu papel enquanto membro da equipe, na atuação quanto aos agravos que foram notificados. Então assim: ele sabe o que é semana negativa, sabe o que é semana positiva; ele conhece a ficha individual de notificação; eles tem todas as fichas de investigação com as orientações de como proceder a investigação. A secretaria, no caso a VE e a atenção básica, dá o suporte no fornecimento de veículo, de orientação para a equipe durante o</p> | <p>Se aparece uma portaria nova o município procura logo está capacitando estes profissionais para daí ter a melhoria do serviço oferecido a população. A 1ª Dires está nos capacitando. Ano passado mesmo a gente teve... Sempre nos atualizando, quando aparece coisa nova, a gente sempre está buscando, hoje o agente de endemia não só conhece de dengue, conhece de esquitossomosse, de profilaxia da raiva, conhece um pouco de vigilância sanitária, conhece um pouco da parte educação em saúde, hoje o Agente de Endemias ele é um polivalente</p> | <p>A coordenadora em si é muito aberta; ela traz novidades pra gente, ela manda a gente pros cursos. Então isso tudo eu acho que é uma facilidade.</p> |

| Educação permanente | | | | |
|---------------------|-----------------------------|---|-------------------------------------|--|
| Gestor máximo | Gestor da VE | Gestor da Atenção Básica | Trabalhador do âmbito central da VE | Trabalhador da Unidade de saúde da Família |
| | hanseníase, em tuberculose. | <p>procedimento de investigação.</p> <p>Eu acho como sugestão que poderia ocorrer com maior frequência encontros regionais de VE para que cada município apresentasse as suas experiências exitosas: como é feita a parte técnica; como é montado o monitoramento; essa coisa da semana negativa; da semana positiva; como está organizado o registro feito pela unidade de saúde da família e como está esse registro feito pela unidade de saúde da família e como está esse registro no nível central; como é feito este acompanhamento. Porque eu acho que a gente só tem a somar, porque cada município tem uma realidade diferente.</p> | | |

Os temas das capacitações mais citados pelos sujeitos entrevistados encontram-se relacionados às doenças transmissíveis. Aqui não se pretende descartar as capacitações voltadas para o conhecimento da clínica, das ações e medidas de controle de determinados agravos, no entanto, por si só essas não são suficientes para promover mudanças das práticas e da organização dos serviços. Defende-se que nessas capacitações sejam incorporadas reflexões críticas a partir de situações vivenciadas no cotidiano do trabalho, assumindo como premissa que os trabalhadores são sujeitos que pensam, criam, agem e não são meros receptores de informações.

Comungando-se com as idéias de Ceccim (2005, p. 165):

As capacitações não se mostram eficazes para possibilitar a incorporação de novos conceitos e princípios às práticas estabelecidas – tanto de gestão, como de atenção e de controle social – por trabalharem de maneira descontextualizada e se basearem principalmente na transmissão de conhecimentos. A Educação Permanente em Saúde pode ser orientadora das iniciativas de desenvolvimento dos profissionais e das estratégias de transformação das práticas de saúde.

Chama a atenção a fala do gestor da atenção básica, quando menciona a necessidade de compartilhamento de experiências exitosas entre os municípios da regional, que não deixa de ser uma estratégia pertinente, no momento em que um município poderá aprender com a experiência do outro.

O ministério da Saúde encontra-se na sua décima edição de mostra nacional de experiências bem sucedidas em epidemiologia, prevenção e controle de doenças. Trata-se de uma mostra competitiva entre os municípios brasileiros para apresentarem experiências consideradas bem sucedidas. A Expoepi é uma estratégia que permite o compartilhamento das experiências consideradas bem sucedidas em todo o território nacional, mas pensa-se que também seria interessante adaptar essa estratégia para espaços microlocalizados, conforme sugere o gestor da atenção básica, na medida em que teria uma participação de um maior número de sujeitos da própria localidade.

Muito embora não tenha sido mencionado nos discursos dos entrevistados, percebe-se um avanço no tocante aos processos de capacitação, conforme apontado no relatório de gestão do ano de 2009 (Quadro 13), quando é relacionada como meta alcançada a realização de capacitação em acolhimento com ênfase na gestão compartilhada no processo de trabalho para as equipes de saúde da família, dentre outras.

Quadro 13 – Análise do relatório de gestão dos municípios segundo o tema educação permanente

| TIPO DE DOCUMENTO /ANO | AUTOR INSTITUCIONAL | TEMA CENTRAL (O QUE?) | COMO? | POR QUE / PARA QUE? (COMO ESTÁ ESCRITO) |
|--------------------------------------|----------------------------|------------------------|--|---|
| RELATÓRIO DE GESTÃO 2009 MUNICIPIO 1 | Secretaria municipal Saúde | Educação permanente | O relatório apresenta o investimento feito na qualificação e especialização dos trabalhadores da saúde | Os Cursos de Formação Técnica dos Agentes Comunitários de Saúde em parceria com a Escola de Formação Técnica em Saúde Prof. Jorge Novis; Curso de Especialização em Gestão da Atenção Básica com Ênfase na Implantação das Linhas de Cuidado; Curso de Especialização em Saúde da Família com Ênfase na Implantação das Linhas de Cuidado; Curso de Acolhimento Pedagógico para as 05 Equipes de Saúde da Família e Curso de Especialização de Gestão em Saúde. |

Os discursos dos entrevistados convergem para um modelo de gestão em que se busca o aumento da produtividade e dos resultados através do alcance das metas instituídas por outras esferas de governo (Mapa 12),

Merecem destaque alguns aspectos: é realizada avaliação dos indicadores pelos gestores, muito embora estes se utilizem apenas dos instrumentos formalizados por outras esferas de governo, a exemplo do relatório de gestão; as atividades realizadas pela equipe são acompanhadas pelos gestores da VE e da atenção básica; o hospital é fonte de notificação das

doenças e agravos, muito embora a notificação e investigação fique sob a responsabilidade da enfermeira; o médico não desenvolve as ações de VE tanto no hospital como na unidade da saúde da família; e as capacitações são referidas como importantes para melhorar a qualidade dos serviços para a comunidade.

Mapa 12 – Capacidade técnica para os entrevistados do Município 1

| Capacidade técnica | | | | | |
|---|---|---|--|--|--|
| Gestor máximo | Gestor da VE | Gestor da Atenção Básica | Trabalhador âmbito central da VE | Trabalhador da Unidade de saúde da Família | Conselheiro Municipal de Saúde |
| Os índices realmente só contempla um bom monitoramento. Queremos melhorar! Eu acho que é aquela questão linear da evolução qualitativa. Nós temos dois profissionais de linha de frente: um tem o nível superior outro de nível médio, mas integrados e com a familiaridade e a competência de cada | Lá no hospital existe uma coordenação de enfermagem que é contato direto que eu tenho. Eu procuro envolver os profissionais. Essa representante, a coordenação de enfermagem, mais a diretoria do hospital, nas capacitações que a gente tem a fazer. Então as vezes o profissional médico é resistente na questão de notificação, de investigação. Então o que é | Existe todo um suporte para o profissional desempenhar suas atividades: isso com apoio, com a parceria da VE que sempre está em contato, sempre está buscando, sabendo quando não tem um agravo; quando a semana foi ta em aberto, o porque da ocorrência dessa abertura da semana; porque não foi notificado, negativo, positivo. Portanto a facilidade do município é | Os profissionais que atuam no nosso município são capacitados. O município vem capacitando a cada dia que passa, melhorando essa capacitação profissional para qualidade do serviço para a comunidade. | Agora melhorou. A gente ainda tem esse entrave com a médica da unidade, por conta de ser uma profissional que tem uma especialidade e ainda tem aquela rotina do tempo que trabalhava como especialista. Mas assim, ela é uma pessoa que é aberta à discussões e quando a gente precisa ela vai... é esquecimento, não é má vontade. E quando a gente consegue a tempo a gente faz a | Ah, a gente fica internado aqui no hospital mesmo. Os casos mais graves se manda pra Salvador, mas a maioria dos casos recebem assistência aqui no hospital mesmo. Agora quando a coisa fica muito grave, aí eles mandam pra Salvador. Sabe... quando as coisas fogem do controle! |

| Capacidade técnica | | | | | |
|---|---|---|----------------------------------|---|--------------------------------|
| Gestor máximo | Gestor da VE | Gestor da Atenção Básica | Trabalhador âmbito central da VE | Trabalhador da Unidade de saúde da Família | Conselheiro Municipal de Saúde |
| um realmente nós estamos conseguindo conquistas reais | que faz essa coordenação de enfermagem: ela faz busca ativa dos prontuários e aí ela mesmo notifica. Se der fecho a investigação lá, então inicia lá e eu fecho aqui. Então toda mês, toda semana, eles trazem notificações dos casos de diarreia, dos agravos, fazem a questão da coleta, de isolamento. Eu tenho contato também com o pessoal do laboratório... aí quando tem coleta eles me avisam para que eu encaminhe para o Lacen. Às vezes eu sei que teve um caso suspeito que não fez coleta, já entro em | esse suporte que existe. É um município pequeno. As unidades são próximas, além de ter aliado a essa logística, a gente tem um aparato tecnológico muito bom, então facilita a condução das atividades. | | investigação no mesmo momento da notificação. A gente tem tudo em relação à investigação, a gente tem transporte. | |

| Capacidade técnica | | | | | |
|--------------------|---|--------------------------|----------------------------------|--|--------------------------------|
| Gestor máximo | Gestor da VE | Gestor da Atenção Básica | Trabalhador âmbito central da VE | Trabalhador da Unidade de saúde da Família | Conselheiro Municipal de Saúde |
| | contato o PSF, é uma rede que a gente faz aqui. | | | | |

Observa-se na análise do relatório de gestão que a avaliação dos resultados alcançados segue os parâmetros preconizados no Pacto pela Vida (Quadro 14). Conforme relato dos entrevistados e os dados apresentados, o município vem apresentando uma melhora significativa na maioria dos indicadores, em particular da dengue, considerado um dos grandes problemas de saúde pública no município.

Quadro 14 – Análise do relatório de gestão do Município 1 segundo o tema capacidade técnica

| TIPO DE DOCUMENTO /ANO | AUTOR INSTITUCIONAL | TEMA CENTRAL (O QUE?) | COMO? | POR QUE/PARA QUE? (COMO ESTÁ ESCRITO) |
|--------------------------------------|----------------------------|---|--|---|
| RELATÓRIO DE GESTÃO 2009 MUNICIPIO 1 | Secretaria municipal Saúde | Avaliação da dos indicadores do pacto pela vida | O município avalia as prioridades definidas através do pacto pela vida: saúde do idoso; câncer de colo de útero e de mama; mortalidade infantil e materna; doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e | Em 2009 o município apresenta resultados satisfatórios na análise final dos indicadores pactuados no Pacto pela Saúde com destaque significativo na redução do índice de infestação predial do <i>Aedes Aegypti</i> mosquito responsável pela transmissão da dengue. Por conta de um trabalho |

| TIPO DE DOCUMENTO /ANO | AUTOR INSTITUCIONAL | TEMA CENTRAL (O QUE?) | COMO? | POR QUE/PARA QUE? (COMO ESTÁ ESCRITO) |
|------------------------|---------------------|-----------------------|--|---|
| | | | influenza; promoção da saúde e fortalecimento da atenção básica. | multidisciplinar e intersetorial a nível municipal, este agravo não representou problema em nosso território, isto demonstra o fortalecimento da capacidade de gestão com ênfase na prevenção especialmente na Atenção Básica a Saúde, onde o município de Madre de Deus tornou-se exemplo a nível regional e estadual. |

Avaliando-se os resultados da Programação das Ações de Vigilância em 2008, verifica-se que o município alcançou a maioria das metas pactuadas, com destaque para a realização do diagnóstico laboratorial das doenças exantemáticas (100% dos casos); vacinação contra a poliomielite em crianças menores de cinco anos (107% na segunda etapa); vacinação da população de um ano de idade contra sarampo, rubéola e caxumba (145%). Trata-se um município que consegue resultados favoráveis no que diz respeito aos indicadores pactuados o que soma à capacidade de gestão da VE.

Os discursos dos entrevistados (Mapa 13) sinalizam que existe uma integração entre a VE e a atenção básica do âmbito central, as unidades de saúde da família e o hospital. Ainda que apresentem algumas dificuldades com relação ao hospital, observa-se que conseguem fazer uma articulação para que a ação aconteça, ainda que em algumas situações fique restrita à notificação dos casos. Existem divergências nos discursos do gestor da VE e do trabalhador do âmbito central, pois ao tempo que o gestor refere que as equipes da saúde da família fazem a notificação e a investigação, o trabalhador informa que a equipe apenas notifica, sendo essa notificação repassada para o âmbito central fazer a investigação. Por sua vez, o discurso do trabalhador da unidade da saúde da família refere que o fato de conhecer a população da sua área de abrangência através do agente comunitário permite notificar e investigar o caso.

O trabalhador da unidade da saúde da família reforça mais uma vez como os atos são fragmentados, dado que somente a enfermeira notifica e investiga e o odontólogo participa esporadicamente das atividades e o médico quase nunca o faz. A esses dois últimos profissionais cabe o preenchimento e envio de alguns impressos o que ainda assim, fazem quando consideram que devem fazer. Portanto, a enfermeira ao se ausentar da unidade, quando retorna ainda encontra atividades pendentes, o que acaba gerando sobrecarga para essa profissional.

Mapa 13 – Descentralização da VE para as equipes de saúde da família no Município 1

| Descentralização da VE para as equipes de saúde da família | | | | |
|---|--|---|---|---|
| Gestor da VE | Gestor da Atenção Básica | Trabalhador do âmbito central da VE | Trabalhador da Unidade de saúde da Família | Conselheiro Municipal de Saúde |
| Na verdade é assim: a VE ela tá descentralizada: os nossos parceiros... A gente tem uma unidade hospitalar na rede própria e cinco unidade de saúde da família que perfazem 100% de cobertura. Então como são essas ações: as notificações, investigação s, todas são realizadas à nível de | Quando ocorre um agravo que é notificado na sexta feira, final de semana, ai a equipe da vigilância se desloca para o município para poder desenvolver a investigação. No decorrer da semana a gente conta com o apoio dos agentes comunitários de saúde para localizar a família, já que ele é o individuo que está inserido na sociedade, sabe pontualmente aonde mora cada morador, A enfermeira da equipe, o dentista, o médico, então | É de uma forma descentralizada, ou seja, através do... porque ela é descentralizada (se refere as ações da VE) porque a gente tem cinco unidades básicas de saúde que é os PSF e além dos cinco PSF a gente tem o hospital. No caso a gente que trabalha em endemias, no caso da notificação de dengue, quando é em relação aos PSF ele notifica, manda essa notificação para o nível central que é a coordenação, ai ele faz toda a investigação e ai justamente as coletas de dados | A gente já teve caso de dengue que foi diagnosticado fora do município, A pessoa não procurou a unidade, então o Agente de saúde que buscou isso para gente, para fazer a notificação. Enfim, eles são orientados a buscar e a trazer para gente as coisas da comunidade; e os da recepção, a técnica de enfermagem, quando a pessoa chega anti-rábica eles já ta com... O grande problema que a gente tem é sempre com a | Os ACS, também eles fazem as visitas regularmente, acompanhando as pessoas que estão querendo saber das questões de saúde. Não, não sei o nome (se refere ao ACS). Eu até perguntei a uma menina, a menina até me disse o nome que era, mas eu me esqueci, fiquei de ir lá no PSF pra saber quem é, e até reclamar esse fato, ne? Na realidade, |

| Descentralização da VE para as equipes de saúde da família | | | | |
|---|--|---|---|--|
| Gestor da VE | Gestor da Atenção Básica | Trabalhador do âmbito central da VE | Trabalhador da Unidade de saúde da Família | Conselheiro Municipal de Saúde |
| <p>unidade de saúde da família, no hospital também eles realizam e a gente vai fazendo esse acompanhamento, a critica dessas investigações, acompanhamento na situação de bloqueio. A gente ta junto também com a avaliação desses dados.</p> <p>Eu acho que aqui a gente tem pontos positivos: primeiro é um município pequeno; a gente tem 100% de cobertura do PSF e as unidades de saúde da família realmente</p> | <p>todo mundo hoje dentro do seu consultório tem a lista de agravos de notificação</p> <p>A enfermeira estando de férias, a auxiliar de enfermagem não sabendo nada, a gente procura saber do médico se teve algum agravo de notificação, no consultório odontológico também para proceder essa notificação.</p> | <p>tudo que venha baseado no caso, por isso que tem esse apoio da vigilância.</p> | <p>médica porque nem sempre ela faz a notificação. Faz o diagnóstico e esquece a notificação; tem que buscar esse paciente novamente para fazer a notificação</p> <p>A gente sabe realmente quem não é daqui. A gente tem conhecimento de todos os nomes, endereços, tudo certinho. Então, para mim isso é uma facilidade, na hora de investigar, eu sei da onde aquele paciente é e eu tenho o Agente de saúde que vai buscar.</p> <p>É a enfermeira que faz esse intermédio. Normalmente sou eu: notificação, investigação. Sempre sou eu! A dentista ajuda muito pouco, a médica quase nunca faz. Ai a gente divide: alguns impressos, algumas coisa são feitos pela</p> | <p>eles às vezes é quem realmente informam pra gente o que eles estão fazendo, sabe?</p> |

| Descentralização da VE para as equipes de saúde da família | | | | |
|--|--------------------------|-------------------------------------|---|--------------------------------|
| Gestor da VE | Gestor da Atenção Básica | Trabalhador do âmbito central da VE | Trabalhador da Unidade de saúde da Família | Conselheiro Municipal de Saúde |
| são parceiros da VE. | | | dentista, outros pelos auxiliares e técnicos e outros pela médica, Normalmente fica pendência para quando eu volto... bem complicado. | |

Quanto ao trabalho do ACS, apenas o trabalhador da unidade da saúde da família e o representante do Conselho fazem referência, muito embora a fala do conselheiro apresente algumas divergências: ao mesmo tempo em que afirma que o ACS faz um trabalho diário na comunidade, diz também que não sabe quem é o agente que atua na sua área.

Por outro lado, o trabalho das equipes da saúde da família limita-se ao controle das doenças transmissíveis, através da notificação de casos, investigação epidemiológica e realização de bloqueio vacinal, e das campanhas de vacinação. Notadamente as ações são realizadas muito por uma demanda do âmbito central da secretaria municipal da Saúde e não como uma necessidade percebida pelos trabalhadores das unidades da saúde da família. Como consequência, não analisa o estado de saúde da população, tampouco as necessidades reais da população. Como a equipe não se apropria dos dados produzidos no âmbito local, não elaboram informações que possam subsidiar o processo de tomada de decisão.

7.3.2 A dimensão operacional no Município 2

Analisando-se os discursos dos entrevistados é possível perceber as dificuldades de recursos operacionais que os trabalhadores da saúde enfrentam para desenvolver as ações da VE (Mapa 14).

Analisando-se a fala do gestor da VE nota-se a intenção do mesmo em assumir a gestão da atenção básica e delegar a gestão da VE para outro profissional, o que não foi feito

até o momento por falta de recurso financeiro. Portanto, assim como no município1, o município 2 também não possui estrutura mínima definida através da Resolução CIB/BA.

Observa-se a escassez de transporte, que segundo o trabalhador do âmbito central dificulta a realização das ações, que muitas vezes acontece pela mobilização e empenho da equipe e não pelas condições logísticas. Verifica-se que os discursos dos sujeitos entrevistados corroboram com o discurso do Gestor da VE estadual (GE 6), quando afirma que alguns municípios não possuem estrutura e tampouco uma equipe mínima para desenvolver as ações, sendo o termo de compromisso mais uma definição meramente formal, dado que ainda persiste em alguns municípios condições que inviabilizam a sua execução.

Fazendo associação das idéias do gestor da VE, com as do trabalhador do âmbito central e o trabalhador da unidade da saúde da família, surge um elemento de análise importante: o gestor máximo da secretaria municipal da Saúde não tem autonomia para decidir como utilizar o recurso financeiro, tendo que solicitar a aprovação do prefeito para liberar o pagamento desde um procedimento complexo até um procedimento mais simples, a exemplo de uma coleta de material para exame, que é de responsabilidade municipal, mas é compreendida pelo trabalhador da unidade de saúde da família como uma benesse concedida pelo prefeito.

Diante das falas dos sujeitos, nota-se que o gestor máximo da saúde, ao se limitar a repassar as demandas da equipe para o prefeito, reforça o que historicamente vem sendo o instituído nas políticas de saúde, ou seja, a centralização do poder, com uma lógica instituída no processo do trabalho é permeada por dois extremos: os que mandam e os que obedecem.

Mapa 14 – Recursos operacionais para os entrevistados do Município 2

| Recursos operacionais | | | |
|--|--|---|--|
| Gestor da VE | Trabalhador do âmbito central da VE | Trabalhador da Unidade de saúde da Família | Conselheiro Municipal de Saúde |
| Ai a gente vai colocar uma pessoa só para VE e eu fico com a básica, porque na verdade eu assumo as duas, exatamente por | A gente tem dificuldade de ir até esses locais, o transporte A gente sabe que tem muitas dificuldades, de que nem sempre temos os recursos, digamos que nós trabalhamos com os recursos que nós temos e | Porque é sempre assim né, uma entra outro acaba saindo; procura outro lugar... Como eu sou do município... A facilidade é assim: porque sempre as coisas que eu preciso... eu | E agora nós temos um PSF na Feirinha, no povoado, que fica daqui a 21 Km e tem um outro PSF no povoado de Alegre, aonde o hospital ..., é uns 40 Km. É lá teve atendimento médico, dentista também né, |

| Recursos operacionais | | | |
|--|--|---|---|
| Gestor da VE | Trabalhador do âmbito central da VE | Trabalhador da Unidade de saúde da Família | Conselheiro Municipal de Saúde |
| <p>isso porque o município não tinha muitos recursos e agora vai descentralizar essa ação para outra pessoa...</p> <p>Eu tenho 04 unidades de saúde da família e uma de base.</p> <p>Eu acho que em todos os momentos, porque quando a gente precisa de recurso material, por exemplo, vai pra ele (o gestor maximo), e ele prontamente nos atende, ele que é o veículo principal com relação ao financeiro, então ele está sempre disposto com a gente...</p> | <p>não o que deveríamos ter e assim pelo que nós temos eu vejo a gestão indo atrás com o que nós temos, atividades com carro, transporte, trabalhamos com as zonas rurais, a gente tem dificuldade de ir até esses locais, o transporte, eu diria que estamos caminhando e que muita coisa lógico ainda falta para melhorar.</p> | <p>tenho.</p> <p>“Coordenadora (refere o nome, mas por questões éticas foi omitido), tô precisando de um carro pra ir em tal lugar...” eu tenho.</p> <p>Material, essas coisas, eu tenho facilidade.</p> <p>Coordenadora (omitido o nome por questões éticas), está acontecendo isso e isso, a mãe não tem condições de tá pagando o exame e tem que realizar o exame. Aí, ela vai e conversa com o secretário, o secretário já leva pra gestão maior, e, às vezes, a gente consegue o exame de graça.</p> <p>Entendeu?</p> | <p>a parte exames ginecológicos, agora eu não estou por dentro assim de dias certos.</p> <p>Mas falta, estamos faltando, falta aparelhagem, falta mais médicos capacitados, porque o hospital até agora é mantido pela prefeitura e nós não conseguimos ainda uma ajuda do governo.</p> |

Chama atenção para a fala do representante do CMS, cuja preocupação central recai na falta de recursos para o hospital municipal, atualmente mantido com recursos próprios. O hospital re-inaugurado na atual gestão municipal possui uma capacidade para sessenta leitos, porém, a média de utilização é de trinta leitos conforme assevera o gestor da VE, que por sua vez demonstra uma grande preocupação quanto ao não credenciamento da unidade pelo SUS.

Nos discursos dos entrevistados, observa-se o tom de contentamento ao mencionar a iniciativa do prefeito atual em abrir um hospital que por longos anos encontrava-se fechado, muito embora no relatório de gestão não tenha sido mencionado que houve interrupção de atendimento no hospital, pelo contrário, este registra que a unidade hospitalar oferece serviços a população há mais de dez anos e que atualmente conta com uma nova estrutura.

No relatório de gestão de 2009 é mencionado que o hospital possui 30 leitos cadastrados, porém nenhum credenciado pelo SUS. Segundo o referido documento “a prefeitura arca com recursos próprios porque ainda não foi feito o credenciamento destas ações junto ao SUS, o que implica em novas tomadas de decisão”, muito embora não seja especificado que tomada de decisão seria adotada.

Ainda no relatório de gestão do município é apontada que a “a estrutura física destas unidades apresenta precariedade impedindo muitas vezes a descentralização completa de diversas ações e que dificulta o acesso e a qualidade do atendimento”. Pensa-se que em um contexto de recursos escassos, o gestor municipal assumir todas as despesas de um hospital, com um alto custo daí decorrente, é um paradoxo e ao mesmo tempo é assumir também que a prioridade dada para o sistema de saúde municipal é a assistência hospitalar, dado que, concordando-se com Merhy e outros (1991) as opções por determinadas estratégias de ação no âmbito institucional são politicamente determinadas.

Nesse aspecto, Carvalho e Cunha (2006) asseveram que a forma como é concebida a saúde e doença pelos sujeitos e como os problemas de saúde são definidos condiciona o olhar sobre uma dada realidade e assume um papel determinante sobre as características organizativas do setor da saúde.

É importante sinalizar que não se trata de se posicionar contra a assistência hospitalar, até porque é preciso garantir a integralidade da atenção. O que se discute é que em um município em que as condições financeiras são escassas, assumir um hospital exclusivamente com recursos próprios, além de sobrecarregar as finanças do município prejudica a execução de outras ações que também são prioritárias. Pensa-se que a re-abertura do hospital em um contexto desfavorável pode estar associada a uma busca maior de poder político-partidário.

No que tange a gestão de pessoas, segundo informação obtida através do questionário *on line*, predomina a contratação mensal dos trabalhadores da saúde. No entanto, apenas o trabalhador da unidade da saúde da família menciona a precariedade dos vínculos de trabalho (Mapa 15), muito embora não perceba a rotatividade como um problema para ele e tampouco para o serviço. O importante para esse trabalhador, de acordo com o seu discurso, é que não

tenha dificuldade no seu processo de trabalho e não como esta rotatividade pode refletir negativamente no acesso da população aos serviços de saúde.

Por sua vez, é importante destacar que o gestor da VE não percebe as formas de contratação temporária, tampouco a rotatividade de pessoal como um problema para a gestão, o que pode estar relacionado ao jogo de interesse individual no sentido de preservação do seu emprego, conforme afirmam Cohn; Marsiglia (1993) e Nogueira; Baraldi; Rodrigues (2004).

Concorda-se com Nogueira; Baraldi; Rodrigues (2004, p. 5) quando afirmam que:

Evidentemente, o tipo de desproteção sociolegal implicado pela noção de precariedade do trabalho está associado a certos aspectos excludentes do processo de desenvolvimento econômico, que atualmente tende a ser pautado pela globalização/mundialização do capital, com fortes influências sobre as condições individuais e coletivas de vida e de trabalho. De modo geral, as características econômicas desse tipo de desenvolvimento fazem com que o trabalhador seja levado a “aceitar” a relação contratual precária, dado que se encontra num país com considerável índice de desemprego estrutural e no qual, portanto, a outra opção é a situação de desemprego, socialmente mais excludente.

A predominância de trabalhadores com vínculos precários de trabalho facilita sobremaneira a adoção de políticas clientelistas, que são direcionadas para contratação de pessoal muitas vezes não pelo critério técnico e sim pelo critério político-eleitoreiro. Este é um problema que traz repercussão negativa nas práticas de gestão da VE.

Mapa 15 – Característica da gestão de pessoas do Município 2

| Características da gestão de pessoas |
|---|
| <p>Trabalhador da Unidade de saúde da Família</p> <p>Porque é sempre assim né, uma entra outro acaba saindo; procura outro lugar... Como eu sou do município...</p> <p>Às vezes, pra mim assim, mais profissional pra trabalhar, que muitas vezes a gente acaba deixando, igual eu tô te falando... Aqui, a gente trabalha em equipe. Ah, fulano é da Vigilância, não pode tá indo realizar esse trabalho em sua área e a gente acaba indo, fazer o papel do outro profissional... Então, eu acho assim, ter mais profissional na área da Vigilância.</p> <p>Mas às vezes assim, o seu papel do enfermeiro da vigilância ter que ir na localidade, aí acaba o enfermeiro de PSF indo. Aí eu acho assim, mais um secretário que ajude a enfermeira... Mais profissional pra trabalhar na área.</p> |

O discurso do trabalhador da unidade da saúde da família enfoca também o trabalho em equipe. Por sua vez, ao mesmo tempo em que revela que faz as ações de VE na sua localidade, não percebe como um trabalho inerente a sua prática, pois pensa que o município deveria contratar mais alguém (nas palavras do entrevistado “um secretário”) para atuar na área. O discurso desse sujeito revela uma concepção de equipe como agrupamento de pessoas, comungando-se com as idéias de Peduzzi (2001) que apresenta duas concepções no que tange ao trabalho em equipe: a equipe como agrupamento de pessoas, que é caracterizada pela fragmentação, justaposição das ações e a outra concepção, a equipe como integração de trabalhos, em que ocorrem articulações das situações vivenciadas no cotidiano das praticas e os sujeitos elaboram correlações e colocam em evidências as conexões entre as diversas intervenções executadas. Essa autora ressalta, que:

Em ambas, no entanto, estão presentes as diferenças técnicas dos trabalhos especializados e a desigualdade de valor atribuído a esses distintos trabalhos, operando a passagem da especialidade técnica para a hierarquia dos trabalhos, o que torna a recomposição e a integração diversas do somatório técnico. Também, em ambas, estão presentes tensões entre as diversas concepções e os exercícios de autonomia técnica, bem como entre as concepções quanto a independências dos trabalhos especializados ou a sua complementaridade objetiva (PEDUZZI, 2001, p. 106).

Assim, a atual situação do trabalho, em que se mantém a flexibilização, as relações hierárquicas, e a valoração social desigual entre os distintos trabalhadores da saúde, permite afirmar, através dos achados encontrados neste estudo, que ainda encontra-se distante das práticas da VE a concepção de um trabalho articulado, com a integração das ações e dos saberes.

Entretanto, conforme apontam os depoimentos dos sujeitos entrevistados, um aspecto positivo para a capacidade de gestão da VE refere-se aos processos educativos que acontecem nos municípios ou fora deles (Mapa 16). Os discursos dos sujeitos entrevistados são semelhantes quando cita a Dires como a principal realizadora dos processos de capacitação para os trabalhadores do município.

Pelo discurso do gestor da VE, os municípios buscam promover reuniões com os trabalhadores ou mesmo orientações individuais, mas ainda assim, muito voltadas para o que é instituído. Logo, as situações que ocorrem no dia-a-dia são pouco exploradas como uma oportunidade para a construção do conhecimento e reconstrução ou solidificação das práticas. Entende-se que as demandas de capacitação não deverão ser definidas exclusivamente por necessidades individuais ou por orientações da secretaria estadual da Saúde ou mesmo do

ministério da Saúde, mas prioritariamente a partir dos problemas que ocorrem no cotidiano de trabalho.

Mapa 16 – Educação permanente para os entrevistados do Município 2

| Educação permanente | | | |
|---|---|---|---|
| Gestor da VE | Trabalhador do âmbito central da VE | Trabalhador da Unidade de saúde da Família | Conselheiro Municipal de Saúde |
| <p>A gente realiza capacitação, mas dentro do possível porque você sabe o município nosso é carente então não dá para a gente fazer muita coisa, mas dentro dos nossos limites a gente procura fazer...</p> <p>Sempre tem alguma coisa nova, alguma ação nova a gente vai para lá, todo mês as coordenações são chamadas para ir para 20ª DIRES, a gente reúne também com os coordenadores de lá.</p> | <p>Eu vejo bastante apoio da regional, da 20ª DIRES... A gente sempre está ligando, vai pra curso e tal</p> | <p>É assim: quando ocorre capacitação, alguma coisa, a coordenadora tá repassando pra gente tá implementando essas ações no nosso PSF, porque a gente conhece mais a realidade, né? Então é assim, ela passa, ela reúne todos os PSF, nós vamos um dia, às vezes dois, fala com ela e ela passa as ações.</p> <p>Vamos supor, ela (se refere a gestora da VE) foi em um curso em Salvador ou em Vitória da Conquista e, no caso, se for eu _ a enfermeira do PSF_, eu acabo repassando pras outras equipes, coordenadora e secretário.</p> <p>Assim, por mim, eu acho mais capacitação... Mais apoio de capacitação. Às vezes, como eu to te falando, é muito serviço; tem algumas coisas que se acaba deixando de lado e quando você vai fazer você não lembra mais.</p> | <p>Sempre reúne e discute entre nós e vê a opinião da maioria, pra ver o que fazer, como vai acontecer.</p> |

Observa-se em alguns trechos do discurso do trabalhador da unidade da saúde da família (Mapa 16), que a capacitação é considerada uma ação que resolverá os problemas das

práticas dos profissionais de saúde, quando na verdade, existem outros problemas que devem ser enfrentados, desde a formação desses profissionais na graduação até às condições de trabalho que é oferecida aos trabalhadores da saúde.

No que tange à educação permanente para o exercício do controle social, entendida como “processos pedagógicos que contribuem para o desenvolvimento da ação do sujeito social em torno do cumprimento do direito à saúde e com metodologias participativas, através de processos formais e informais que valorizam as experiências (vivências) das pessoas” (BRASIL, p.7, 2006a), baseando-se no discurso do representante do CMS e na análise documental, nota-se que não existe uma política direcionada para esse fim. Assim como acontece com os trabalhadores da saúde, os processos educativos são prescritivos e direcionados para as necessidades pontuais, principalmente quando é necessária a aprovação dos membros do CMS dos projetos apresentados pelo executivo.

Ainda que o Brasil tenha avançado em termos de legislação, a exemplo da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde instituída no ano de 2004, e mais recentemente a Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no SUS, que possui como eixos estruturantes: a participação social, a intersetorialidade, a comunicação e a informação, a legislação do SUS e o financiamento para o controle social (BRASIL, 2006a), a história revela que essas políticas tem se mostrado pouco eficazes no sentido de promover mudanças significativas nas práticas tanto dos trabalhadores como dos representantes dos CMS.

Analisando-se os documentos no que se refere à educação permanente, nota-se que é dada pouca ênfase tanto no relatório de gestão como no plano municipal da saúde. Quando sinalizada a necessidade de capacitação, observa-se que esta encontra-se condicionada à participação da Dires (Quadro 15).

Além da fala do gestor da VE enfatizar a falta de recursos para desenvolver os processos educativos, pensa-se que não se busca alternativas no próprio município, a exemplo de rodas de conversas sobre as experiências vividas, que não tem um custo adicional. Não obstante, aguarda-se que outra esfera desenvolva os grandes eventos, com custos elevados e que muitas vezes não tem significado para o processo de trabalho para as pessoas que recebem essas capacitações.

Quadro 15 – Análise do relatório de gestão do município 2 segundo o tema educação permanente.

| TIPO DE DOCUMENTO /ANO | AUTOR INSTITUCIONAL | TEMA CENTRAL (O QUE?) | COMO? | POR QUE / PARA QUE? (COMO ESTÁ ESCRITO) |
|---------------------------------|-------------------------------|------------------------|--|---|
| RELATÓRIO DE GESTÃO MUNICIPIO 2 | Secretaria municipal da Saúde | Educação permanente | O relatório aponta a necessidade de capacitação para os agentes de endemias. | Em relação às endemias, temos os agentes com a desprecarização concluída, mas desde 2008, que aguardamos o curso de capacitação da 20ª Dires. |

Entende-se que a forma como se organizam as práticas de educação permanente não são neutras e meramente técnicas, é uma decisão, sobretudo política, pois a opção por uma ou outra concepção no desenvolvimento dessas práticas, podem (des)acumular saber, que por sua vez encontra-se diretamente relacionadas ao (des) acúmulo de poder, dado que, apropriando-se das idéias de Foucault (2005), o poder e o saber estão diretamente relacionados. Concorda-se com esse autor, quando assevera que não existe relação de poder sem correlação com um campo de saber, e nenhum saber que não venha acompanhado de poder.

No que diz respeito à capacidade técnica (Mapa 17), percebe-se um esforço da equipe em realizar as ações mesmo diante da escassez de recursos, porém a forma como organizam o processo de trabalho gera prejuízo na realização de algumas ações em detrimento de outras, conforme aponta o trabalhador da unidade da saúde da família, que por sua vez não percebe as ações de VE como de responsabilidade da sua equipe. O tom e a forma como o trabalhador enuncia o seu discurso demonstra que não considera a VE como uma competência da equipe da saúde da família, e que as ações somente são feitas pelo trabalhador da unidade da saúde da família, em particular o enfermeiro, quando o gestor da VE tem uma outra ação a desenvolver.

Mapa 17 - Capacidade técnica para os entrevistados do Município 2

| Capacidade técnica | | |
|---|---|---|
| Gestor da VE | Trabalhador do âmbito central da VE | Trabalhador da Unidade de saúde da Família |
| <p>Sempre que tem alguma ação para a gente organizar no município a gente faz a reunião com eles, principalmente com os enfermeiros, porque eles estão lá, eles são os coordenadores mesmo, então a gente senta com eles e tenta mostrar para eles qual a importância deles implementarem essa ação, porque que ele tem que fazer essa busca ativa, porque tem que alcançar as metas da vacina, porque que eu tenho que passar os dados na hora certa. A gente mostra que a gente tem indicador para ser cumprido que é de suma importância além também dos problemas que a gente tem no município, porque se a gente cruzar os braços e esperar acontecer não vai conseguir, eu aqui na secretaria eu fico longe para eles lá é bem mais fácil resolver mais de perto porque eles lidam com os problemas, a gente procura sempre mostrar assim, a importância deles dentro da secretaria e do município.</p> | <p>Mas eu vejo assim, o que nós temos nós vamos atrás desde a coordenadora, indo atrás, investigando, passando para as enfermeiras que estão nas localidades, nas zonas rurais, mas tem os PSF.</p> <p>... que eu acho que a gente nunca pode falar que estamos bem, 100% ou 99%, eu acho que a meta da gente é sempre estar melhorando, sempre estar mudando e na medida do possível, estamos caminhando e é lógico que precisamos de muitas coisas ainda para desempenhar bem esse papel dentro do município, eu vejo que estamos caminhando mas que falta muito ainda pra alcançar a meta...</p> | <p>A questão é mais de cultura, então, às vezes aconteceu algum óbito, eu tenho que fazer a investigação, um exemplo. Então, foi aquela mãe que perdeu a criança e a gente tem a dificuldade, às vezes, de entrar na casa. A dificuldade que eu falo é mais em relação a isso, a gente chegar e fazer a investigação</p> <p>Então, a gente ainda tá no meio, todo dia eu vou na casa dela, perguntar se ela fez, se ela já veio tirar o sangue da criança, e até hoje ela diz que vai esperar a criança crescer.</p> <p>É, tipo assim: às vezes, a investigação é pra enfermeira da vigilância fazer, aí ela já tá em outra área, fazendo outra coisa de vigilância, e eu acabo indo fazer a visita... Eu tinha, vamos supor, um pré-natal, um preventivo marcada numa área, que não é fácil a nossa área, a pessoa chegar no PSF, muitas vezes... E aí a gente deixa aquele atendimento pra ir fazer uma investigação.</p> |

Chama atenção mais uma vez, para o discurso do trabalhador da unidade da saúde da família quando responsabiliza a população por não conseguir concluir uma atividade, a exemplo da investigação epidemiológica. Assim, a responsabilidade de acontecer ou não aquela atividade é repassada totalmente ao cidadão, que na maioria das vezes não compreende qual o objetivo da mesma. Parafraseando Franco e Merhy (2006) pensa-se que os obstáculos

são muitos para que sejam modificadas as práticas da gestão, inclusive a gestão do cuidado, que perpassa não somente por uma mudança organizacional, mas também, “pela destruição do núcleo duro dos comportamentos estereotipados, estruturados”.

Avaliando-se os resultados da Programação das Ações de Vigilância em 2008, verifica-se que o município alcançou a maioria das metas pactuadas, com destaque para a realização do diagnóstico laboratorial das doenças exantemáticas (100% dos casos); vacinação contra a poliomielite em crianças menores de cinco anos (106%). No entanto, a vacinação da população de um ano de idade contra sarampo, rubéola e caxumba não alcança a meta desejada de 95%. Quanto aos indicadores da atenção básica, observa-se também uma avaliação positiva, comparando-se a evolução dos indicadores entre o ano de 2002 a 2007.

Quadro 16 - Análise do relatório de gestão segundo o tema capacidade técnica.

| TIPO DE DOCUMENTO /ANO | AUTOR INSTITUCIONAL | TEMA CENTRAL (O QUE?) | COMO? | POR QUE / PARA QUE? (COMO ESTÁ ESCRITO) |
|---------------------------------------|-------------------------------|---|--|---|
| Relatório de Gestão 2009, Município 2 | Secretaria municipal da Saúde | Avaliação dos indicadores da atenção básica | A avaliação é feita tomando como parâmetro os indicadores da atenção básica. | Crianças com esquema básico vacinal foi de 99,3%. Crianças com aleitamento materno exclusivo foi de 78,5%. Já com relação à cobertura de consulta de pré-natal foi de 96,5%. A taxa de mortalidade infantil por diarreia caiu de 10,5% em 2007 para 0%. Já com relação à prevalência da desnutrição caiu de 7,2% em 2002 para 2,5% em 2007. A taxa de hospitalização por pneumonia reduziu de 5,6% em 2002 para 2% em 2007. A taxa de hospitalização por desidratação que era de 13,4% em 2002 foi para 4% em 2007. |

Apesar da maioria dos depoimentos apontarem que os sujeitos apresentam-se favoráveis ao processo de descentralização da VE para a ESF (Mapa 18), observa-se alguns paradoxos, em particular do trabalhador da unidade da saúde da família, que faz a ação, mas não a considera como inerente à sua prática. Isto porque a forma como se originou a VE contribuiu para ancorar a representação de que as suas ações são para ser realizadas por técnicos especializados, e que as atividades estão restritas ao controle de doenças. Isso significa que os processos de capacitação não levam tal aspecto em conta ou não fazem nada para remover tal compreensão, o que denota que nas práticas tal situação repercute negativamente: profissionais desenvolvendo ações pontuais voltadas para evitar surtos e epidemias.

Mapa 18 – Descentralização da Vigilância Epidemiológica para a Equipe da Saúde da Família

| Descentralização da VE para a ESF | | |
|---|---|--|
| Gestor da VE | Trabalhador do âmbito centra da VE | Trabalhador da Unidade de saúde da Família |
| Eles acham que não tem nada a vê com vigilância, no caso, tem um coordenador e o coordenador que tem que fazer tudo, tem algumas ações que é difícil mesmo de implementar mas outras não, eles não entendem que tem que dividir, porque eu aqui não iria conseguir fazer busca ativa essas coisas todas, mais com o tempo a gente foi fazendo algumas capacitações para está passando para eles e hoje já fazem as buscas ativas, as investigações, sem nenhuma problema. | Eu penso que a pessoa, os técnicos e profissionais quando estão no local são os melhores observadores não é? quando nós estamos em contato com alguma coisa, somos os melhores observadores, então assim como você disse , foi descentralizado que eram as regionais que faziam as pesquisas, iam atrás, faziam as ações, os resultados não seriam tão óbvios como os profissionais na área do município no caso, eu acho que o profissional para trabalhar pra sair bem então eu acho que isso leva ele querer correr atrás, a lógica é bem melhor do que quando era regional, trabalhar com essa área | Às vezes nós temos dificuldades com relação à família, mas isso é um trabalho, que eu falo que PSF é um trabalho de formiguinha que a gente sempre tem que tá aos poucos... Falei hoje aqui, amanhã volto... torno falando.. É essa a dificuldade, com relação à família. Outra houve o óbito de uma senhora já de idade, então aquela senhora tinha aposentadoria. Às vezes, era essa renda que gerava na casa da mãe. Aí eu chego pra fazer a investigação do óbito, a filha já não quer dar as informações, achando que aquilo ali tem a ver com a aposentadoria da senhora, que já vai cortar... Ela: “eu não vou dar as informações porque a única renda que eu tinha aqui na família era a aposentadoria da minha mãe, eu vou esperar passar dois meses pra dar baixa no óbito”. Então, a gente tem que tá batendo em outra tecla, que não tem nada a ver, que é uma ação de vigilância. Então, a dificuldade que eu tenho é essa, mais com a |

| | | |
|--|---------------------|--|
| | de investigação.... | <p>comunidade mesmo.</p> <p>Eu acho que sim, porque descentralizando cada PSF, como eu conheço a minha realidade, eu vou trabalhar da minha maneira. Vai a coordenadora (refere o nome, aqui omitido por questões éticas) lá, numa região minha, não sabe como é a localidade, não sabe como lidar com as famílias, então eu acho que tem que haver essa distribuição porque sobrecarrega para um profissional só.</p> |
|--|---------------------|--|

O discurso do gestor da VE aponta para as dificuldades relacionadas à adesão da equipe da saúde da família para desenvolver as ações, o que pode repercutir negativamente em médio e longo prazo nos indicadores de saúde da população.

7.3.3 Balanço final da dimensão operacional

Analisando-se o número de unidades de saúde cadastradas e os profissionais existentes nos dois municípios, observa-se o quanto é desigual a distribuição dos recursos: ao passo que o município 1 conta com 22 unidades e 383 trabalhadores, no município 2 possui 19 unidades e 131 trabalhadores. Significa dizer que enquanto o município 1 possui uma média de 17 profissionais por unidade, o município 2 possui apenas 7. Analisando-se os indicadores relativos ao PIB, IDH e IDI, nota-se que o município 1 apresenta uma condição econômica e social melhor do que o município 2, o que certamente contribui para a manutenção e ampliação de recursos.

Não obstante, a lógica de financiamento das ações de saúde por bloco de financiamento, adotando-se como critério o tamanho da população do município não promoverá redução das iniquidades, pelo contrário, no caso em particular do Piso Fixo de Vigilância e Promoção da Saúde (PFVPS) observa-se que os municípios de área metropolitana recebem valores superiores aos municípios que não estão inseridos nessa área, ou seja, em termos de liberação de recursos federais para a capital e para os municípios que compõe sua região metropolitana, os valores são equivalentes a no mínimo 80% do per capita do PFVPS e os municípios, que não sejam capital e tampouco inseridos na área metropolitana,

percebem valores equivalentes a no mínimo 60% (sessenta por cento) do per capita do PFVPS atribuído ao Estado correspondente (BRASIL, 2009).

Muito embora não seja objeto deste estudo fazer uma análise sobre o Programa Nacional de Controle da Dengue, vale destacar que as políticas verticais podem promover iniquidades na distribuição de recursos, pois o município 1, que tem um PIB três vezes maior que o município 2, foi considerado prioritário para o controle da dengue por estar localizado na área metropolitana e por isso recebeu um aporte adicional de recursos, inclusive de veículos, o mesmo não acontecendo com o município 2.

Merece destaque a fala do gestor da VE do município 1, que também foi mencionada em outros momentos pelo gestor da atenção básica e pelo gestor máximo, que por ser um município pequeno existe uma facilidade maior para desenvolver a gestão. Possivelmente o que facilita a gestão não é o fato de ser um município de pequeno porte, pois o município 2 também o é. Pensa-se que como o município 1 possui um maior aporte financeiro, possui uma maior condição de mobilizar e ampliar os recursos de modo a conferir uma melhor capacidade de gestão. Isto permite afirmar que existe uma correlação entre a capacidade de gestão e o porte econômico do município que por sua vez explica melhor o perfil do gestor dado que pode manter profissionais com maior qualificação e em maior número.

Quando avaliada a capacidade técnica no que se refere aos indicadores pactuados, observa-se um desempenho positivo no município 1 e regular no município 2, muito embora não se observe nenhuma iniciativa municipal, além do que é determinado pelo ministério da Saúde.

Notadamente é na dimensão operacional que os municípios apresentaram resultados semelhantes na linha de base avaliativa. Nos estudos de casos, no entanto, observa-se que o município 1 apresenta uma condição mais favorável do que o município 2 em executar o decidido. Tal como foi verificado por Vieira-da-Silva e outros a dimensão operacional encontra-se vinculada ao perfil de alguns gestores intermediários (VE e atenção básica) e dos trabalhadores que atuam nos municípios.

7.4 DIMENSÃO DA SUSTENTABILIDADE: CAPACIDADE DE SUSTENTAR OS RESULTADOS OBTIDOS

A dimensão da sustentabilidade deve revelar a capacidade de “institucionalização de mecanismos e estratégias que ampliem e/ou consolidem apoios e alianças capazes de favorecer a manutenção das decisões e dos resultados pretendidos” (MELO et al, 2009, p. 4)

Por conseguinte, apropriando-se das idéias de Landim (2008, p. 95-96):

A dimensão de sustentabilidade da gestão fundamenta-se na compreensão de que as instituições de saúde estão imersas na dinâmica social e se constituem em espaço social e político, com a função de mediar interesses conflitantes, prover e regular demanda para toda a sociedade. E como tal, as redes de interlocução e interação conjunta entre governo e sociedade civil, a participação e o controle social, se constituem em base para o diálogo, transparência das ações, credibilidade institucional, legitimidade política e social.

Neste sentido, avaliou-se a existência de: parcerias e alianças estratégicas para o desenvolvimento das ações de VE; mecanismos que possibilitem a identificação de barreiras de acesso aos serviços de saúde; planos e projetos elaborados ou em fase de elaboração, com ênfase na promoção da saúde e de recursos financeiros.

7.4.1 A dimensão da sustentabilidade da gestão no Município 1

Conforme apresentado no mapa de associação de idéias, os sujeitos entrevistados expressam que desenvolvem na gestão articulações tanto intrasetorial como intersetorial (Mapa 19). No discurso do gestor máximo, observa-se uma preocupação em implantar mecanismos e espaços de combate às drogas, e para tanto busca estabelecer parcerias como o ministério Público, conselho tutelar, policia militar e civil, câmara de vereadores e as demais secretarias do município. Do mesmo modo, o gestor da VE enfatiza a articulação mantida com a secretaria da Educação municipal, inclusive desenvolvendo processos educativos com professores e diretores das escolas, que por sua vez trabalham com os estudantes temas de interesse para a VE.

Mapa 19 – Parcerias e alianças para os entrevistados do Município 1

| Parcerias e alianças | | | | |
|---|--|---|--|--|
| Gestor máximo | Gestor da VE | Gestor da Atenção Básica | Trabalhador do âmbito central da VE | Trabalhador da Unidade de saúde da Família |
| <p>Nós estamos fazendo o seguinte: como nós estamos colocando outras e outras vertentes, não como uma coisa à parte, como o fórum de drogas que nós estamos tentando implantar aqui. Nós estamos pegando todas as informações com todas as secretarias, chamando todos para a responsabilidade, inclusive, estamos tentando o ministério público, o conselho tutelar, toda secretaria.</p> <p>Então, nós juntamos</p> | <p>Dentro da secretaria de saúde a gente tem a atenção básica, que trabalhamos juntos mesmo; tem a vigilância sanitária; a parte de epidemiologia que ta em outro prédio.</p> <p>Uma parceria que é boa e que a gente tem é assessoria de comunicação. Sempre a gente ta encaminhando os informes pra eles para fazer divulgação no rádio, no site do município.</p> <p>A secretaria de educação, quando a gente tem assim... na questão da influenza a gente chamou todos os diretores, os professores e a gente fez uma capacitação com pessoal da Divep. Então eles já viraram assim multiplicadores, fizeram uma semana de trabalho com os estudantes, a</p> | <p>As ações são casadas, é parceria! O que se chega à vigilância epidemiológica é comunicado à atenção básica, como também ocorre diretamente junto com a atenção básica, a gente repassa o caso para o setor responsável da vigilância epidemiológica.</p> <p>Então a gente consegue ter essa interação na resolução destes problemas. A resolutividade é boa no município.</p> <p>Apesar de ser um município pequeno, são cinco equipes, a gente consegue ta trabalhando em parceria, administrando os problemas que surgem..</p> <p>Aqui no nosso município o apoio acontece através da 1ª Dires e também da Sesab com setores diretamente ligados à vigilância, por exemplo, as</p> | <p>Gostaria de fazer algumas observações sobre as parceria, que é essa que vocês da Universidade estão fazendo, junto com o governo federal, com o estado e com o município. E daí, dessa união, a gente vai estar levando um trabalho de qualidade para comunidade.</p> | <p>A coordenação de endemias que quando a gente precisa fazer alguma investigação</p> <p>O hospital não é um grande parceiro. Às vezes a gente tem dificuldade com o hospital...as vezes ele faz o diagnóstico do paciente, mas acaba que não investiga então a gente que tem que fazer isso. Mas assim... a parceria realmente que eu vejo é a coordenação, a auxiliar da coordenação e alguns coordenadores que são mais envolvidos com esse trabalho.</p> |

| Parcerias e alianças | | | | |
|---|--|---|-------------------------------------|--|
| Gestor máximo | Gestor da VE | Gestor da Atenção Básica | Trabalhador do âmbito central da VE | Trabalhador da Unidade de saúde da Família |
| todas as secretarias, a policia militar, a civil, a câmara de vereadores, que nós convocamos também. Fizemos aqui da secretaria, um chamado para esses atores importantes | <p>mobilização da dengue que teve no ano passado. A gente buscou todas as secretarias, mas quem mais deu esse apoio foi a secretaria de educação, o corpo e bombeiros também quando a gente precisa ele sempre estão assim atuando...</p> <p>O pessoal da DIVEP sempre que eu ligo, eles são sempre atenciosos, procuram ajudar, tirar as dúvidas, quando tem algum caso eles estão sempre juntos, não tenho muito do que reclamar não, realmente tem algumas capacitações que demoram a acontecer mais é por conta da sobrecarga de trabalho deles também</p> | <p>doenças exantemáticas, à dengue, à hanseníase, esses grupos assim a gente consegue ter um contato maior. ... A VE mais do nunca está fazendo parceria com a atenção básica. São assim coordenações parceiras: lado a lado, ninguém está na frente de ninguém; tem um caminhar único que é a promoção à saúde e prevenção de doenças; que é reorganização da atenção básica. A vigilância hoje está muito bem inserida e existe a parceria realmente.</p> | | |

No entanto, concorda-se com a Roy e outros (2005; 2006), ao afirmarem que não existe intersetorialidade na concepção da palavra, pois os projetos nascem para reduzir tensões ou resolver problemas entre alguns atores, sendo uma colaboração reativa e não proativa. Isto porque, nas palavras dos autores, faltam recursos financeiros para financiar

projetos dessa natureza; desconhecimento e substituição freqüente dos participantes; falta de regras previamente definidas; ausência de poder dos participantes; carência de responsabilidade institucional. Observa-se que, tanto nas falas dos gestores com nos documentos analisados, não existem projetos ou planos estratégicos nessa direção, o que existe são intenções.

Para esses autores, algumas razões determinam a participação dos sujeitos que estão envolvidos em alguma ação intersetorial como: buscar soluções suscetíveis de aplicações práticas, realistas e aceitáveis por todos os atores; compartilhar os problemas para obter a opinião de diferentes olhares; adquirir mais informação para manter ou acrescentar mais poder; defender seus pontos de vista e representar outras pessoas consideradas mais vulneráveis.

A Divep/Dires é citada como uma parceira, tanto pelo gestor da VE como o gestor da atenção básica, com destaque para o desenvolvimento das capacitações. Neste aspecto, mais uma vez, é reforçado o descompasso entre a necessidade do município e o momento em que a Divep/Dires desenvolve as capacitações.

No tocante à articulação intrassetorial nota-se que existe uma preocupação em desenvolver um trabalho integrado pelos gestores e trabalhadores, muito embora se destaque algumas dificuldades relacionadas ao envolvimento do hospital. A articulação existente entre as coordenações da secretaria municipal da Saúde repercute positivamente no desenvolvimento das ações de VE

Observa-se que a maioria dos entrevistados aponta para uma facilidade de acesso aos serviços de saúde (Mapa 20). Alguns entrevistados atribuem que o fato do município ser de pequeno porte facilita o desenvolvimento das ações, e assim proporciona um maior acesso da população aos serviços e ações de saúde.

Para o trabalhador do âmbito central, o maior entrave para desenvolver as ações está relacionado com a população que não adota as medidas que são prescritas pela secretaria municipal da Saúde para o controle das doenças. Nota-se que é um discurso que se repete tanto no município 1 como no município 2, embora por sujeitos diferentes: no município 2 o discurso parte do trabalhador da unidade da saúde da família e no município 1 é de um trabalhador do âmbito central. O que se quer chamar atenção, que se reproduz em diversos âmbitos do sistema local de saúde e em diferentes contextos, é o discurso em que se busca a docilidade dos corpos e a submissão da população às regras e normas estabelecidas pelo sistema de saúde, sem considerar que esta mesma população às vezes não as compreende ou compreendem e não dispõem de condições para adotá-las. O controle da dengue, que foi

destacado pelo trabalhador do âmbito central, não depende somente da população e do setor saúde, pois é uma ação que extrapola a governabilidade do SUS, na medida em que precisa que sejam estabelecidas outras ações, como, por exemplo, o acesso da população ao saneamento básico.

Diante dos discursos, nenhum dos entrevistados sinaliza para a instituição de mecanismos de consulta pública, muito embora, no questionário *on line*, o gestor da VE mencione a existência de ouvidoria e o sítio do município como meios para manter uma relação de escuta às demandas da população. No entanto, ao observar o discurso do representante do CMS não se tem clareza para quem ou como direcionar uma queixa percebida pelo cidadão.

Mapa 20 – Acesso aos serviços de saúde para os entrevistados do Município 1

| Acesso aos serviços de saúde | | | | | |
|---|---|---|--|--|---|
| Gestor máximo | Gestor da VE | Gestor da Atenção Básica | Trabalhador do âmbito central VE | Trabalhador da Unidade de saúde da Família | Conselheiro Municipal de Saúde |
| Por sermos uma cidade pequena nós temos uma grande penetração, também o acesso é mais fácil | Olha, a VE para mim ela ta pautada nessa questão não só de... é como eu sempre falo aqui nas minhas reuniões... Que a gente não trabalha apagando os incêndios, mas a gente faz todo um trabalho importante de promoção à saúde, a questão da | As ações são casadas. É parceria! O que se chega à vigilância epidemiológica é comunicad o à atenção básica como também ocorre diretamente junto com a atenção básica a gente repassa o caso para | A gente recebe muitas notificações que quando a gente vai fazer a investigação , o que é importante, ele dá endereço de uma rua aqui, mas quando vai ver, o paciente mora em (se refere a outro município) mas mesmo assim o município | Então assim... Eu não tenho nenhuma micro-área descoberta! Eu tenho como dar conta de todos os pacientes de minha microárea. | Ele vem (se refere ao ACS), é, identifica né, depois orienta manda ir no hospital, pegar medicação, eles passam de dois em dois meses, aqui eu até já fichei, aqui tem, pelo menos aqui em casa, eu não sei nas outras casas, mas tem, como eu tava dizendo essa semana, já tem mais de seis meses que o agente não passa aqui... |

| Acesso aos serviços de saúde | | | | | |
|------------------------------|---|---|---|--|--------------------------------|
| Gestor máximo | Gestor da VE | Gestor da Atenção Básica | Trabalhador do âmbito central VE | Trabalhador da Unidade de saúde da Família | Conselheiro Municipal de Saúde |
| | <p>prevenção, para toda comunidade, para que venha melhorar as condições de saúde de uma população, não é só combater aquelas epidemias que vão surgindo. Mas hoje em dia eu acho que a gente trabalha com uma visão muito mais ampla dessa questão de realmente melhorar as condições de saúde de uma população.</p> | <p>o setor responsável da vigilância epidemiológica, então a gente consegue ter essa interação na resolução destes problemas, a resolutividade é boa no município, apesar de ser um município pequeno, são cinco equipes, a gente consegue trabalhar em parceria administrando os problemas que surgem...</p> | <p>(se refere ao município caso) passa para a vigilância do município para estar tomando as providências.</p> <p>Não é diferente dos outros municípios. Infelizmente a população ainda não se engajou nesse controle, principalmente hoje no problema de saúde pública que é a dengue, 90 % dos focos é na residência, você ver que é uma doença domiciliar. Mas só que a comunidade por mais que tenha trabalho educativo do</p> | | |

| Acesso aos serviços de saúde | | | | | |
|------------------------------|--------------|--------------------------|---|--|--------------------------------|
| Gestor máximo | Gestor da VE | Gestor da Atenção Básica | Trabalhador do âmbito central VE | Trabalhador da Unidade de saúde da Família | Conselheiro Municipal de Saúde |
| | | | ministério, do estado, do município. que ele é, a divulgação educativa, a comunidade não tem participação em massa. | | |

No tocante à capacidade para formular planos e projetos, observa-se que o município elabora o plano municipal da saúde, porém neste não são referidas as diretrizes e ações estratégicas. O Plano somente apresenta a caracterização do município, uma análise situacional, os principais problemas de saúde e o desenvolvimento da infra-estrutura, porém não são definidas as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos.

Como iniciativa municipal, o gestor máximo revela a intenção de instituir por decreto um dia D de mobilização contra as drogas, que na verdade, reproduz mais uma vez, o modelo campanhista da atenção, com ações pontuais, descontínuas, e que não aprofundam os fatores determinantes do problema a ser enfrentado.

O gestor da VE enfatiza o planejamento como uma ação importante para o seu processo de trabalho, mas o conteúdo do seu discurso revela que o planejamento é direcionado para o cumprimento de metas pré-estabelecidas pela secretaria da Saúde do estado ou pelo ministério da Saúde.

Observa-se que não foi referenciado pelos sujeitos entrevistados a participação do CMS na elaboração de planos e projetos, limitando-se a aprovar o que é definido pelo executivo municipal (Mapa 21).

Mapa 21 - Formulação de planos e projetos para os entrevistados do Município 1

| Projetos | | |
|--|---|---|
| Gestor máximo | Gestor da VE | Conselheiro Municipal de Saúde |
| <p>O dia D que vai ser uma movimentação regional. Vamos instituir por decreto... Agora Lula, o ministério federal da Saúde, ele colocou um plano e a gente vai sim disseminar isso (se refere ao combate às drogas) e vamos trazer uma nova realidade, a força geral combatendo isso</p> | <p>Alguém me disse assim uma vez: que a primeira coisa quando você chega no município, pergunte como é que está o planejamento, veja como é que funciona o serviço. Então no mês de dezembro a gente ta fechando a questão o relatório de gestão, mas sempre a gente ta avaliando quando a gente faz a cada trimestre o relatório trimestral. Ai a gente vai vendo como estão os indicadores de saúde, e o que foi planejado para aquele ano. Então se a gente ainda não alcançou tal meta que a gente planeja ai a gente vai ver quais são as ações que a gente deve fazer para alcançar</p> | <p>Os projetos são o seguinte (sic), eles trazem os projetos, eles elaboram os projetos e trazem pra gente. Aí, a gente pode dar a nossa participação e se não tiver nada contra, a aprovação... Mas quem elabora na realidade é o pessoal da secretaria, eles trazem, faz ciente os conselheiros e os conselheiros aprovam ou não. Fazem assim, alguma emenda, eles dão liberdade ne?</p> <p>A secretária de Saúde é bem aberta, aí ela dá oportunidade pra..., pra a gente discordar de alguma coisa, certo?</p> <p>Não, nenhum. Nenhum projeto assim. Porque é o que estou dizendo pra vocês, quando nós entramos, essa nova equipe de conselheiros que entrou, eu tenho aproximadamente dez meses, aí foi uma época que essas coisas não estavam andando normalmente. Então na realidade não teve projeto, foi isso, o que está sendo muito focado agora e no final do ano passado, depois que voltou que reativou é a questão do hospital, com a mudança da fase de transição, foi, isso foi muito focado durante esse período que eu tô como conselheira.</p> |

Nos discursos dos sujeitos entrevistados, notadamente o gestor da VE e do trabalhador do âmbito central da VE, verifica-se que é disponibilizado pelo município recursos financeiros suficientes para o desenvolvimento das ações (Mapa 22). Durante toda a entrevista nenhum dos sujeitos mencionou problemas em relação aos recursos financeiros. Ao contrário, a disponibilidade de recursos financeiros é um dos elementos facilitadores para o desenvolvimento das ações e serviços de saúde em decorrência da excelente situação

financeira do município. O gestor da VE, mesmo admitindo seu pouco conhecimento no que se refere a gestão financeira, busca construir esse conhecimento consultando as portarias publicadas a este respeito e acompanhando a aplicação dos recursos junto à coordenação de planejamento.

Mapa 22 – Recursos financeiros do Município 1

| Recursos financeiros | |
|---|---|
| Gestor da VE | Trabalhador do âmbito central da VE |
| Essa questão de recurso para mim é um pouco novo porque eu só tenho 03 anos na VE e como eu falei no início agente está se adaptando, vai aprendendo, depois que você vai tomando mais consciência da situação, e ultimamente eu vejo essa parte financeira ainda não é tão próxima assim, eu sei dos recursos que vem, tinha uma coordenadora de planejamento que ela sempre tava partilhando a portaria, então agente vai atrás agente começa a estudar então assim hoje eu vejo as portarias que tem financiamento da VE, então sempre eu passo ofício à secretaria solicitando que tem tal verba que pode encaixar em tal coisa, então assim nunca tive dificuldade não, tem a questão assim do município, que dizem o município tem dinheiro mas dinheiro não é tudo, tem que ter uma gestão que faça acontecer realmente. | Na maioria o recurso é próprio. Se a gente fosse trabalhar pelo recurso que vem do ministério a vigilância praticamente não ia andar, 80% do recurso é próprio do município para a gente trabalhar. |

O gestor da VE afirma que “dinheiro não é tudo”. Concorde-se com essa afirmativa, dado que além do recurso financeiro é fundamental que os gestores desenvolvam mecanismos e práticas de gestão observando as peculiaridades do município de forma a atender às necessidades de saúde da população. No entanto, ainda que o município disponha de um aporte de recurso financeiro adequado aos fins pretendidos, conforme relatado em diversos momentos pelos sujeitos da pesquisa, a preocupação dos gestores e trabalhadores da saúde recai sobretudo nos resultados alcançados, e muito menos no processo da gestão da VE.

7.4.2 A dimensão da sustentabilidade da gestão no Município 2

Os depoimentos apresentados no mapa de associação de idéias (Mapa 23) têm em comum nos dois municípios o destaque ao apoio às ações de VE dado pela secretaria da Educação e pela Dires, sendo que para o gestor da VE do município 2, a importância dessas parcerias estão relacionadas com a racionalização de custos pelo município. Acrescenta-se a parceria da secretaria da Assistência Social na busca ativa de óbitos maternos, que é uma estratégia para diminuir as subnotificações das mortes maternas.

Diferente do município 1, não se observa nas falas dos sujeitos a existência de articulação intrassetorial. Somente o trabalhador da unidade de saúde da família faz referência ao apoio recebido pelo gestor máximo e pelo gestor da VE, porém direcionado para necessidades pontuais.

O discurso do gestor da VE aponta para a necessidade de organizar as ações, mas para isso afirma que se faz necessária a intermediação da Dires/Sesab para negociar com o prefeito. Essa situação reflete a pouca autonomia no processo decisório do gestor máximo da SMS.

Uma preocupação do representante do CMS, também registrada na entrevista com o gestor da VE, é quanto a capacidade da Prefeitura em sustentar um hospital com recursos próprios. Segundo a entrevista do conselheiro houve uma negociação, mas que não ficou formalizada, para os municípios circunvizinhos participarem de um convênio para garantir aos munícipes a assistência de média complexidade. O hospital foi re-inaugurado sem que fosse formalizada essa aliança, tendo em vista que os outros municípios aparentemente desistiram desta negociação.

Mapa 23 – Parcerias e aliança segundo os entrevistados do Município 2

| Parcerias e alianças | | | |
|--|---|--|---|
| Gestor da VE | Trabalhador do âmbito central da VE | Trabalhador da Unidade de saúde da Família | Conselheiro Municipal de Saúde |
| Minha facilidade, como eu já falei para você, é essa integração entre secretários, e o | Eu vejo esse apoio (se refere à Dires) de quando está com alguma dúvida, e ele sempre coloca isso | Minha coordenadora e o secretário. São os que me dão mais apoio porque são os que estão mais | Quando foi criado o hospital aqui, alguns prefeitos que são vizinhos prometeram fazer |

| Parcerias e alianças | | | |
|---|--|---|---|
| Gestor da VE | Trabalhador do âmbito central da VE | Trabalhador da Unidade de saúde da Família | Conselheiro Municipal de Saúde |
| <p>gestor maior (na caso o prefeito), então a gente sempre tenta trabalhar com essa integração:</p> <p>secretaria da assistência social, educação. A gente tenta trazer e construir uma melhor integração entre esses setores... VE, primeiro quando eu vou realizar uma capacitação que vou precisar de uma sala de aula, ai eu entro em contato com o secretario de educação, ele tá sempre disponível, fornece a sala de aula, lanche essas coisa, então a gente trabalha muito nisso, ação social, busca ativa de óbito materno ou infantil, eu entro em contato com eles, ele tem mais facilidade de achar essas pessoas para agente, ai a questão de gasto, de financeiro, de dinheiro, melhora muito, então nesse ponto de economia mesmo, a gente tenta gerir dessa forma buscando uma maior integração entre</p> | <p>também, sempre que precisar de alguma coisa, por telefone ou por e-mail, alguma dúvida, dando suporte sempre que possível.</p> <p>Nos treinamentos, ou quando acontece alguma coisa que alguma vez não dá, não tem como resolver aqui, a gente encaminha pra lá ou eles vão até lá, algumas vezes eles vem até nós.</p> | <p>voltados pra área. E o que a gente precisa, eu to precisando disso e daquilo, ele já sabe do que tá se tratando.</p> <p>A gente sempre está entrando em contato (se refere a regional), e assim eu vejo esse apoio de quando está com alguma dúvida, e ele sempre coloca isso também, sempre que precisar de alguma coisa, por telefone ou por e-mail, alguma dúvida, dando suporte sempre que possível.</p> | <p>convenio pra fazer parte, por ser de média complexidade.</p> <p>Só o prefeito atual que está agüentando isso aí.</p> |

| Parcerias e alianças | | | |
|--|-------------------------------------|--|--------------------------------|
| Gestor da VE | Trabalhador do âmbito central da VE | Trabalhador da Unidade de saúde da Família | Conselheiro Municipal de Saúde |
| <p>essas secretarias... A 20ª Dires tem contribuído muito para melhoria... Eu acho que a vigilância está em fase de organização, a gente tem que organizar mesmo, chegou o ponto que o município tem que assumir a vigilância mesmo pra valer e que a 20ª Dires e estado contribuisse para essa organização, porque a gente aqui do município precisa muito desse apoio, o apoio técnico de vocês para a gente poder implementar as nossas ações, porque as vezes também o pessoal da regional e de Salvador chegando aqui, dá para localizar o gestor, o gestor maior, então eles vão procurar desenvolver as atividades junto com a gente.</p> | | | |

Da mesma forma que no município 1 percebe-se que os entrevistados do município 2 apontam que o acesso aos serviços foi facilitado com o processo da descentralização da gestão da VE (Mapa 24). No entanto, o trabalhador da unidade da saúde da família considera que a sobrecarga de trabalho que lhe é imposta, trabalhando inclusive no hospital, pode trazer prejuízos para o desenvolvimento das ações. Inclusive demonstra mais uma vez que concebe a

VE desvinculada da sua prática, quando defende a necessidade de delegar as ações da VE para um outro profissional, preferencialmente, alguém que não seja integrante da equipe da saúde da família.

Muito embora os sujeitos não tenham apontado para a existência ou para a intenção de se instituir mecanismos para a ausculta pública, vale destacar que no plano municipal da saúde é referida como ação estratégica a implantação do sistema de ouvidoria. As falas dos sujeitos entrevistados podem traduzir que não existe um espaço de mediação para asculda do cidadão de modo que possa conhecer as principais dificuldades de acesso aos serviços de saúde.

Mapa 24 – Acesso aos serviços de saúde para os entrevistados do Município 2

| Acesso aos serviços de saúde | | |
|---|---|--|
| Gestor da VE | Trabalhador do âmbito central da VE | Trabalhador da Unidade de saúde da Família |
| [...] Eu acho que é mesmo uma maneira de resolver os problemas do município, na verdade a gente sabe que tem vários problemas que o regional não vai conseguir resolver, então só a gente mesmo aqui é que vai conseguir resolver; tem problema de saúde que eles lá nem conheciam, que aqui a gente tem; quem vive o problema tem mais facilidade de resolver do que eles na regional. | Eu acho que a meta é de ir cada vez mais atrás, nós sabermos como começa as coisas, qual o desenvolvimento, a própria meta é ir atrás, é investigar, é crescer. Acho que não teria lógica estaciona-nos no tempo vendo tanta coisa acontecendo, então acho que esse é o motivo, é um ponto de nós ir correndo atrás, estar correndo atrás dessa questão da VE. | Então, pra um serviço andar e dar certo, eu acho que tem que destrinchar as ações, não concentrar em uma pessoa só, porque a gente sabe como é o trabalho do enfermeiro, é muita coisa e, se deixar pra mim fazer vigilância, PSF e hospital, eu não vou dar conta... Então, eu acho que tem que ter essa distribuição pro serviço caminhar. |

No que diz respeito à existência de planos ou projetos o município, no Plano Municipal de Saúde é apresentada a análise situacional e explicitada as diretrizes prioritárias da gestão municipal. Por outro lado, ao se analisar os relatórios de gestão, estes apontam que o município utilizou dados referentes ao ano de 2007 para avaliar o exercício de 2009. Possivelmente o município não consegue trabalhar com o banco de dados existentes de modo a utilizar informações atualizadas, ou os trabalhadores não compreendem qual a necessidade deste instrumento, transformando-o em uma ação meramente cartorial.

Nota-se, a partir do mapa 25, que o planejamento não emerge no discurso dos entrevistados. Apenas o representante do CMS, através de um discurso confuso, demonstra

que as decisões são tomadas mediante ou não a aprovação pelos conselheiros. De outra forma, no questionário *on line* o gestor da VE afirma que não existem planos ou projetos da VE em fase de elaboração.

Pelos depoimentos dos sujeitos, e pela análise dos documentos selecionados para este estudo, observa-se que não existem projetos em fase de elaboração ou em aprovação, o que revela poucas iniciativas para formular propostas de origem municipal, que geralmente são elaborados quando motivados pela busca de um aporte de recursos.

Mapa 25 – Planos e projetos para os entrevistados do Município 2

| Planos e projetos |
|---|
| Conselheiro Municipal de Saúde |
| A partir do conselho, toma a decisão e é encaminhado, né, aos órgãos pra resolver os problemas. Pra ver se opinião de todas foi contemplada né, tem coisas que às vezes é... Se diz e muitas vezes não é contemplada, mas nem tudo chega a ser. |

Os discursos retratam a precariedade de recursos financeiros e a falta de autonomia no processo decisório do gestor máximo do SUS municipal, dado que não autoriza nem mesmo a coleta de material para exames, conforme relatado pelo trabalhador da unidade da saúde da família (Mapa 26).

Na fala do gestor da VE fica evidenciado que um dos motivos para o município ter assumido a gestão da VE foi à destinação de recursos financeiros pelo ministério da Saúde, muito embora reforce que o recurso é pouco mais de três mil reais, o qual não cobre as necessidades do município, que por sua vez tem problemas complexos, a exemplo da baixa cobertura de serviços de saneamento básico para a população. Outro aspecto retratado por esse gestor, e também reforçado pelo conselheiro, é quanto à dificuldade de manter um hospital com um porte de sessenta leitos e ocupa somente a metade desses. Nos dois discursos é ressaltada a preocupação pelo não credenciamento do hospital pelo SUS, que ao que parece foi re-aberto muito mais por uma ação política do que pela real condição financeira do município de mantê-lo.

Vale destacar que, mesmo com o hospital municipal em funcionamento, segundo o relatório de gestão municipal são poucos os procedimentos realizados no município, o que é justificado pela falta de credenciamento, sendo que os cidadãos são encaminhados para o município que é a sede da Dires e que pode prestar um serviço de maior complexidade.

Assim, o município mantém uma estrutura hospitalar com um custo elevado e ainda arca com um custo adicional para encaminhar os cidadãos para atendimento em outro município.

Considerando-se o custo elevado para manter um hospital que não dispõe de nenhum convênio, e considerando as receitas do município, provavelmente alguma ação ou muitas outras ações de saúde deixam de ser realizadas no âmbito municipal, o que provavelmente confere ao município um resultado menos favorável na capacidade de gestão da VE.

Mapa 26 – Recursos financeiros do Município 2

| Recursos financeiros | | | |
|--|---|---|--|
| Gestor da VE | Trabalhador da VE esfera central | Trabalhador da Unidade de saúde da Família | Conselheiro Municipal de Saúde |
| [...] E também o recurso financeiro que ajuda muito o município, quando a gente recebe mais um tiquinho de recurso tem como a gente implementar mais melhoria para o município, apesar que é pequeno eu acho pequeno ainda esse recurso da vigilância mais dá para a gente fazer muita coisa com o recurso, a gente tem 18 000 hab e recebe 3.000 poucos reais ainda é pouco em comparação com tantos problemas que agente tem, o nosso município ele está em fase | Como eu tinha dito, uma coisa que contribuiria muito, às vezes parece que não, mas eu acho que sim, é na questão de veículos, alguns objetos que são mais específicos e a gente precisa para trabalhar, que não depende também só da nossa força de vontade, tem que ter algo mais. | Vamos supor igual como aconteceu nessa criança. A mãe não tava querendo pagar o exame, que ela não tinha condições. Então, que vim aqui: “Fulana, está acontecendo isso e isso, a mãe não tem condições de tá pagando o exame e tem que realizar o exame. Aí, ela vai e conversa com o secretário, o secretário já leva pra gestão maior, e, às vezes, a gente consegue o exame de graça. Entendeu? Vamos supor, se eu precisei de uma renda alguma coisa, pra me ajudar em relação a vigilância, igual no caso, se eu precisasse desse dinheiro pra ela | No município isso é seguinte, o que vejo que tá muito necessitando é que o governo consiga mais recursos pro nosso hospital porque nós temos um hospital de grande porte, a estrutura dá, porque é grande o hospital. Estamos precisando que o governo olhe pra isso aí, porque a prefeitura não é capaz de bancar com todas as despesas. |

| Recursos financeiros | | | |
|--|----------------------------------|---|--------------------------------|
| Gestor da VE | Trabalhador da VE esfera central | Trabalhador da Unidade de saúde da Família | Conselheiro Municipal de Saúde |
| <p>ainda de melhorias agente não tem saneamento básico ainda é precário, essas coisas mais caras é que estão faltando...</p> <p>A prefeitura é que assume a contrapartida maior porque na verdade a gente tem as unidades de saúde e ai agente ainda tem um hospital que foi inaugurado a dois anos nessa gestão e ai o hospital é enorme, foi construído para 62 leitos, mas na verdade agente só usa 32, é enorme...</p> <p>Gera muito gasto o município tem que arcar ainda porque não foi credenciado pelo SUS, ta em fase ainda, a gente não recebe ainda quase nada...</p> | | <p>fazer o exame, que ela não tinha condição, o que é eu tenho?</p> <p>Coordenadora...</p> <p>Coordenadora leva para o secretário...</p> <p>Secretário, gestão maior (se refere ao prefeito).</p> | |

Diante das falas dos entrevistados e da análise documental é possível afirmar que mesmo com insuficiência de recursos, há um outro problema que encontra-se relacionado à definição de utilização e gerenciamento do mesmo.

7.4.3 Balanço final da dimensão da sustentabilidade

Nesta dimensão, conforme a avaliação na linha de base, a maior parte dos resultados é sofrível, sendo que o município 1 apresentou uma avaliação regular e o município 2 uma avaliação muito ruim na dimensão da sustentabilidade de gestão. A análise dos discursos e dos documentos corroboram com esta avaliação, demonstrando mais uma vez que o município 1 encontra-se em melhor situação do que o município 2 no que se refere a capacidade de sustentar os resultados de gestão no médio e longo prazo.

Observa-se algumas tentativas e esforços na construção de alianças e parcerias. No entanto, nos dois municípios é perceptível a reduzida capacidade de articulação intersetorial, em particular no município 2. Na direção das conclusões apontadas por Roy e outros (2005; 2006), pode-se afirmar que existe um caminho longo a percorrer na busca de condições estruturais que possam viabilizar a intersetorialidade nas ações de saúde. Essas condições são categorizadas pelos autores referidos como condições obrigatórias (políticas, leis, regulações); condições que implicam (planos de ação, planos estratégicos, protocolos negociados) e condições que sustentam (recursos financeiros e técnicos). Os estudos de caso apontam nessa direção, visto que as condições consideradas como importantes para a construção de verdadeiras alianças estratégicas entre os diferentes setores governamentais e não governamentais não foram mencionadas nas falas dos sujeitos e tampouco explicitadas nos documentos analisados.

Assim como encontrado no achados do estudo realizado por Vilasbôas e Paim (2008) as práticas de planejamento apresentam um baixo grau de institucionalização, uma vez que são realizadas em momentos pontuais e devido às exigências legais das outras esferas de governo.

No que tange aos recursos financeiros, observa-se que o município com melhor capacidade de gestão da VE é aquele com maior aporte de recurso financeiro, que é proporcional a capacidade de manter e ampliar outros recursos. A diferença de recursos financeiros entre os municípios estudados é muito acentuada, conforme apontado no quadro 15.

Quadro 15 – Demonstrativo da aplicação de recursos nas ações e serviços de saúde nos municípios estudados, Bahia, 2009.

| Itens | Município 1* | Município 2** |
|---|---------------------|----------------------|
| Despesa total com saúde por habitante (R\$) | 1.102,10 | 202,49 |
| Despesa com recursos próprios por habitante | 927,72 | 133,82 |
| Despesa com recursos próprios | 15.569.951,64 | 2.275.537,84 |
| Receita de impostos e transferências constitucionais legais | 69.674.147,28 | 9.796.962,35 |

Fonte: Relatório de gestão dos municípios, 2009.

*O município utiliza no relatório de gestão dados referentes ao ano de 2009.

** O município apresenta no relatório de gestão dados referentes ao ano de 2007.

Em que pese o fato do município 1 utilizar dados de 2009 e o município 2 dados de 2007, isto não impede algumas reflexões. O município 1 apresenta um percentual de receita própria destinado para a saúde de 22,3%, e o município 2 um percentual de 23,2%. Analisando-se esse dado isoladamente, pode-se afirmar que os municípios destinam um percentual de receita própria adequada aos requisitos da EC 29. Mas, quando se compara a receita do município 1 com o município 2, as diferenças começam a aparecer. Nota-se que o valor da receita do município 1 é sete vezes maior do que o município 2, logo o total de recursos próprios destinados por habitante é também muito superior. Portanto, o total de despesa por habitante no município 1 é cinco vezes maior do que o total de despesa gasto por habitante no município 2.

Considerando-se a complexidade do tema e dos próprios limites da autora em fazer uma análise aprofundada sobre o financiamento do SUS, as evidências apontam que a sistemática de financiamento federal, apesar de igualar valores per capita, com distribuição de recursos através dos blocos de financiamento para a atenção básica; média e alta complexidade da assistência; vigilância em saúde; assistência farmacêutica e gestão, não leva em conta as desigualdades inter-regionais, em particular, relacionadas as necessidades de saúde da população e a capacidade econômico-financeira. Os dois casos estudados revelam que ainda que tenham porte populacional semelhante, o município 1 possui uma maior capacidade de gasto do que o município 2, o que, somado a uma maior autonomia no processo decisório, lhe confere uma melhor capacidade de gestão da VE .

7.5 CONSIDERAÇÕES FINAIS DOS ESTUDOS DE CASO

A análise dos dois casos revela fragilidade na capacidade de gestão da VE. Ainda que o município 1 se apresente numa condição mais avançada do que o município 2 não se observa equilíbrio entre as dimensões avaliadas.

Houve convergência dos resultados quanto à participação diminuta dos gestores da VE no processo decisório da VE em cada município, visto que limitam-se a operacionalizar os programas instituídos pelas outras esferas de governo. Da mesma forma, o processo decisório no interior do SUS municipal não é horizontal, dado que a participação do CMS nas decisões relacionadas a gestão da VE é pouco efetiva e os trabalhadores da saúde limitam-se a repassar as suas demandas para os níveis hierárquicos superiores. A pesquisa revelou que não é institucionalizada a participação do CMS na elaboração de planos e projetos para a VE, o que sinaliza que o processo de descentralização da VE assume uma dimensão mais técnica que política, distanciando-se da concepção de descentralização assumida neste estudo.

Chamam atenção os aspectos que foram incipientes nos dois municípios como o planejamento e avaliação. Tanto no município 1 como no município 2, os planos municipais de saúde não foram destacados como instrumento de gestão, se constituindo em um instrumento normativo para cumprimento de um requisito estabelecido pelo ministério da Saúde. Da mesma forma, o relatório de gestão e a programação operativa anual, também instrumentos implantados por iniciativa do ministério da Saúde para subsidiar a avaliação das ações propostas no Plano Municipal da Saúde, não são elaborados com esse fim, em particular no município 2, onde a avaliação dos indicadores de saúde e do financiamento foi elaborada com uma defasagem de dois anos. Ficou evidenciada a reduzida capacidade dos municípios para avaliar os dados gerados nos sistemas de informações de modo a produzir informes epidemiológicos e boletins sobre o estado de saúde da população, não somente para auxiliar no processo de tomada de decisão, como também, para socializar a informação entre a população.

As maiores diferenças na avaliação recaem no aporte de recursos operacionais, pois o município 1 apresenta uma condição favorável, tanto relacionado a quantidade como à qualificação dos trabalhadores da saúde, além de um aporte financeiro superior ao município 2, o que pode contribuir para um melhor desempenho da gestão da VE.

É importante destacar que as práticas de VE nos dois municípios refletem o modelo de atenção centrado na clínica. Em concordância com Santos (2006) a forma como se

originou a VE contribuiu para ancorar a representação de que as suas ações estão restritas ao controle de doenças. Isso significa que os processos de capacitação não levam tal aspecto em conta ou não produzem mudanças nesta compreensão, o que repercute negativamente nas práticas dos profissionais, que estão direcionadas para a execução de ações pontuais para evitar surtos e epidemias.

A sustentabilidade no município 1, ainda que não esteja num grau avançado, é conferida em parte pela autonomia da secretaria municipal da Saúde em relação à utilização e disponibilidade de recursos financeiros para desenvolver as ações da VE. Em contrapartida, no extremo oposto, no município 2 o secretário municipal da Saúde não tem a mesma autonomia, visto que as deliberações quanto ao gasto com os recursos são controlados pelo prefeito, além de enfrentar uma escassez de recursos para desenvolver as ações que estão sob a sua responsabilidade. Por sua vez, o repasse de recursos realizados pela esfera nacional e estadual não leva em conta as desigualdades inter-regionais, tanto no que se refere ao estado de saúde da população como em relação à rede de serviços existentes nos municípios. Assim, foram descentralizadas as responsabilidades quanto as atribuições de VE para os municípios de forma homogênea, sem levar em conta tais diferenças, o que foi muito bem evidenciado nos dois estudos de caso.

Observou-se, assim como apontado por Melo e outros (2009), que o grau diferenciado de poder e de recursos, a autonomia relativa dos municípios e a superposição de competências fazem com que a descentralização da VE não seja promotora de um processo de gestão pactuada e compartilhada. Na direção das reflexões dos referidos autores, a dependência de recursos financeiros e a falta de autonomia dos municípios em relação à esfera estadual e federal, evidenciada neste estudo, não é apenas um problema de arranjo institucional ou de redefinição de competências, uma vez que existem outras razões que explicam a ausência de poder local, dado que os municípios são criados muito mais para demarcação territorial de poder eleitoral de grupos políticos do que como resultado de um processo político social local.

Nos estudos de caso, foram reveladas fragilidades nas três dimensões da gestão: organizacional, operacional e na dimensão da sustentabilidade. No entanto, a dimensão operacional, a qual obteve uma melhor avaliação, poderá ficar comprometida no longo prazo, pois se observa constrangimentos no processo decisório; limitações na formação de alianças e parcerias e no estabelecimento de canais de escuta que permitam a identificação das necessidades de saúde da população local.

Ao relacionar os achados obtidos nas dimensões da gestão com o princípio da descentralização assumido nesta pesquisa, constata-se que ocorre uma desconcentração das atividades, visto que é repassada por outras esferas de governo a execução das ações de VE sem o correspondente compartilhamento de poder decisório para os municípios. Isso significa dizer que a definição de atribuições, de recursos e de autonomia para o âmbito municipal é credenciada pelo poder central.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados desta avaliação apontam para acentuada fragilidade na capacidade de gestão da VE nos municípios estudados. Tanto na linha de base avaliativa como nos estudos de caso, os resultados obtidos em todas as dimensões, notadamente na dimensão organizacional e na dimensão da sustentabilidade apontam para uma capacidade de gestão frágil.

Na análise do contexto foi possível identificar que os municípios possuem pouca autonomia no processo decisório, face ao caráter vertical e normativo que assume a descentralização da gestão da VE. A capacidade de gestão da VE encontra-se diretamente relacionada ao contexto da implantação da sua descentralização, marcado pela regulação do Estado através de leis, portarias e resoluções definindo competências, estrutura e financiamento da VE municipal sem considerar as especificidades locais. Portanto, há mais constrangimentos do que compartilhamento de decisões, seja em relação a outras esferas de governo, seja no interior do SUS municipal.

A forma como ocorre a descentralização da VE reflete os resultados alcançados na linha de base avaliativa e nos estudos de casos em relação ao reduzido poder de decisão dos municípios, que devem seguir as regras definidas por outras esferas de governo.

Na linha de base avaliativa verificou-se que 50% dos municípios amostrados possuem uma capacidade de gestão da VE entre ruim a muito ruim, 26,7% uma capacidade regular e somente 23,7% apresentam uma boa capacidade de gestão.

Destaca-se que a macrorregião Leste foi a que apresentou melhor desempenho na avaliação, evidenciando que as desigualdades existentes entre as macrorregiões encontram-se diretamente relacionadas ao seu grau de desenvolvimento econômico e social, o mesmo resultado obtido nos estudos de caso. Está localizado na macrorregião Leste o município que obteve a melhor avaliação na capacidade de gestão da VE, reforçando o que foi dito anteriormente, dado que o município com melhor desempenho na capacidade de gestão da VE possui indicadores econômicos e sociais que o coloca em posição privilegiada no *ranking* nacional e estadual.

No que diz respeito às dimensões analisadas, observa-se que dos municípios amostrados 71% possuem uma capacidade regular para manter e mobilizar os recursos que garantam condições desejáveis para atuar em VE (dimensão operacional); 39,5% obtiveram avaliação precária e apenas 26,3% obtiveram boa avaliação na dimensão organizacional, evidenciando uma relação frágil na esfera municipal quanto à autonomia de decidir; 50% dos municípios foram avaliados como muito ruim a ruim na dimensão da sustentabilidade, revelando que existe uma fragilidade nos mecanismos e estratégias de gestão que possam ampliar e manter as parcerias e alianças para sustentar os resultados de gestão nos municípios.

Na dimensão organizacional (quem decide e como decide), chama atenção a falta de autonomia no processo decisório, em particular do município com capacidade de gestão menos favorável, em função da centralização das decisões na figura do gestor máximo do município, além da incipiente participação do conselho municipal de saúde no planejamento e avaliação das ações. Observa-se que não se considera, na seleção dos gestores, um perfil que inclua a qualificação e experiência para atuar tanto como secretário municipal da Saúde quanto como gestores intermediários. Na linha de base avaliativa, no que diz respeito à competência e habilidades dos gestores da VE, os resultados apontam que a totalidade dos respondentes possui formação superior, fato esse evidenciado nos estudos de caso. No entanto, confirmam-se os mesmos critérios citados anteriormente na seleção dos gestores. Destes, 42% não possuem experiência prévia em gestão e 37% dos gestores da VE não possuem especialização na área de saúde. Tais achados, articulados a inexistência de critérios técnicos-políticos de interesse para o SUS na escolha dos gestores municipais, incluídos os gestores da VE limita a capacidade de gestão neste âmbito de prestação de serviços. Os gestores da VE podem ser considerados como exercendo um mandato técnico, sem que efetivamente exerçam o poder de decisão em relação às ações e serviços da VE.

A maioria dos municípios amostrados possui plano municipal de saúde, o que confere a este, *a priori*, uma avaliação positiva. No entanto, os estudos de caso evidenciaram que esse instrumento se constitui um instrumento meramente cartorial, dado que os gestores e trabalhadores da saúde não referem usar o plano municipal de saúde como um instrumento de gestão. Somado a isso, fica evidenciada na linha de base avaliativa e nos estudos de casos a incipiente participação dos gestores da VE, assim como dos representantes do CMS, na elaboração de planos ou projetos locais.

Na dimensão operacional (decisões para mobilizar recursos para manter as condições técnicas e logísticas), as maiores fragilidades aparecem nos processos educativos, que geralmente são demandados pela secretaria estadual da Saúde e não emergem a partir da

identificação de necessidades locais; nas precárias relações de trabalho, com predomínio de contratos temporários, o que não assegura os direitos dos trabalhadores e impossibilita a qualificação de um quadro técnico competente e responsável para atuar na VE. Tais fragilidades diminuem a capacidade de execução das atividades de VE e não agregam valor para a capacidade de gestão e tampouco para a legitimidade do gestor.

Merece destaque a inexistência de estrutura mínima para executar as ações de VE na maioria das macrorregiões avaliadas. Conforme apontam os resultados da linha de base avaliativa, 100% dos municípios da macrorregião Sudoeste possuem estrutura mínima para operar a VE, e quando se analisa o achado referente ao município selecionado para o estudo de caso inserido nessa macrorregião foi possível constatar que essa estrutura não existe.

Tanto na análise quantitativa quanto qualitativa foi possível constatar os vínculos precários de trabalho. Isso se traduz em um aspecto negativo para a gestão da VE porque, entre outros aspectos, favorece à descontinuidade das ações de saúde e por se estar sempre iniciando os processos educativos para trabalhadores que não permanecerão no município. Assim, um dos grandes obstáculos para ampliar a capacidade de gestão da VE está na gestão de pessoas.

Por outro lado, o fato da maioria dos municípios avaliados informar que as equipes de saúde da família desenvolvem algumas ações de VE, notadamente a notificação, investigação epidemiológica e vacinação de bloqueio, além da vacinação de rotina e de campanhas, pode contribuir para o alcance da maioria das metas pactuadas. Por outro lado, os indicadores de saúde que são avaliados no Pacto referem-se às ações historicamente trabalhadas pelos municípios. Tal experiência fortalece a competência técnica no âmbito municipal. No entanto a grande interrogação é se os municípios terão a mesma competência técnica para enfrentamentos de eventos inusitados, a exemplo de surtos, tomando em consideração a atual estrutura de gestão da VE.

Os dados revelam que o foco da gestão da VE está direcionado para ações pontuais, voltadas predominantemente para o controle das doenças transmissíveis, que se sobrepõem às ações de promoção da saúde. Ademais, observa-se uma racionalidade técnica que enfatiza a busca de resultados a partir de metas previamente definidas pela secretaria estadual da Saúde e pelo ministério da Saúde. Tal ênfase pode deixar em segundo plano as intervenções sobre prioridades locais, a partir de necessidades identificadas ou mesmo impedir que o município possa obter apoio para ampliar sua capacidade.

Notadamente na dimensão operacional é que os municípios apresentam os melhores resultados na linha de base avaliativa assim como nos estudos de caso, mesmo obtendo uma

avaliação regular. Tal fato pode estar relacionado com a capacidade técnica e compromisso dos gestores intermediários e trabalhadores que desenvolvem as ações de VE, e nem tanto pela compreensão dos gestores máximos das secretárias municipais da Saúde e dos prefeitos quanto à posição estratégica assumida pela VE para a mudança do modelo de atenção e para a consolidação do SUS.

Na dimensão da sustentabilidade da gestão (formular projetos, socializar informações, parcerias e alianças), apesar de alguns esforços dos gestores para estabelecer parcerias e alianças, observa-se acentuada fragilidade em tais iniciativas, especialmente em relação ao financiamento das ações que possam sustentar no médio e longo prazo os resultados obtidos na dimensão operacional. Assim como nos estudos de caso, na linha de base avaliativa fica evidenciada a incipiente capacidade de formação de parcerias e alianças, e estas, quando existentes são feitas com instâncias institucionais já parceiras.

Quanto à existência de canais de asculpta para os usuários, não se observou respostas significativamente positivas, tanto na linha de base avaliativa como nos estudos de casos, o que pode indicar que os serviços são voltados para o cumprimento de metas pré-estabelecidas sem levar em conta a satisfação e as necessidades dos cidadãos.

Nos casos estudados, os resultados positivos obtidos por alguns dos indicadores apontam que estes, isoladamente, não são capazes, no médio e longo prazo, de sustentar a capacidade de gestão da VE.

Destacam-se também alguns achados que confirmam os pressupostos assumidos neste estudo empírico:

1 O primeiro deles refere-se ao predomínio do caráter vertical e centralizado do processo de descentralização da VE. Ainda que tenha sido definida legalmente a autonomia no processo decisório dos municípios, essa autonomia é constrangida no momento em que os municípios não dispõem de recursos financeiros e operacionais para desenvolver as ações de VE. Nota-se que foram repassadas homogeneamente as atribuições de VE para os municípios, sem avaliar qual a capacidade de gestão que estes teriam para assumir tais responsabilidades.

2 Os estudos de caso demonstram que o município com melhor capacidade de gestão é aquele que apresenta um maior aporte de recurso financeiro. Não foram encontrados resultados significativos na capacidade de gestão da VE em relação as habilidades dos gestores. Acrescenta-se que o município com maior capacidade de gasto possui uma melhor capacidade de gestão da VE, o que pode estar relacionado com a condição do município em

manter profissionais qualificados ou mesmo estabelecer com eles relações de trabalho estáveis.

A despeito dos limites dessa análise, considerando-se a complexidade do tema, a extensão da pesquisa e o tempo para desenvolver a mesma, alguns aspectos merecem destaque:

A estratégia de encaminhar via *on line* o questionário permitiu coletar informações de vários municípios, inseridos em macrorregiões diversas, permitindo identificar quais as macrorregiões que apresentam melhor capacidade de gestão de VE e de cada macrorregião, identificar o município com melhor condição e o outro com situação mais frágil. Assim, foi possível fazer uma avaliação das nove macrorregiões conforme definido na metodologia. Porém alguns aspectos merecem destaque:

1. O questionário foi extenso, o que pode ter dificultado o preenchimento. Além disto, o fato dos gestores da VE não poder salvar as respostas na medida em fosse respondendo as questões pode ter sido um entrave para um maior retorno de questionários respondidos. Pensa-se que com os devidos ajustes, o questionário com informantes-chave pode ser utilizado em outros momentos pela própria secretaria estadual da Saúde para avaliar se houve mudanças na capacidade de gestão da VE no estado.
2. O tempo para realizar esta pesquisa foi considerado exíguo, por vários aspectos: o envio do questionário ficou condicionado à disponibilidade do técnico da Divep que possuía outras demandas de trabalho; o questionário foi respondido por gestores da VE, demandando vários contatos para que se obtivesse o retorno dos mesmos;
3. Os indicadores selecionados para o estudo permitiram fazer uma primeira avaliação da capacidade de gestão da VE no estado da Bahia, com a identificação do município com melhor condição e o outro com capacidade de gestão mais frágil. Alguns indicadores se mostram sensíveis porém pouco específicos para avaliar a capacidade de gestão, a exemplo da existência do planejamento e da informação sobre a estrutura adequada para o desenvolvimento das ações de VE, o que demanda a revisão dos mesmo para futuros estudos.
4. Os estudos de casos, analisando o município com melhor capacidade de gestão e aquele com capacidade de gestão da VE mais frágil, foi uma estratégia metodológica apropriada por permitir aprofundar porque os

municípios possuem graus diferenciados na capacidade de gestão da VE. Dada as diferenças e semelhanças encontradas nos municípios analisados, pode-se afirmar que mesmo o município considerado como o que possui uma melhor capacidade de gestão não se configura propriamente um caso exemplar passível de orientar de forma consistente a gestão descentralizada da VE dos demais municípios do estado da Bahia.

Diante da complexidade do tema, este estudo aponta para futuras investigações que possam superar as lacunas existentes, com a construção de outros referenciais teóricos e pressupostos.

1. Avaliação da capacidade de gestão da vigilância epidemiológica nos municípios das nove macrorregiões que apresentaram os melhores resultados na linha de base avaliativa (Pesquisa em andamento, financiada pelo CNPq). Considera-se importante continuar o estudo, inclusive para relacionar quais os aspectos marcantes que possibilitam uma melhor capacidade de gestão nesses municípios, como também, para identificar se existe alguma prática inovadora de gestão da VE relevante, que possa ser replicada, considerando as especificidades, em outros municípios.
2. Avaliação da relação existente entre o PIB municipal e a capacidade de gestão descentralizada da VE. Um dos aspectos que ficaram evidenciados nesta pesquisa é que o município que apresentou o resultado mais favorável para a capacidade de gestão possui um PIB per capita mais elevado. Sabendo-se que o PIB per capita é um indicador utilizado para medir a qualidade de vida de um país ou de uma região, seria pertinente desenvolver estudos que possam analisar a relação que existe entre esse indicador com o estado de saúde da população e com a descentralização da gestão da VE.
3. Inserção da enfermeira na gestão da vigilância epidemiológica. Nesta pesquisa foram levantadas algumas proposições quanto ao predomínio de enfermeiras na gestão ou como executora das ações de VE, mas não se aprofundou essa discussão, até porque não se constituía objeto deste trabalho. Pensa-se que poderia ser analisado qual o perfil, a concepção de VE predominante entre as enfermeiras e porque são essas profissionais que assumem majoritariamente esse campo de trabalho e de gestão na saúde pública.

4. Avaliação da gestão da VE nos municípios que assumiram o comando único após adesão ao Pacto de Gestão. Não foram encontrados estudos referentes a esta temática, até porque ainda é recente a adesão pelos municípios ao comando único. Assim, uma das possibilidades identificadas para estudo é analisar as repercussões da adesão ao comando único para gestão da VE e para o estado de saúde da população
5. Análise documental do relatório de gestão e plano municipal de saúde observando a coerência interna entre os documentos. Constatou-se neste estudo que o relatório de gestão dos municípios estudados não faz uma avaliação seguindo as diretrizes e estratégias definidas no plano municipal da saúde. Porém, não foi possível ampliar essa discussão, até porque necessitaria de uma análise mais detalhada de cada elemento que constitui o plano municipal da saúde e do relatório de gestão, o que fugia ao foco deste estudo.

Os resultados obtidos na linha de base avaliativa, somados à análise de contexto e aos estudos de caso nos dois municípios foram consideradas úteis para orientar a avaliação final, não simplesmente apontando o que está ruim ou que está bom na capacidade de gestão descentralizada da VE, mas para apontar sugestões que possibilitem correções de rumos.

Portanto, a partir da avaliação final emerge algumas sugestões. Uma delas é que se torna premente discutir o modelo de vigilância adotado no Brasil, que é marcado pela fragmentação entre vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental. Assim, sugere-se que sejam realizados fóruns de discussões envolvendo as três esferas de governo, de modo que resultem em propostas concretas de reorganização da vigilância em saúde. Uma das propostas para discussão nesses fóruns seria repensar às denominações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, o que reforça a dicotomia existente entre as mesmas se distanciando da concepção de Vigilância em Saúde.

Pensa-se que se faz necessário rever critérios de financiamento das ações da vigilância em saúde, dado que foi evidenciado no estudo que o modelo atual promove mais iniquidades do que equidade, pois não possibilita àqueles municípios que possuem uma frágil sustentação econômica desenvolver as inúmeras ações que foram descentralizadas para os mesmos. Um dos critérios sugerido poderia ser a avaliação do PIB e IDH dos municípios.

Por outro lado, os indicadores selecionados para o estudo se mostraram sensíveis no momento que permitiram identificar os municípios com melhor capacidade de gestão e aqueles com capacidade mais frágil de gestão descentralizada da VE. Assim, sugere-se que

sejam realizadas oficinas para discussão e validação dos indicadores utilizados nesta pesquisa, com indicação para fazer futuras avaliações em contextos diferentes.

Ficou evidenciada nos estudos de caso que a ênfase dada pela secretaria estadual da Saúde no acompanhamento aos municípios é predominantemente voltada para o cumprimento de metas e para capacitações pontuais que podem não atender as necessidades locais. Sabe-se das dificuldades de romper essa lógica de trabalho instituída ao longo dos anos. No entanto, alternativas devem ser pensadas para que o acompanhamento desses municípios seja mais solidário, de modo a identificar as dificuldades existentes e quais estratégias poderão ser implementadas para enfrentá-las, inclusive aquelas relacionadas aos processos educativos, que poderiam ser realizados de uma forma microlocalizadas, e potencializando a socialização das experiências bem sucedidas.

Não obstante, enquanto a seleção dos gestores da secretaria municipal da Saúde (gestor máximo e intermediário) não acontecer observando o perfil profissional quanto à especialização na área de saúde, experiência prévia na gestão ou no âmbito da saúde coletiva, possivelmente a condição desses atores para mobilizar os recursos oriundos da posição que ocupa será limitada e não ultrapassará uma atuação normativa, sem buscar inovações nas práticas de gestão da VE.

Não se pode negar os avanços em alguns indicadores de saúde advindos da descentralização da gestão da VE, em particular aqueles relacionados à ampliação da cobertura vacinal e conseqüente redução das doenças imunopreveníveis, portanto, avanços relacionados ao controle de algumas doenças transmissíveis as quais dispõem de uma tecnologia específica. De outra forma, alguns avanços, como a redução de óbitos por diarreia, não pode ser atribuído exclusivamente ao setor saúde, dado que se observa ao longo dos anos implementação de outras políticas públicas, a exemplo do saneamento básico. Portanto, ao resgatar à concepção de VE definida na Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1980), observa-se que são necessárias mudanças mais profundas, de correção de rumos, pois a forma como ocorre a gestão da VE nos municípios encontra-se distante de viabilizar a re-organização do modelo de atenção com ênfase na promoção da saúde, identificando os determinantes e condicionantes da saúde para o desenvolvimento de práticas voltadas para a realidade local.

Entende-se que existe mais de uma explicação do fenômeno estudado; que os atores sociais atuam em um sistema criativo, permitindo seguir em parte as suas leis; que o poder é um recurso escasso na gestão em saúde, limitando a possibilidade do que deve ser, e que todo sistema social, como é a gestão da VE é dominado por uma incerteza mal definida, e que seus problemas raramente são estruturados (GAPI-UNICAMP, 2002).

Como consequência do processo de descentralização os municípios tornaram-se unidades gestoras do sistema de saúde, que paradoxalmente, pela excessiva normatização conferida pela esfera estadual e federal, lhes falta autonomia no processo decisório, a qual deveria ser o objeto da gestão descentralizada. Esta avaliação confirma a ausência de poder dos municípios mais carentes dentro um sistema que foi criado justamente para assegurar a equidade. Dado que o atributo da descentralização pressupõe compartilhamento de poder, não se verifica de fato uma gestão descentralizada de VE no estado da Bahia.

Considera-se que a gestão descentralizada da VE, por si mesma, não é capaz de sustentar os resultados obtidos em relação aos indicadores de saúde da população. Neste contexto, torna-se necessário o efetivo compartilhamento do processo decisório e a adoção de um planejamento orientado pelas prioridades locais, inclusive no que diz respeito à alocação de recursos financeiros e operacionais. Existe uma expressiva variação na capacidade de gestão das macrorregiões e dos municípios, evidenciada na construção da linha de base avaliativa e nos estudos de caso, que é determinada em função das desigualdades sociais, econômicas, políticas e dos mecanismos de gestão adotados.

REFERÊNCIAS

ABRÚCIO, F. L. Os avanços e dilemas do modelo pós-burocrático: a reforma da administração pública à luz da experiência internacional recente. In: PEREIRA, L. C. B.; SPINK, P. K. (Org.). **Reforma do Estado e administração pública gerencial**. Rio de Janeiro: FGV, 1998. p. 173-199.

ABRÚCIO, F. L. A experiência de descentralização: uma avaliação. In: BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Balanço da Reforma do Estado no Brasil: a nova gestão pública**. Brasília, DF, 2002. p 207 -222.

ABRÚCIO, F. L; GAETANI, F. Avanços e perspectivas da gestão pública nos estados: agenda, aprendizado e coalizão. 2006. **Cadernos MARE**. Disponível em: < <http://www.bresserpereira.org.br/Documents/MARE/Terceiros-Papers> >. Acesso em: 12 maio 2010.

ALMEIDA, M. H. T.. Federalismo e Políticas Sociais. In: AFONSO, Rui de Brito Álvares; SILVA, Pedro Luiz Barros (Org.). **Descentralização e políticas sociais**. São Paulo: FUNDAP, 1996. p.13-37.

ALVES-MAZZOTTI, A. J. Usos e abusos dos estudos de caso. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, v. 36, n. 129, p. 636-651, 2006.

ANDREWS, C. W.; KOUZMIN, A. “Dando nome à rosa”: o discurso da Nova Administração Pública no contexto brasileiro. 1998. Disponível em: < <http://www.fia.com.br/reforma/textos.htm> > . Acesso em: 12 maio 2010.

ANDRADE, L.O.M et al. Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. In: CAMPOS, G.W et al (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006. p 487-528.

ARELLANO, O. L. A política de saúde no México: um exemplo de liberalismo social? In: LAUREL, A. C. (Org.). **Estado e políticas sociais no liberalismo**. São Paulo: Cortez, 2002.

ARRETCHE, M. T. S. Relações federativas nas políticas sociais. **Educação e Sociedade**, v. 23, n. 80, set. 2002. Disponível em: < <http://www.scielo.br> >. Acesso em: 28 jan. 2007.
ARRETCHE, M. T. S. Políticas sociais no Brasil: descentralização em um Estado federativo. **Revista brasileira de ciências sociais**, São Paulo, v. 14, n. 40, p. 111-132, 1999.

ARRETCHE, M. T. S.; MARQUES, E. Condicionantes locais da descentralização das políticas de saúde. In: HOCHMAN, G. et al (Org.). **Políticas públicas o Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. p 173-204.

ASSIS, M. M. A. **Municipalização da saúde: intenção ou realidade?** análise de uma experiência concreta. Feira de Santana: Universidade Estadual de Feira de Santana, 1998.

ASSIS, S. G. et al . Definição de objetivos e construção de indicadores visando a triangulação. In: MINAYO, M. C. S. et al. **Avaliação por triangulação de métodos: abordagens de programas sociais**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006. p. 105-132.

AVELINO, G. et al. Internacionalização econômica, democratização e gastos sociais na América Latina, 1980 – 1999. In: Hochaman,G. et al. **Políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007. p. 207-239.

BAGUERNAND, J. **Que sais-je? la décentralisation**. Paris: Presses Universitaires de France, 2004.

BAHIA. Secretaria de Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. **Relação de municípios quanto adesão municipal ao pacto de gestão**. Salvador, 2010.

BAHIA. Secretaria de Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. **Doenças Exantemáticas** : avaliação trimestral 2007. Salvador, 2007.

BAHIA. Secretaria de Saúde. Mais saúde com qualidade: reduzindo desigualdades. **Plano Estadual de Saúde**. Salvador, 2004.

BAHIA. Secretaria de Saúde. Plano Estadual de Saúde: gestão 2007-2010. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 33. Salvador, 2009.

BAHIA. Secretaria de Saúde. Plano Diretor de Regionalização. **Resolução CIB: nº 132 de 20/09/2007 e nº 57 de 27/03/2008**. Salvador, 2008.

BAHIA. Secretaria de Saúde. Diretoria de Controle das Ações e Serviços de Saúde - DICON. **Informação sobre a rede de saúde e profissionais atuado nos municípios**, 2010.

BAKHTIN, M. Towards a methodology for the human sciences. In: EMERSON, C; HOLQUIST, M. **Speech genres and other late essays**. Texas: University of Texas Press, 1994, p.159-173.

BARATA, R. B. et al. Por um processo de descentralização que consolide os princípios do Sistema Único de Saúde. **Revista epidemiologia e serviços de saúde**. Brasília, v. 13, p 15-24, 2004.

BARRETO, J. L.; GUIMARAES, M. C. L. Avaliação da gestão descentralizada da assistência farmacêutica básica em municípios baianos, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p.1207-1220, jun, 2010.

BARROS, S; MELO, C. M. M. As formas de organização do trabalho em saúde e o trabalhador de Enfermagem. In: CONGRESSO PAN- AMERICANO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM, 11., 2003, Rio de Janeiro; CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 55., 2003, Rio de Janeiro.

BOBBIO, N. **Os intelectuais e o poder: dúvidas e opções dos homens de cultura na sociedade contemporânea**. Tradução de Marco Aurélio Nogueira. São Paulo: UNESP, 1997.

BORJA, J. **Manual de gestión municipal democrática**. Madrid, Barcelona: Instituto de Estudios de Administración, 1987.

BOSSERT, T. Decentralization. In: JANOVSKY, K (Org.). **Health Policy and Systems Development: an agenda for research**. Geneva: OMS, 1996. p. 147–160.

BRASIL. Lei Orgânica da Saúde nº. 8080 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 República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 1990.

BRASIL. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196/96: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, DF, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 1.399** de 15 de dezembro de 1999. Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, estados, municípios e Distrito Federal, na área de epidemiologia e controle de doenças, define a sistemática de financiamento e dá outras providências. Brasília, DF, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Curso Básico de Vigilância Epidemiológica**. Manual do treinamento. Módulo I. Brasília, DF: Fundação Nacional de Saúde, 2000a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n 95 de 26 de janeiro de 2001**. Regulamenta a norma operacional da assistência à saúde que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; define o processo de regionalização da assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. Brasília, DF, 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002**. Aprova, a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. Brasília, DF, 2002

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 1.172** de 15 de junho de 2004. Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, estados, municípios e Distrito Federal, na área de Vigilância em Saúde, define a sistemática de financiamento e dá outras providências. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pactos em defesa do SUS, de gestão e pela vida**. Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A gestão da saúde nos estados: avaliação e fortalecimento das funções essenciais**. Brasília, DF, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria N. 3.252, de 22 de dezembro de 2009**. Aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios e dá outras providências. Brasília, DF, 2009.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE - CNES. Disponível em: < <http://cnes.datasus.gov.br/> >. Acesso em: 10 out. 2010.

CAMPOS, G. W. S. **Um método de análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2000.

CANADA. Sur la voie du changement : Pistes à suivre pour restructurer les services de santé de première ligne au Canada. **Rapport soumis aux partenaires**. Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, Ministère de la Santé et du Bien-être du Nouveau-Brunswick Ministère de la Santé de la Saskatchewan Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec Santé Canadá, 2003.

CARMO, E. H et al. Mudanças nos padrões de morbimortalidade da população brasileira: os desafios para um novo século. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**. Brasília, DF, v. 12, n. 2, p. 63- 75, 2003.

CARVALHO, G. A inconstitucional administração pós-constitucional do SUS através das normas operacionais. **Revista ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, p. 435-444, 2001.

CARVALHO, S. R.; CUNHA, G. T. A gestão da atenção na saúde: elementos para se pensar a mudança da organização na saúde. In: CAMPOS, G. W. et al (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 837-868.

CASTEL, R. As transformações da questão social. In: BOGUS, L. et al. **Desigualdade e questão social**. Traduzido do original em francês: Les métamorphoses de la question sociale: une chornique du salariat. Paris, 1995. São Paulo: Educ, 1997.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface: comunicação, saúde, educação**. Botucatu, v. 9, n.16, p.161-77, set. 2004/fev.2005.

CENTERS OF DISEASE CONTROL AND PREVENTION - CDC. **Comprehensive plan for epidemilogic surveillance**. Atlanta, 1986.

CERQUEIRA, E.M. **Práticas de vigilância epidemiológica em Feira de Santana**: remando contra maré. 2001. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)- Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2001.

COHN, A. O Sistema Único de Saúde: a síndrome da dualidade”. **Revista Universidade de São Paulo**, São Paulo, n 51, p. 6-15, 2001.

COHN, A; MARSIGLIA, R. G. Processo e organização do trabalho. In: BUSCHINELLI, J. T.; ROCHA, L. E.; RIGGOTTO, R. M. (Org.). **Isto é trabalho de gente?** Vida, doença e trabalho no Brasil. São Paulo: Vozes, 1993. p.57-73.

CONTANDRIOPOULOS, A-P. et al. A avaliação na área de saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A (Org.). **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programa.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p.29-45.

CORREA, M. V. C. **Controle social na saúde.** Disponível em: < <http://webmail.profunisuam.com.br> >. Acesso em: 17 set. 2010.

COSTA, F. L. Contribuição a um projeto de reforma democrática do Estado. **Revista de administração pública,** Rio de Janeiro, v. 44, n. 2, p. 239-270, 2010.

CUNHA, E. M. **Regra e realidade na constituição do SUS municipal:** implementação da NOB 96 em Duque de Caxias. 2001. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)- Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2001.

DALLAIRE, C. L'action politique : une stratégie pour l'engagement professionnel. In : DALLAIRE, C. (Org.). **Le savoir infirmier:** au coeur de la discipline et de la profession. Montreal: Gaetan morin éditeur, 2008. p. 455- 482.

DELUIZ, N. **O Modelo das Competências Profissionais no Mundo do Trabalho e na Educação: Implicações para o Currículo.** Disponível em: < <http://www.senac.br/BTS/273/boltec273b.htm> >. Acesso em: 8 set. 2010.

DESLANDES, S. F.; ASSIS, S. G. Abordagens quantitativa e qualitativa em saúde: o diálogo das diferenças. In: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. (Org.). **Caminhos do pensamento: epistemologia e método.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ. 2002. p. 195-221.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. A disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. In: DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens.** Porto Alegre: Artmed, 2006.

DRAIBE, S. Avaliação de programas. In: BARREIRA, M. C. R. N; BRANT de CARVALHO, M. C. (Org.). **Tendências e perspectivas na avaliação de políticas sociais.** São Paulo: IEE/PUC, 2001. p. 165-181.

FEUERWERKER, L. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Revista Interface.** Botucatu, v. 9, n. 18, p. 489-506, set./dez. 2005.

FERLA, A. A. et al. Um olhar sobre práticas avaliativas em descentralização do sistema de saúde: construindo uma abordagem analítica para atuação em rede. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A (Org.). **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: Cepesc, 2006.

FERRAZ, L.; AERTS, D. R. G. C. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. **Revista ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 10, p. 347-355, 2005.

FERREIRA, V. S. C. et al. Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 25, p. 898-906, 2009.

FISCHER, M. Le centralisme et l'aménagement du territoire en France. In: : AMMON, G.; HARTMEIER, M. **Federalisme et centralisme : l'avenir de l'Europe entre le modèle allemand et le modèle français**. Paris: Economica, 1998. p. 35-46.

FIGUEIRÓ, A. C. et al. Padrões internacionais dos estudos de linha de base. In: HARTZ, Z. (Org.). **Meta-avaliação da atenção básica à saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 47-70.

FINATEC. **Descentralização e poder local: a experiência das subprefeituras no município de São Paulo**. São Paulo: Hucitec, 2004.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Organização e tradução: MACHADO, R. Rio de Janeiro: Graal, 1998.

FOUCAULT, M. **Surveiller et punir: naissance de La prison**. St Amand: Gallimard, 1995.

FRANCO, B. T; BUENO, W. S; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG). In: MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 36-54.

FRANCO, T. B; MERHY, E. E. Programa de saúde da família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo technoassistencial. In: MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 55-124.

GAGNON, F.; DALLAIRE, C. Promotion de La santé : la contribution du savoir infirmier. In: POULET, O. ; DALLAIRE, C. **Les soins infirmiers** : vers de nouvelles perspective. Boucherville : Gaetan Morin, 2002. p. 255-276.

GAPI-UNICAMP. **Metodologia de análise de políticas públicas**. São Paulo, 2002. 50 p. Texto mimeo.

GURGEL JÚNIOR, G. D.; VIEIRA, M. M. F. Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceituais. **Revista ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n.2, p. 325-334, 2002.

GERGEN, K. The social constructionist movement in modern Psychology. **American Psychologist**, p 266-275, 1985.

GODIN, S. M. G. et al. Da descrição do caso à construção da teoria ou da teoria à exemplificação de um caso? Uma das encruzilhadas da produção do conhecimento em administração e áreas afins. **Revista organizações e sociedade**, Salvador, v. 12, n. 35, p.47-68, dez. 2005.

GUIMARÃES, M. C. L. **Descentralização da saúde, interesses e conflitos decisórios**: o processo de decisão nas instâncias colegiadas estaduais, Bahia, 1993-1998. 2000. Tese (Doutorado em Administração)- Escola de Administração da Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2000.

GUIMARÃES, M. C. L. et al. **Avaliação da capacidade de gestão de organizações sociais** : uma proposta metodológica. Escola de Administração. Núcleo de pós graduação em Administração. Universidade Federal da Bahia , Salvador, 2002.

GUIMARÃES, M. C. L. et al. Avaliação da capacidade de gestão de organizações sociais : uma proposta metodológica. **Cadernos de Saúde Pública**, , Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p.1642-1650, nov-dez, 2004.

HARTZ, Z. M. A. (Org). **Avaliação em saúde**: dos modelos conceituais a práticas da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

INOJOSA, R. M. Avaliação e controle do SUS: mudam-se as práticas? **Cadernos Fundap**, São Paulo: Fundação de Desenvolvimento Administrativo, 1996.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. **Informações estatísticas 2007**. Disponível em: < <http://www.ibgwe.gov.br/cidadesat/topwindow.htm> >. Acesso em: 10 ago. 2010.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. **Informações estatísticas**. Disponível em: < <http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=ba> > 2009. Acesso: 10 ago. 2010.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Informações estatísticas**. Disponível em: < <http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=ba> > 2010. Acesso: 10 ago. 2010.

JAVCHELOVITCH, S; BAUER, M. W. Entrevista narrativa. In: BAUER, M. W; GASKELL, G. (Ed.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Rio de Janeiro: Vozes, 2008.

JUNQUEIRA, T. S. As relações laborais no âmbito da municipalização da gestão em saúde e os dilemas da relação expansão/precarização do trabalho no contexto do SUS. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, p. 918-928, 2010.

LANDIM, E. L. A. S . **Descentralização da gestão do Programa de DST/AIDS no Estado da Bahia** : desafios para o município como território de práticas de saúde. 2008. Dissertação (Mestrado Profissional em Administração)- Universidade Federal da Bahia, Escola de Administração, Salvador, 2008.

LANGMUIR, A. D. Willian Farr: founder of modern concepts of surveillance. **Int J Epidemiol**, n. 5, p.13-8, 1976.

LEMIEUX,V. **Décentralisation, politiques publiques et relations de pouvoir**. Montreal : Les presses de l'université de Montreal, 2001.

LUZ, M. T,. Políticas de descentralização e cidadania: novas práticas em saúde no Brasil atual. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A.(Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ; IMS; ABRASCO, 2001.

MACHADO,J.A. pacto de gestão na saúde: até onde esperar uma “regionalização solidária e cooperativa? **Revista brasileira de ciências sociais**, São Paulo, v. 24, n.71, p. 105-193, 2009.

MATUS, C. **Adeus senhor presidente: planejamento, antiplanejamento e governo**. Trad: CUNHA FILHO, F. A.C. Recife: Litteris, 1989. p. 204.

MATUS, C. **Política, planejamento e governo**. Brasília, DF: IPEA, 1993. V. 1, p. 292.

MELO, C. M. M. **Divisão social do trabalho e enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1986.

MELO, C. M. M. et al. Avaliação da capacidade de gestão terceirizada de unidades de saúde do SUS municipal. **Relatório técnico final**. Grupo de pesquisa GERIR. Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2009.

MENDES, E. V. (Org.). **Distrito sanitário: o processo social de mudanças das práticas do Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1995.

MENDES, E. V. Uma agenda para saúde. São Paulo: Hucitec, 1996.

MENDES, E. V. **Os grandes dilemas do SUS: tomo I**. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2001.

MENDES, E. V. **O dilema do SUS**. Disponível em: < [http:// www.grupogices.hpg.ig.com.br](http://www.grupogices.hpg.ig.com.br) >. Acesso em: 4 jul. 2009.

MENDES, V. L. P. Inovação gerencial na administração pública, cidadania e direitos dos brasileiros. **Revista Organizações e sociedade**, Salvador, v. 82, n. 4, p. 1-16, 2006.

MERHY, E. E. et al. Por um modelo técnico assistencial da política de saúde em defesa da vida: contribuição para as conferências de saúde. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, n. 33, p. 83-89, 1991.

MILANI, C. R. S. Políticas públicas locais e participação na Bahia: o dilema gestão versus política. **Sociologias**, Porto Alegre, n. 16, p. 180-214, 2006.

MILANI, C. R. S. O princípio da participação social na gestão de políticas públicas locais: uma análise de experiências latino-americanas e européias. **Revista Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 3, p.551-578, 2008.

MILES, M. B; HUBERMAN, A. M. **Qualitative data analysis: an expanded sourcebook**. 2 ed. Thousand Oaks, California: Sage publications, 1994.

MINAYO, M. C. et al (Org.). **Avaliação por triangulação de métodos: abordagens de programas sociais**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

MINAYO, M. C. Pesquisa avaliativa por triangulação de métodos. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. **Avaliação qualitativa de programas sociais**: enfoques emergentes. Rio de Janeiro: Vozes, 2006.

MORIN, E. Religar a ciência e os cidadãos. In: PENA-VEJA, A.; ALMEIDA, C.R.S.; PETRAGLIA, I. (Orgs.) **Ética, cultura e educação**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2003, p 47-88.

NOGUEIRA, R. P. O trabalho do agente comunitário de saúde: entre a dimensão técnica “universalista” e a dimensão social “comunitarista”. **Revista interface**: Comunicação Saúde, Educação. Botucatu, v. 6, n. 10, p.75-94, fev 2002.

NOGUEIRA, R. P.; BARALDI, S; RODRIGUES, V. A. Limites críticos das noções de precariedade e despreciação do trabalho na administração pública. Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil. **Estudos e Análises**, v. 2, p. 81-102, 2004.

OLIVEIRA, V. E. **O municipalismo brasileiro e a provisão local de políticas sociais**: o caso dos serviços de saúde nos municípios paulistas. 2007. Tese (Doutorado em Ciência Política)- Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

PAIM, J. S; TEIXEIRA, C. F. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 12(Sup), p.1819-1829, 2007.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v 35, n.1, p. 103-109, 2001.

PEREIRA, L. C. B. Uma resposta estratégica aos desafios do capitalismo global da democracia. In: BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado **Balanco da Reforma do Estado no Brasil**: a nova gestão pública. Brasília, DF: MP/SEGES, 2002. p 29-35.

PEREIRA, L. C. B. A reforma do estado dos anos 90: lógica e mecanismos de controle. **Cadernos MARE da reforma do estado**. Brasília, DF: Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, 1997.v 1.

PERRAULT, M. **Poder, bio-poder e governamentalidade** : contribuição para a promoção da saúde. Aula em Power-point. Salvador, Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, 2009.

PIMENTA JUNIOR, F. G. **Instrumento para avaliar a implantação do programa nacional de controle da dengue no âmbito municipal**. 2005. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)- Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2005.

PROGRAMA NACIONAL DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO - PNUD. **Atlas do desenvolvimento humano**. Disponível em: < <http://www.pnud.org.br/atlas/ranking/IDH> >. Acesso em : 22 out. 2010.

PONTES, R. J. et al. Avaliação qualitativa do sistema de vigilância epidemiológica do Ceará: (Nota Prévia). **Informe Epidemiológico do SUS**. Ministério da Saúde. Brasília, DF, 2002.

ROCHA, C. M. V. et al (Org.). **Programa Nacional de Imunizações – Bahia: 25 anos de história**. Salvador: Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, 1999.

ROY, S. et al . Représentations des actions sectorielles dans la lutte contre le VIH/sida. Volet 1 les points de vue des acteurs-clés de divers secteurs du centre-ville de Montréal. **Rapport de recherche**. Quebec : Fonds québécois de la recherche Société et Culture. 2005.

ROY, S. et al . Représentations des actions sectorielles dans la lutte contre le VIH/sida. Volet 2 : les points de vue des acteurs-clés de divers secteurs de Québec et de Sherbrooke. **Rapport de recherche**. Quebec : Fonds québécois de la recherche Société et Culture. 2006.

SANTOS, Silvone, S. B. S. **Avaliação da descentralização da vigilância epidemiológica para a equipe de saúde da família**. 2006. Dissertação (Mestrado em enfermagem)- Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2006.

SANTOS, Silvone S. B. S; MELO, Cristina, M. M. Avaliação da descentralização da vigilância epidemiológica para a equipe de saúde da família. **Revista Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 13, p. 1923- 1932 , 2008.

SANTOS, Silvone S. B. S et al. Idéologies des presonnels de santé dans les conceptions de la surveillance épidémiologique . **Revue Pratique et organization de soins**. v. 41, n. 2, p. 143-149, 2010.

SANTOS, M. H. C. Governabilidade, governança e capacidade governativa: algumas notas. **Texto para discussão**. Brasília, DF, 2001.

SANTOS, N. R. Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 429-435, 2007.

SCALCO, S. V.; LACERA, J. T.; CALVO, M. C. M. Modelo para avaliação da gestão de recursos humanos em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, 2010.

SILVA, G. A. P. **A vigilância e a reorganização das práticas de saúde**. 2006. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)- Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2006.

SILVA JUNIOR, J.B. **Epidemiologia em serviço: uma avaliação de desempenho do sistema nacional de vigilância em saúde**. 2004. Tese (Doutorado em Ciências Médicas)- Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. São Paulo, 2004.

SILVERMAN, D. **Interpretação de dados qualitativos: métodos para análise de entrevistas, textos e interações**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

SOLLA, J. J. S. P. Avanços e limites da descentralização no SUS e o “pacto de gestão”. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 30, n. 2, p. 332-348, 2007.

SOUZA, C. A nova gestão pública. **Cadernos da Fundação Luiz Eduardo Magalhães**, Salvador, n.1, p. 39-62, 2001.

SPINK, M. J. P.; MEDRADO, B. Produção dos sentidos no cotidiano: uma abordagem teórico- metodológica para análise das práticas discursivas. In: SPINK, M. J. P. (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. São Paulo: Cortez, 1999. p. 41-61.

SPINK, M. J. P.; MENEGON, V.M. A pesquisa como prática discursiva: superando os horrores metodológicos. In: SPINK, M. J. P. (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. São Paulo: Cortez, 1999. p.63-92.

SPINK, M. J. P.; LIMA, H. Rigor e visibilidade: a explicitação dos passos da interpretação. In: SPINK, M. J. P. (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. São Paulo: Cortez, 1999. p.93-122.

STANISE, V. L. **Avaliação do grau de institucionalização dos programas municipais de DST / HIV / AIDS na regional de saúde de Campinas São Paulo, Brasil** Rio de Janeiro; s.n; 2008. 114 p. Disponível em: < <http://www.radarciencia.org/doc/avaliacao-do-grau-de-institucionalizacao-dos-programas-municipais-de-dst-hiv-aids-na-regional-de-saude-de-campinas-u-sao-paulo-brasil> >. Acesso em: 23 mar. 2010.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília, DF: Ministério da Saúde; Unesco, 2002.

STAKE, R. E. Case studies. In: DENZIN, N.; LINCOLN, Y. (Org.). **Handbook of Qualitative Research.** Thousand Oaks: Sage Publications, 2000. p. 435-454.

TANAKA, O. Y; MELO, C. Reflexões sobre avaliação em serviços de saúde e a adoção das abordagens qualitativa e quantitativa. In: BOSI, M. L. M; MERCARDO, F. J. **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde.** Rio de Janeiro: Vozes, 2004. p.121-136.

THACKER, S. B; BERKELMAN, R. L. Public health surveillance in the United States. **Epidem Rev**, 1998.

TREVISAN, L. N.; JUNQUEIRA, L. A. P. **Construindo o “pacto de gestão” no SUS: da descentralização tutelada à gestão em rede.** Disponível em: < <http://www.ltrevisan@gazetamercantil.com.br> >. Acesso em: 22 nov. 2007.

Fundo das Nações Unidas para a Infância - UNICEF. **Índice de desenvolvimento infantil,** 2004. Disponível em : < http://www.unicef.org/brazil/pt/activities_10181.htm >. Acesso em: 10 outubro 2010

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. et al (Org). **Tratado de saúde coletiva.** São Paulo: Hucitec, 2006. p.531-562.

VIANA, A. L.d’A. et al. Mudanças significativas no processo de descentralização do sistema de saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, p. 139-51, 2002.

VIEIRA-DA-SILVA et al. Análise da implantação da gestão descentralizada em saúde: estudo comparado de cinco casos da Bahia.. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, p. 355-370, 2007.

VILASBÔAS, A. L. Q; PAIM, J. S. Práticas de planejamento e implementação de políticas no âmbito municipal. **Cadernos de saúde pública.** Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 1239-1250, 2008.

VILLORO, L. **La significación del silencio y outros ensayos.** México: Universidad autonoma metropolitana, 2008.

WALDMAN, E. A. **Vigilância epidemiológica como prática de saúde pública**. 1991. Tese (Doutorado em)- Universidade de São Paulo, São Paulo, 1991.

WALDMAN, E. A. Vigilância como prática de saúde pública. In: CAMPOS, G. W. et al (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 487-528.

WATTS,R. **Comparasion des régimes fédéraux des annés 1990**. Canadá : University Kingston, 1990.

WESTPHAL, M. F. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: CAMPOS, G. W. et al (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 635-667.

YIN, R. K. **Case study research: design and methods**. Thousand Oaks: SAGE, 1994.

APÊNDICES


Apêndice A – Questionário *on line* para construção da linha de base avaliativa

Termo de consentimento - Windows Internet Explorer

http://www.saude.ba.gov.br/entomologjabahia/dengue/termo.php

Termo de consentimento

Olá, você está em uma área de acesso restrito ao usuário 290570

 UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
TÍTULO DO PROJETO: Avaliação da Gestão Descentralizada da Vigilância Epidemiológica no Estado da Bahia.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Cristina Maria Meira Melo (pesquisadora-responsável) e Silvone Santa Bárbara da Silva Santos (pesquisadora-colaboradora) estamos convidando você a participar de uma pesquisa de tese de doutorado que tem como objetivo avaliar a gestão descentralizada da Vigilância Epidemiológica (VE) no Estado da Bahia, respondendo o questionário via on-line, através do site www.saude.ba.gov.br/entomologjabahia/dengue/pesquisa.php. Se você consentir em participar, as suas respostas serão consolidadas, junto as respostas dos demais gestores municipais da VE, para a construção de uma linha de base avaliativa, que se trata de uma informação primeira sobre o objeto do estudo. Após o envio das respostas, através do mesmo site, você poderá solicitar para retirar e/ou acrescentar quaisquer informação. O material consolidado será arquivado pelas pesquisadoras por um período de cinco anos e após esse período será destruído (queimado).

As pesquisadoras asseguram o seu anonimato, isto é, ninguém saberá que foi você que respondeu o questionário, buscando respeitar a sua integridade intelectual, social e cultural. Do mesmo modo, você receberá uma senha que dará acesso ao questionário de forma que garanta o sigilo da informação. Você pode desistir ou anular este consentimento em qualquer fase da pesquisa, caso decida, de forma que se evite que suas respostas sofram consequências danosas na expressão livre de suas opiniões. As pesquisadoras e os entrevistados não serão remunerados pela participação deste estudo. O projeto é financiado pelo CNPq, conforme edital n. 06/2008/jovens pesquisadores e conta com a parceria da Secretaria Estadual de Saúde (Sesab), através da Diretoria de Vigilância Epidemiológica (Divep).

No momento que houver necessidade de esclarecimento de qualquer dúvida sobre a sua participação na pesquisa, você pode entrar em contato com as pesquisadoras através do telefone (71)3332-4452, na Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.

Sendo assim, se você concordar, voluntariamente, em participar do referido estudo, o retorno do questionário respondido, significa que você autoriza a utilização das informações coletadas para construção da tese de doutorado, bem como para a divulgação dos resultados obtidos, para fins científicos.

Concordo Não concordo Avançar>>

Termo de consentimento - Windows Internet Explorer Internet | Modo Protegido: Ativado 100%


Windows Live Mess... Windows Live Hotm... Termo de consenti... Sem título - Paint PT 22:52

Questionário de pesquisa da SESAB - Windows Internet Explorer

http://www.saude.ba.gov.br/entomologjabahia/dengue/form1_silvone.php

Questionário de pesquisa da SESAB

Olá, você está em uma área de acesso restrito ao usuário 290570



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
GRUPO DE PESQUISA GERIR
PROJETO: AVALIAÇÃO DA GESTÃO DESCENTRALIZADA DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA NO
ESTADO DA BAHIA
FINANCIAMENTO: CNPq
APOIO: SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA/DIVEP

QUESTIONÁRIO PARA OS GESTORES DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA MUNICIPAL

IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO - ETAPA 1 DE 4

Sexo: Masculino Feminino

Município: Escolha aqui

Endereço:

Telefone:

Formação/escolaridade: Escolha

Se tem curso superior completo, indique qual (quais):

Se tem Pós-Graduação, indique qual (quais):

Concluído

Internet | Modo Protegido: Ativado 100%

Windows Live Mess... Windows Live Hotm... Questionário de pes... Sem título - Paint

PT 22:53

Documento sin título - Windows Internet Explorer

http://www.saude.ba.gov.br/entomologjabahia/dengue/form2_silvone.php

Documento sin título

Olá, você está em uma área de acesso restrito ao usuário 290570F0000007

A. DIMENSÃO ORGANIZACIONAL (Quem decide e como decide) - ETAPA 2 DE 4

A.1. COMPETÊNCIAS E HABILIDADES DO GESTOR

A.1.1 Há quanto tempo o senhor (a) é gestor (a) da Vigilância Epidemiológica? anos e meses

A.1.2 Ocupou cargo ou função de gestão anteriormente? sim não Se sim, qual?

A.1.4 O município possui comitês de mobilização? sim não Se sim, quais?

A.1.5 O senhor (a) participa de reuniões com o comitê de mobilização? sim não

A.2. PROCESSO DECISÓRIO

A.2.1. O município possui Plano Municipal de Saúde? sim não Se sim, o senhor (a) conhece as diretrizes contidas no Plano Municipal de Saúde? sim não

A.2.3. O senhor (a) participou da elaboração de Plano Municipal de Saúde? sim não Se sim, cite 03 informações que foram utilizadas para elaborar o Plano Municipal de Saúde?

A.2.5. As ações executadas pela Vigilância Epidemiológica guardam coerência com as diretrizes definidas no Plano Municipal? sim não Se sim, dê um exemplo

A.2.6. O município possui Agenda Municipal de Saúde? sim não Se sim, o senhor (a) conhece as metas contidas na Agenda Municipal de Saúde? sim não

Concluído

Internet | Modo Protegido: Ativado 100%

Windows Live Mess... Windows Live Hotm... Documento sin titul...

PT 22:56

ETAPA 3 DE 4 - Windows Internet Explorer

http://www.saude.ba.gov.br/entomologjabahia/dengue/form3_silvone.php

ETAPA 3 DE 4

B.2 GESTÃO DE PESSOAS

B.2.1. Quais as modalidades de contratação de pessoas? contrato

B.2.2. Qual o número de trabalhadores da VE? 2 Quantos são do quadro efetivo? 2

B.3 MECANISMOS SISTEMÁTICOS DE ATIVIDADES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

B.3.1. Quantas capacitações os trabalhadores da VE participaram durante o ano de 2008? 2 Quais os temas? ve

B.4 MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA INFORMAÇÃO GERADA PELO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS NOTIFICÁVEIS (SINAN)

B.4.1. São realizadas avaliações das informações geradas pelo Sinan? sim... não

Se sim, qual a periodicidade dessas avaliações? diária ... semanal ... trimestral ... outras, especificar: [REDACTED]

B.5 DESCENTRALIZAÇÃO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA (VE) PARA AS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)

B.5.1. Quantas ESF o município possui? 6

B.5.2. As ESF desenvolvem ações de VE? sim... não

B.5.2.1. Se sim, quantas ESF desenvolvem as ações de VE? [REDACTED]

B.5.3. Quais são as ações que as ESF desenvolvem? [REDACTED]

Etapa final>>

Internet | Modo Protegido: Ativado 100%

Windows Live Mess... Windows Live Hotm... ETAPA 3 DE 4 - Win... 23:01

Apêndice B - Plano de Indicadores: Projeto Avaliação da Capacidade de Gestão Descentralizada da Vigilância Epidemiológica no Estado da Bahia

A) DIMENSÃO ORGANIZACIONAL (quem decide e como decide) (07 indicadores)

| INDICADOR/ FÓRMULA | PERGUNTA AVALIATIVA | PARÂMETRO | PONTUAÇÃO | FONTE | PREMISSA |
|---|---|--|-----------------------------|---------------------|--|
| <p>Variável A.1: Competências e habilidades do gestor</p> <p>A.1.1 % de atendimento pelos gestores dos dois requisitos para exercício da função gerencial:</p> <p>1) Existência de capacitação na área de administração ou gestão;</p> <p>2) Experiência prévia em gestão de serviço de saúde e de vigilância epidemiológica.</p> <p>A.1.2: Capacidade de mobilizar recursos para enfrentamento de problemas de saúde da população .</p> | <p>1) O gestor da VE possui capacitação na área de administração ou gestão?</p> <p>2) O gestor da VE possui experiência mínima de 02 anos em atividades de gestão?</p> <p>3) O município possui comitês de mobilização? Quais?</p> <p>4) O gestor da VE participa de reuniões com o comitê de mobilização ?</p> | <p>Certificação de curso de capacitação em gestão em saúde.</p> <p>Experiência mínima do gestor de dois anos em atividades de gestão em serviço de saúde e/ou de vigilância epidemiológica</p> <p>No mínimo 01 Comitê de mobilização (Morte Materna; Mortalidade Infantil; Saúde e Prevenção nas Escolas; Dengue)</p> | <p>SIM= 1</p> <p>NÃO= 0</p> | <p>Gestor da VE</p> | <p>A existência de capacitação específica e experiência prévia em gestão e em vigilância epidemiológica pelo gestor são requisitos desejáveis para a obtenção da legitimidade técnica do gestor, o que amplia a capacidade de decidir.</p> <p>A mobilização de recursos pelo gestor através de comitês confere maior legitimidade política e organizacional o que amplia a sua capacidade de decidir</p> |

| INDICADOR/ FÓRMULA | PERGUNTA AVALIATIVA | PARÂMETRO | PONTUAÇÃO | FONTE | PREMISSA |
|--|---|---|--------------------------|---------------------|---|
| <p>Variável A.2: Processo decisório</p> <p>A.2.1 Processo decisório baseado nas diretrizes propostas no Plano Municipal de Saúde, Agenda Municipal da Saúde Pacto pela vida e PAVS (Programação de Ações Prioritárias em Vigilância em Saúde)</p> | <p>1) O gestor implementa as ações observando-se as diretrizes definidas no Plano Municipal e na Agenda Municipal de Saúde?</p> <p>2) O gestor observa as metas pactuadas na PAVS e no Pacto pela vida?</p> | <p>Ações de VE implementadas, adotando-se como referência o Plano Municipal de Saúde, a Agenda da Saúde, o Pacto pela Vida e a PAVS</p> | <p>SIM= 1 NÃO= 0</p> | <p>Gestor da VE</p> | <p>A tomada de decisão guardando coerência com o Plano Municipal, com a Agenda, o Pacto pela Vida e a PAVS é requisito desejável para legitimidade técnica e política do gestor o que amplia a sua capacidade de decidir.</p> |
| <p>Variável A.3: Controle social</p> <p>A.3.1 Funcionamento do Conselho Municipal de Saúde (CMS)</p> | <p>1) As reuniões do Conselho Municipal de Saúde são realizadas mensalmente?</p> <p>2) Os conselheiros participam na elaboração de planos e projetos da VE</p> | <p>Conselho Municipal de Saúde funcionando regularmente com reuniões mensais e participando na elaboração dos planos e projetos</p> | | <p>Gestor da VE</p> | <p>A existência e atuação de conselho local de saúde na forma prevista da Lei n. 8142 confere maior legitimidade política à organização e indica a ampliação da capacidade de decidir.</p> |

| INDICADOR/ FÓRMULA | PERGUNTA AVALIATIVA | PARÂMETRO | PONTUAÇÃO | FONTE | PREMISSA |
|--|--|--|-----------|---------------------|---|
| | | | | | |
| <p>Variável A.4: Mecanismos formais de comunicação entre a SMS e as unidades de saúde.</p> <p>A.4. Existência de mecanismos/protocolos que defina fluxo e processamento das informações</p> | <p>1) Existem mecanismos ou protocolos que defina fluxo de informações?</p> <p>2) Quais são os mecanismos ou protocolos que definem o fluxo de informações?</p> <p>3) O protocolo é de conhecimento dos profissionais da rede?</p> | <p>Existência de no mínimo</p> <p>Reuniões regulares e sistemáticas entre as equipes e coordenação para avaliação de fluxos;</p> | | <p>Gestor da VE</p> | <p>A existência de mecanismos formais de comunicação entre as unidades de saúde e coordenadores da VE confere maior legitimidade política à organização e indica a capacidade de decidir.</p> |

| INDICADOR/ FÓRMULA | PERGUNTA AVALIATIVA | PARÂMETRO | PONTUAÇÃO | FONTE | PREMISSA |
|--|---|---|--------------------------|---|---|
| <p>A.5 % de gestores que informam conhecer as metas contidas na PAVS e Pacto pela Vida</p> <p>A. 5.1 Gestores que conhecem as metas da PAP-VS e Pacto pela Vida e compartilham a informação com os trabalhadores.</p> | <p>O gestor da VE conhece as metas da PAVS e Pacto pela Vida?</p> <p>Essas informações são compartilhadas entre os trabalhadores da saúde, CMS e outros segmentos da sociedade civil?</p> | <p>100% dos gestores que referem conhecer a PAVS e Pacto pela Vida e que compartilham as informações entre os trabalhadores, CMS e segmentos da sociedade civil e organizada.</p> | | <p>Gestor da VE</p> | <p>Maior percentual de gestores que conhecem as metas da PAVS e Pacto pela Vida e compartilham as informações confere maior legitimidade política e amplia a sua capacidade de decidir.</p> |
| <p>Variável A.6 . População cadastrada pela Estratégia Saúde da Família</p> <p>A.6.1 Proporção da população cadastrada pela Estratégia Saúde Da Família (ESF)</p> | <p>O município possui 100% da população cadastrada pela ESF?</p> | <p>100% da população cadastrada pela ESF</p> | <p>SIM= 1 NÃO= 0</p> | <p>PAVS RELATÓRIO DE GESTAÇÃO</p> | <p>O maior percentual da população coberta pela ESF permite o desenvolvimento de ações da VE mais oportunamente , o que amplia a capacidade de decidir.</p> |
| | | | | | |

B) DIMENSÃO OPERACIONAL (decisões para mobilizar recursos para manter as condições técnicas e logísticas) (6 indicadores)

| INDICADOR/ FÓRMULA | PERGUNTA AVALIATIVA | PARÂMETROS | PONTUAÇÃO | FONTE | PREMISSA |
|--|---|--|--------------------------|---|---|
| <p>Variável B.1: Recursos operacionais</p> <p>B.1.1. Estrutura mínima para o desenvolvimento das ações de VE.</p> | <p>O município possui estrutura mínima para execução das atividades de vigilância epidemiológica?</p> | <p>Disponibilidade da estrutura mínima definida na Resolução 027/2001 – CIB/BA:</p> <p><u>Equipe mínima:</u></p> <p>< 20 000 hab: 1 Nivel Superior - NS (20 horas) e 2 Nivel Médio (NM) 40 horas cada.</p> <p>20 000 a 50 000 hab: 1 NS e 2 NM 40 horas cada.</p> <p>50 a 100 000 hab: 2 NS 30 horas cada e 3 NM 40 horas cada.</p> | <p>SIM= 1 NÃO= 0</p> | <p>Gestor da VE Relatório de Gestão</p> | <p>A existência de uma estrutura mínima amplia a capacidade de executar com eficiência as ações de VE , o que soma para a capacidade de gestão da organização.</p> <p>A existência de profissionais observando os critérios estabelecidos na Resolução 027/2001, agrega valor à capacidade de gestão da VE.</p> |

| INDICADOR/ FÓRMULA | PERGUNTA AVALIATIVA | PARÂMETROS | PONTUAÇÃO | FONTE | PREMISSA |
|-----------------------|------------------------|--|-----------|-------|----------|
| | | <p>100 000 a 500 000: 4 NS 30 horas cada e 8 NM 40 horas cada.</p> <p>500 000 a 1 000 000 hab: 10 NS – 40 horas cada e 20 NM 40 horas cada.</p> <p>> 1 000 000: Equipe de Nível Central – 10 NS 40 horas cada e 20 NM 40 horas cada; Equipe distrital – 2 NS 40 horas cada e 01 NM por unidade de saúde</p> <p><u>Estrutura mínima</u></p> <p>01 Computador</p> | | | |

| INDICADOR/ FÓRMULA | PERGUNTA AVALIATIVA | PARÂMETROS | PONTUAÇÃO | FONTE | PREMISSA |
|-----------------------|------------------------|---|-----------|-------|----------|
| | | <p>com configuração mínima compatível com o SIM, SINASC, SINAN, SI-API.</p> <p>01 Impressora</p> <p>01 linha telefônica</p> <p>01 Fax</p> <p>Veículo:</p> <p>< 20 000 hab: 01 veiculo disponível.</p> <p>20 000 a 50 000 hab: 01 veiculo na SMS.</p> <p>50 000 a 100 000: 02 veiculos na SMS.</p> <p>100 000 a 1 000 000: 02 na SMS (01 exclusivo para a VE)</p> <p>> 1 000 000</p> | | | |

| INDICADOR/ FÓRMULA | PERGUNTA AVALIATIVA | PARÂMETROS | PONTUAÇÃO | FONTE | PREMISSA |
|-----------------------|------------------------|--|-----------|-------|----------|
| | | hab: 02 exclusivos no nível central e 01 exclusivo no distrito | | | |

B) DIMENSÃO OPERACIONAL (decisões para mobilizar recursos para manter as condições técnicas e logísticas)

| INDICADOR/ FÓRMULA | PERGUNTA AVALIATIVA | PARÂMETROS | PONTUAÇÃO | FONTE | PREMISSA |
|--|---|--|--------------------------|---|--|
| <p>Variável B.2: Gestão de pessoas B.2 Forma de seleção dos trabalhadores da VE e ESF</p> | <p>1) Quais as modalidades de contratação de pessoas? 2) Quantos trabalhadores da VE são do quadro efetivo da VE?</p> | <p>É esperado no mínimo 100% de quadro efetivo de trabalhadores da VE.</p> | <p>SIM= 1 NÃO= 0</p> | <p>Gestor da VE</p> | <p>O vínculo de trabalho efetivo do trabalhadores da VE minimiza a rotatividade e amplia a capacidade de intervenção o que agrega valor à capacidade de gestão e legitimidade ao gestor.</p> |
| <p>Variável B.3: Mecanismos sistemáticos de atividades de educação permanente. B.3.1 Existência de iniciativas de educação permanente ofertadas</p> | <p>Quantas e quais foram as capacitações que os trabalhadores da VE receberam durante o ano?</p> | <p>Pelo menos 70% dos temas das capacitações relacionadas com a prática. Numero de profissionais de nível universitário e médio conforme</p> | | <p>Gestor da VE Relatório de Gestão</p> | <p>O investimento permanente na capacitação dos trabalhadores melhora o seu desempenho e amplia as condições favoráveis para a execução das ações de VE, o que agrega valor à capacidade de gestão e</p> |

| INDICADOR/ FÓRMULA | PERGUNTA AVALIATIVA | PARÂMETROS | PONTUAÇÃO | FONTE | PREMISSA |
|---|--|---|--------------------------|-----------------------|---|
| pelo município. | | que tenham participado, durante o ano, pelo menos de 02 capacitações ofertadas pelo município na área de VE | | | legitimidade do gestor. |
| <p>Variável B.4: Capacidade técnica dos trabalhadores em desenvolver as ações de VE.</p> <p>B.4.2 encerramento oportuno dos casos notificados</p> <p>B.4.3 Cobertura vacinal por tetravalente</p> | <p>Os trabalhadores da VE investigam adequadamente e encerram oportunamente os casos notificados?</p> <p>Qual a cobertura vacinal por tetravalente</p> | <p>Encerramento oportuno dos casos notificados</p> <p>Esperado no</p> | <p>SIM= 1 NÃO= 0</p> | <p>SINAN PAVS</p> | <p>A VE ativa e oportuna permite identificar situações de vulnerabilidade, intervindo em tempo oportuno e agrega valor à capacidade de gestão e legitimidade do gestor.</p> |

| INDICADOR/ FÓRMULA | PERGUNTA AVALIATIVA | PARÂMETROS | PONTUAÇÃO | FONTE | PREMISSA |
|-------------------------------|--------------------------------|---|------------------|--------------|-----------------|
| | em menores de 1 ano? | mínimo 95% de cobertura vacinal por tetravalente em menores de 1 ano. | | | |

B) DIMENSÃO OPERACIONAL (decisões para mobilizar recursos para manter as condições técnicas e logísticas)

| INDICADOR/ FÓRMULA | PERGUNTA AVALIATIVA | PARÂMETROS | PONTUAÇÃO | FONTE | PREMISSA |
|---|--|--|------------------|--------------|---|
| B.5 Monitoramento e avaliação da informação geradas pelo SINAN | São realizadas avaliações das informações geradas pelo Sinan? Qual a periodicidade dessas avaliações? | Monitoramento semanal e uma avaliação trimestral. | SIM= 1 NÃO= 0 | Gestor da VE | A avaliação da informação em tempo oportuno permite identificar e analisar os agravos à saúde da população e os eventos inusitados o que agrega valor à capacidade de gestão. |
| B.7 Descentralização das ações de VE para as ESF | As Equipes de Saúde da Família desenvolvem ações de VE? Quantas ESF desenvolvem as ações de VE? Quais são as ações que as ESF desenvolvem? | 100% das ESF desenvolvendo ações de VE (notificação, investigação, medidas de controle, atividades de promoção da saúde) | SIM= 1 NÃO= 0 | Gestor da VE | Maior percentual de ESF desenvolvendo ações de VE amplia a capacidade de intervenção de acordo com a realidade local, o que agrega valor a capacidade de decidir. |

C) DIMENSÃO DA SUSTENTABILIDADE (formular projetos, socializar informações, parcerias e alianças) (6 indicadores)

| INDICADOR/ FÓRMULA | PERGUNTA AVALIATIVA | PARÂMETROS | PONTUAÇÃO | FONTE | PREMISSA |
|--|---|--|------------------|--------------|--|
| Variável C.1: Construção de parcerias e alianças | Quais as parcerias e alianças estratégicas construídas pela SMS para o desenvolvimento das ações de VE? | Esperado no mínimo a construção de 02 parcerias e ou alianças. | SIM= 1 NÃO= 0 | Gestor da VE | A existência de diversos tipos de parcerias e alianças amplia a legitimidade da gestão na execução dos serviços, o que agrega valor à capacidade sustentar resultados. |
| Variável C.2: Acompanhamento e avaliação dos resultados C.2.1 Elaboração e divulgação de informes epidemiológicos para monitorar e avaliar a situação de saúde da população. | São produzidos no mínimo 02 informes epidemiológicos a cada ano? | Elaboração de dois informes epidemiológicos no ano | SIM= 1 NÃO= 0 | Gestor da VE | A elaboração e divulgação de informes epidemiológicos e do relatório de gestão permitem o conhecimento da situação de saúde local o que amplia a legitimidade do gestor e agrega valor à capacidade de gestão. |

| INDICADOR/ FÓRMULA | PERGUNTA AVALIATIVA | PARÂMETROS | PONTUAÇÃO | FONTE | PREMISSA |
|---|--|--|--------------------------|---------------------|--|
| <p>C.3 Acesso aos serviços de saúde</p> <p>C.3.1 Identificação de barreiras de acesso aos serviços de assistência à saúde.</p> | <p>Existem mecanismos de consulta pública para recebimento de opinião ou denúncia e para resposta do cidadão?</p> <p>Quais são esses mecanismos?</p> | <p>Consulta pública para recebimento de opinião e denúncia e para resposta ao cidadão.</p> | <p>SIM= 1 NÃO= 0</p> | <p>Gestor da VE</p> | <p>A identificação de barreiras de acesso aos serviços de saúde, através da consulta pública, possibilita a avaliação para promover a revisão da programação da assistência e reorganização da rede, o que amplia a legitimidade do gestor e a capacidade de sustentar resultados.</p> |
| <p>C.4 Regularidade de suprimento</p> <p>C.4.1 Regularidade e suficiência da provisão de suprimentos para os três primeiros meses da gestão.</p> | <p>Os suprimentos existentes foram suficientes para os três primeiros meses de gestão?</p> | <p>Fichas de notificação/investiçãõ/ material educativo/ material para coleta de exame</p> | <p>SIM= 1 NÃO= 0</p> | <p>Gestor da VE</p> | <p>A adequação de suprimentos é uma condição desejável para continuar o desenvolvimento das ações e sustentar os resultados obtidos.</p> |
| <p>Variável C</p> <p>%:Formulação de planos e projetos</p> <p>C.% .1Formulação pelo município de planos e projetos voltados para promoção da saúde</p> | <p>Existe algum plano e/ou projeto em fase de elaboração, aprovação ou em execução?</p> | <p>Existência de pelo menos um projeto em fase de elaboração.</p> | <p>SIM= 1 NÃO= 0</p> | <p>Gestor da VE</p> | <p>A elaboração de planos e ou projetos voltados para a promoção da saúde é um requisito desejável para obtenção da legitimidade técnica do gestor o que amplia a sua capacidade de decidir.</p> |

| INDICADOR/ FÓRMULA | PERGUNTA AVALIATIVA | PARÂMETROS | PONTUAÇÃO | FONTE | PREMISSA |
|---|--|---|--------------------------|------------------------|--|
| <p>C.8 Receita aplicada na saúde</p> <p>C.8.1 Proporção da receita aplicada na saúde conforme regulamentada na EC 29/2007</p> | <p>Qual a proporção de receita própria do município aplicada na saúde?</p> | <p>Esperado no mínimo 15% da receita própria do município aplicada na saúde</p> | <p>SIM= 1 NÃO= 0</p> | <p>Pacto de gestão</p> | <p>A aplicação de um percentual mínimo de receita própria para a saúde confere mais autonomia para o gestor municipal de saúde, o que amplia a sua capacidade de decidir</p> |

Apêndice C – Roteiro para entrevista com os gestores da vigilância epidemiológica do estado da Bahia



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

.CÓDIGO DO ENTREVISTADO:

DATA:

ENTREVISTADOR:

ROTEIRO

1 Fale sobre a descentralização da VE no estado da Bahia.

2 Fale sobre as facilidades da descentralização da VE no estado da Bahia

3 Como o (a) senhor (a) avalia o processo de descentralização da VE no estado da Bahia

Apêndice D – Roteiro de entrevistas para os estudos de caso



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

ENTREVISTA: Gestores e trabalhadores da VE

CÓDIGO DO ENTREVISTADO:

DATA:

ENTREVISTADOR:

ROTEIRO

- 1 Como ocorre a gestão da vigilância epidemiológica no seu município?
- 2 O que tem motivado os municípios a assumirem a gestão da Vigilância Epidemiológica?
- 3 Fale sobre as facilidades para o município desenvolver a gestão da vigilância epidemiológica.
- 4 Quem apóia as ações de VE no município? Como ocorre esse apoio?

ENTREVISTA: trabalhadores da rede básica de saúde

CÓDIGO DO ENTREVISTADO:

DATA:

ENTREVISTADOR:

ROTEIRO

- 1 Como ocorre a relação entre a coordenação de VE com os trabalhadores da unidade?
- 2 Fale sobre as facilidades para desenvolver as ações de VE na sua área de abrangência?
- 3 Quem apóia as ações de VE na sua área de abrangência? Como apóia?

ENTREVISTA: CMS/ representante dos usuários

CÓDIGO DO ENTREVISTADO:

DATA:

ENTREVISTADOR:

ROTEIRO

1 Qual o problema de saúde que mais ocorre no seu município?

2 Diante do problema mencionado, fale como são desenvolvidas as ações de Vigilância Epidemiológica pelo município?

Apêndice E – Análises estatísticas

regiao2 * indice2 categorizado pelo quartil Crosstabulation

| | | | indice2 categorizado pelo quartil | | | | Total |
|---------|--------------|------------------|-----------------------------------|---------------------------|--------------------------------|--------------|--------|
| | | | pessima(-0,53- < -0,2277) | ruim(-0,2277 -- < -0,006) | satisfatori a(-0,006- < 0,190) | boa(>= 0,19) | |
| regiao2 | Centro leste | Count | 1 | 0 | 0 | 1 | 2 |
| | | % within regiao2 | 50,0% | ,0% | ,0% | 50,0% | 100,0% |
| | Centro Norte | Count | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 |
| | | % within regiao2 | 25,0% | 25,0% | 25,0% | 25,0% | 100,0% |
| | Extremo Sul | Count | 1 | 2 | 2 | 0 | 5 |
| | | % within regiao2 | 20,0% | 40,0% | 40,0% | ,0% | 100,0% |
| | Leste | Count | 0 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| | | % within regiao2 | ,0% | ,0% | 33,3% | 66,7% | 100,0% |
| | Nordeste | Count | 2 | 3 | 0 | 1 | 6 |
| | | % within regiao2 | 33,3% | 50,0% | ,0% | 16,7% | 100,0% |
| | Norte | Count | 0 | 2 | 1 | 1 | 4 |
| | | % within regiao2 | ,0% | 50,0% | 25,0% | 25,0% | 100,0% |
| | Oeste | Count | 2 | 0 | 3 | 0 | 5 |
| | | % within regiao2 | 40,0% | ,0% | 60,0% | ,0% | 100,0% |
| | Sudoeste | Count | 1 | 0 | 2 | 2 | 5 |
| | | % within regiao2 | 20,0% | ,0% | 40,0% | 40,0% | 100,0% |
| | Sul | Count | 1 | 2 | 0 | 1 | 4 |
| | | % within regiao2 | 25,0% | 50,0% | ,0% | 25,0% | 100,0% |
| Total | | Count | 9 | 10 | 10 | 9 | 38 |
| | | % within regiao2 | 23,7% | 26,3% | 26,3% | 23,7% | 100,0% |

regiao2 * zorganizacao_cat

Crosstab

| | | | zorganizacao_cat | | | | Total |
|---------|--------------|------------------|----------------------------------|-------------------------------|--|-------------------|--------|
| | | | pessima (-2,28- < -0,6746) | ruim 9-0,6746 - < 0,1411) | satisfatõri a(-0,1411- < 0,9249) | boa(>=0, 9249) | |
| regiao2 | Centro leste | Count | 1 | 0 | 0 | 1 | 2 |
| | | % within regiao2 | 50,0% | ,0% | ,0% | 50,0% | 100,0% |
| | Centro Norte | Count | 1 | 0 | 2 | 1 | 4 |
| | | % within regiao2 | 25,0% | ,0% | 50,0% | 25,0% | 100,0% |
| | Extremo Sul | Count | 3 | 1 | 1 | 0 | 5 |
| | | % within regiao2 | 60,0% | 20,0% | 20,0% | ,0% | 100,0% |
| | Leste | Count | 0 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| | | % within regiao2 | ,0% | ,0% | 33,3% | 66,7% | 100,0% |
| | Nordeste | Count | 1 | 3 | 0 | 2 | 6 |
| | | % within regiao2 | 16,7% | 50,0% | ,0% | 33,3% | 100,0% |
| | Norte | Count | 2 | 0 | 0 | 2 | 4 |
| | | % within regiao2 | 50,0% | ,0% | ,0% | 50,0% | 100,0% |
| | Oeste | Count | 2 | 1 | 1 | 1 | 5 |
| | | % within regiao2 | 40,0% | 20,0% | 20,0% | 20,0% | 100,0% |
| | Sudoeste | Count | 2 | 3 | 0 | 0 | 5 |
| | | % within regiao2 | 40,0% | 60,0% | ,0% | ,0% | 100,0% |
| | Sul | Count | 3 | 0 | 0 | 1 | 4 |
| | | % within regiao2 | 75,0% | ,0% | ,0% | 25,0% | 100,0% |
| Total | | Count | 15 | 8 | 5 | 10 | 38 |
| | | % within regiao2 | 39,5% | 21,1% | 13,2% | 26,3% | 100,0% |

regiao2 * zopperacional_cat

Crosstab

| | | | zopperacional_cat | | | Total |
|---------|------------------|------------------|------------------------------------|-------------------------------|--|--------|
| | | | pessima (-3,2100- < -1,2900) | ruim (-1,3000 - < 0,6010) | satisfatóri a(0,6010- < 0,60115) | |
| regiao2 | Centro leste | Count | 1 | 0 | 1 | 2 |
| | | % within regiao2 | 50,0% | ,0% | 50,0% | 100,0% |
| | Centro Norte | Count | 0 | 0 | 4 | 4 |
| | | % within regiao2 | ,0% | ,0% | 100,0% | 100,0% |
| | Extremo Sul | Count | 0 | 1 | 4 | 5 |
| | | % within regiao2 | ,0% | 20,0% | 80,0% | 100,0% |
| | Leste | Count | 0 | 2 | 1 | 3 |
| | | % within regiao2 | ,0% | 66,7% | 33,3% | 100,0% |
| | Nordeste | Count | 0 | 3 | 3 | 6 |
| | | % within regiao2 | ,0% | 50,0% | 50,0% | 100,0% |
| | Norte | Count | 0 | 1 | 3 | 4 |
| | | % within regiao2 | ,0% | 25,0% | 75,0% | 100,0% |
| | Oeste | Count | 0 | 1 | 4 | 5 |
| | | % within regiao2 | ,0% | 20,0% | 80,0% | 100,0% |
| | Sudoeste | Count | 0 | 1 | 4 | 5 |
| | | % within regiao2 | ,0% | 20,0% | 80,0% | 100,0% |
| | Sul | Count | 0 | 1 | 3 | 4 |
| | | % within regiao2 | ,0% | 25,0% | 75,0% | 100,0% |
| Total | Count | 1 | 10 | 27 | 38 | |
| | % within regiao2 | 2,6% | 26,3% | 71,1% | 100,0% | |

regiao2 * zsustentabilidade_cat

Crosstab

| | | | zsustentabilidade_cat | | | | Total |
|---------|--------------|------------------|---------------------------------|------------------------------|--------------------------------------|-------------|--------|
| | | | pessima (-2,47- < -0,986) | ruim (-0,9867 - < 0,123) | satisfatóri a(0,1233- < 0,678) | boa(>0,678) | |
| regiao2 | Centro leste | Count | 1 | 0 | 0 | 1 | 2 |
| | | % within regiao2 | 50,0% | ,0% | ,0% | 50,0% | 100,0% |
| | Centro Norte | Count | 1 | 2 | 1 | 0 | 4 |
| | | % within regiao2 | 25,0% | 50,0% | 25,0% | ,0% | 100,0% |
| | Extremo Sul | Count | 1 | 1 | 2 | 1 | 5 |
| | | % within regiao2 | 20,0% | 20,0% | 40,0% | 20,0% | 100,0% |
| | Leste | Count | 0 | 0 | 2 | 1 | 3 |
| | | % within regiao2 | ,0% | ,0% | 66,7% | 33,3% | 100,0% |
| | Nordeste | Count | 2 | 1 | 3 | 0 | 6 |
| | | % within regiao2 | 33,3% | 16,7% | 50,0% | ,0% | 100,0% |
| | Norte | Count | 2 | 0 | 1 | 1 | 4 |
| | | % within regiao2 | 50,0% | ,0% | 25,0% | 25,0% | 100,0% |
| | Oeste | Count | 0 | 1 | 0 | 4 | 5 |
| | | % within regiao2 | ,0% | 20,0% | ,0% | 80,0% | 100,0% |
| | Sudoeste | Count | 3 | 1 | 1 | 0 | 5 |
| | | % within regiao2 | 60,0% | 20,0% | 20,0% | ,0% | 100,0% |
| | Sul | Count | 1 | 2 | 0 | 1 | 4 |
| | | % within regiao2 | 25,0% | 50,0% | ,0% | 25,0% | 100,0% |
| Total | | Count | 11 | 8 | 10 | 9 | 38 |
| | | % within regiao2 | 28,9% | 21,1% | 26,3% | 23,7% | 100,0% |

regiao2 * indice2 categorizado pelo quartil Crosstabulation

| | | | indice2 categorizado pelo quartil | | Total |
|---------|----------|------------------|-----------------------------------|--------------|--------|
| | | | pessima(-0,53- < -0,2277) | boa(>= 0,19) | |
| regiao2 | Leste | Count | 0 | 1 | 1 |
| | | % within regiao2 | ,0% | 100,0% | 100,0% |
| | Sudoeste | Count | 1 | 0 | 1 |
| | | % within regiao2 | 100,0% | ,0% | 100,0% |
| Total | | Count | 1 | 1 | 2 |
| | | % within regiao2 | 50,0% | 50,0% | 100,0% |

regiao2 * zorganizacao_cat

Crosstab

| | | | zorganizacao_cat | | Total |
|---------|----------|------------------|----------------------------|---------------|--------|
| | | | ruim 9-0,6746 - < 0,1411) | boa(>=0,9249) | |
| regiao2 | Leste | Count | 0 | 1 | 1 |
| | | % within regiao2 | ,0% | 100,0% | 100,0% |
| | Sudoeste | Count | 1 | 0 | 1 |
| | | % within regiao2 | 100,0% | ,0% | 100,0% |
| Total | | Count | 1 | 1 | 2 |
| | | % within regiao2 | 50,0% | 50,0% | 100,0% |

regiao2 * zopperacional_cat

Crosstab

| | | | zopperacional_cat | | Total |
|---------|----------|------------------|---------------------------------|--|--------|
| | | | satisfatória(0,6010- < 0,60115) | | |
| regiao2 | Leste | Count | 1 | | 1 |
| | | % within regiao2 | 100,0% | | 100,0% |
| | Sudoeste | Count | 1 | | 1 |
| | | % within regiao2 | 100,0% | | 100,0% |
| Total | | Count | 2 | | 2 |
| | | % within regiao2 | 100,0% | | 100,0% |

regiao2 * zsustentabilidade_cat

Crosstab

| | | | zsustentabilidade_cat | | Total |
|---------|----------|------------------|---------------------------|-------------------------------|--------|
| | | | pessima (-2,47- < -0,986) | satisfatória(0,1233- < 0,678) | |
| regiao2 | Leste | Count | 0 | 1 | 1 |
| | | % within regiao2 | ,0% | 100,0% | 100,0% |
| | Sudoeste | Count | 1 | 0 | 1 |
| | | % within regiao2 | 100,0% | ,0% | 100,0% |
| Total | | Count | 1 | 1 | 2 |
| | | % within regiao2 | 50,0% | 50,0% | 100,0% |

esf/ve * regio2 Crosstabulation

| | | regiao2 | | | | | | | | | Total |
|----------|-----------------|--------------|--------------|-------------|--------|----------|--------|--------|----------|--------|--------|
| | | Centro leste | Centro Norte | Extremo Sul | Leste | Nordeste | Norte | Oeste | Sudoeste | Sul | |
| esf/ve 0 | Count | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| | % within regio2 | ,0% | ,0% | ,0% | ,0% | ,0% | ,0% | 20,0% | ,0% | ,0% | 2,6% |
| 1 | Count | 2 | 4 | 5 | 3 | 6 | 4 | 4 | 5 | 4 | 37 |
| | % within regio2 | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 80,0% | 100,0% | 100,0% | 97,4% |
| Total | Count | 2 | 4 | 5 | 3 | 6 | 4 | 5 | 5 | 4 | 38 |
| | % within regio2 | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% |

Case Processing Summary

| | Cases | | | | | |
|---------------------|-------|---------|---------|---------|-------|---------|
| | Valid | | Missing | | Total | |
| | N | Percent | N | Percent | N | Percent |
| alian_as * regio2 | 38 | 100,0% | 0 | ,0% | 38 | 100,0% |
| informes * regio2 | 35 | 92,1% | 3 | 7,9% | 38 | 100,0% |
| consultapu * regio2 | 36 | 94,7% | 2 | 5,3% | 38 | 100,0% |
| suprimento * regio2 | 37 | 97,4% | 1 | 2,6% | 38 | 100,0% |
| plano_em_f * regio2 | 36 | 94,7% | 2 | 5,3% | 38 | 100,0% |

APÊNDICE F : Termo de consentimento livre e esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

TÍTULO DO PROJETO: Avaliação da Capacidade de Gestão
Descentralizada da Vigilância Epidemiológica no Estado da Bahia.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Cristina Maria Meira Melo (pesquisadora-responsável) e Silvone Santa Bárbara da Silva Santos (pesquisadora-colaboradora) estamos convidando você a participar como entrevistado de uma pesquisa de tese de doutorado, que tem como objetivo avaliar a gestão descentralizada da vigilância epidemiológica (VE) no Estado da Bahia. Dentre as principais contribuições dessa pesquisa, destacam-se a construção de uma linha de base avaliativa sobre a capacidade de gestão da VE, um protocolo de indicadores com respectivo plano de análise para uso do gestores do SUS estadual e municipais, um modelo de avaliação da capacidade de gestão descentralizada adaptada para a gestão de VE. Os sujeitos da pesquisa terão como benefício a oportunidade de refletir quanto a gestão da VE e de utilizar os resultados da pesquisa para implementar a vigilância epidemiológica, área de atuação estratégica para consolidação do Sistema Único de Saúde. Se você consentir, sua entrevista será gravada. Após a entrevista você pode solicitar para ouvir a gravação e retirar e/ou acrescentar quaisquer informação. O material da gravação será arquivado pelas pesquisadoras por um período de cinco anos e após esse período será destruído (queimado).

As pesquisadoras asseguram o seu anonimato, isto é, ninguém saberá que foi você que deu a entrevista, buscando respeitar a sua integridade intelectual, social e cultural. Você pode desistir ou anular este consentimento em qualquer fase da pesquisa, caso decida, de forma que se evite que seu depoimento sofra conseqüência danosa na expressão livre de suas opiniões. As pesquisadoras e os entrevistados não serão remunerados pela participação deste estudo. O projeto será financiado pelo CNPq, conforme edital n. 06/2008/jovens pesquisadores.

No momento que houver necessidade de esclarecimento de qualquer dúvida sobre a sua participação na pesquisa, você pode entrar em contato com as pesquisadoras através do telefone (71)3332-4452, na Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Após ter sido informado (a) sobre os objetivos da pesquisa, caso concorde em participar da entrevista, você pode autorizar ou não que as informações coletadas sejam utilizadas para construção da tese de doutorado, bem como para a divulgação dos resultados obtidos, somente para fins científicos. Sendo assim, se você concordar, voluntariamente, em participar do referido estudo, assine este termo de consentimento, ficando com uma cópia do mesmo.

Salvador, ____ de ____ de 2009.

Entrevistado

Pesquisadora

ANEXOS

ANEXO 1- OFICIO ENCAMINHADO PARA OS MUNICIPIOS SELECIONADOS



GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA
Secretaria da Saúde do Estado da Bahia
Diretoria de Vigilância Epidemiológica

Ofício Circ. DIVEP nº. 281 /2009
Salvador, 5 de agosto de 2009.

Prezado (a) Senhor (a),

A descentralização das ações de Vigilância Epidemiológica e Controle de Doença iniciada a partir da publicação da portaria GM 1.399/99, no Estado da Bahia esta ação foi implementada a partir de julho de 2000 permitiu a capilarização do Sistema de Vigilância Epidemiológica no território do estado fomentando a organização dos Sistemas Municipais de Vigilância Epidemiológica com a desconcentração de ações, de recursos humanos e recursos financeiros.

A fim de avaliarmos a gestão do Sistema de Vigilância Epidemiológica no estado da Bahia a DIVEP está apoiando a realização da pesquisa intitulada "Avaliação da Gestão Descentralizada da Vigilância Epidemiológica no Estado da Bahia", tese de doutorado de Silvone Santa Bárbara da Silva Santos orientada pela Professora Cristina Maria Meira de Melo da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.

Informamos que o levantamento de dados que consiste em uma etapa do projeto de pesquisa será realizado a partir de um questionário eletrônico que deverá ser respondido pelos gestores da Vigilância Epidemiológica dos municípios selecionados para compor a amostra do estudo. O referido questionário está disponível no site www.saude.ba.gov.br/entomologiabahia/dengue e o acesso ao questionário eletrônico se dará utilizando-se a mesma senha que os municípios utilizam para alimentar o módulo de Campanha do Programa de Imunizações.

Os resultados da pesquisa permitirão uma melhor compreensão sobre o processo de descentralização da VE no estado orientando os novos caminhos que deverão ser trilhados com vistas a construção de um Sistema de Saúde mais equânime. Portanto, solicitamos o empenho de todos os gestores municipais da Vigilância Epidemiológica para o preenchimento e devolução do questionário até o dia 19/08/09, via online

Atenciosamente,


ALCINA MARTA ANDRADE
Diretora

Diretoria de Vigilância Epidemiológica
Centro de Atenção à Saúde Prof. José Maria de Magalhães Neto - Iguatemi Cep.: 41.820-300
Salvador - Bahia - Brasil. Tel.: (71)3270-5707. Fax: (71) 3270-5707. sesab.divep@saude.ba.gov.br

ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ETICA



Governo do Estado da Bahia
Secretaria da Saúde do Estado da Bahia

Ofício nº 005/2009
Ref.: Devolução de Projeto

Salvador, 18 de março de 2009.

ESTIMADA
Cristina Maria Meira de Melo
PESQUISADORA RESPONSÁVEL

Projeto de Pesquisa: "Avaliação da Gestão Descentralizada da Vigilância Epidemiológica no Estado da Bahia".

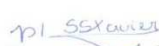
Pesquisador (a) Responsável: Cristina Maria Meira de Melo

Situação do Projeto: Aprovado

Estamos encaminhando para seu conhecimento e providências, o parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da SESAB.

O projeto pode ter continuidade uma vez que atende aos requisitos éticos para a pesquisa envolvendo seres humanos.

Nesse sentido, o Comitê decidiu por sua aprovação, lembrando ao pesquisador (a) a necessidade de informar esse Comitê do relatório parcial e ou final no período de 6 (seis) meses a 1 (um) ano conforme recomendação da Resolução nº 196/96, IX – 2 c.

Atenciosamente,

TELMA DANTÁS TEIXEIRA DE OLIVEIRA
Coordenadora do CEP-SESAB

SESAB / EESP
Shirlei Xavier
Secretaria Executiva do CEP-SESAB
Card. 19.4º - 492-6

EESP – Escola Estadual de Saúde Pública.
Rua Conselheiro Pedro Luís, Nº 171 – Rio Vermelho.
Tel: (71) 3116-5333 Fax: (71) 3116- 5324
E-mail: eesp.cep@saude.ba.gov.br



Governo do Estado da Bahia
Secretaria da Saúde do Estado da Bahia

PARECER Nº350/2009
Registro CEP: CAAE – 0121.0.053.000-08

I. Identificação:

Projeto de Pesquisa: "Avaliação da Gestão Descentralizada da Vigilância Epidemiológica no Estado da Bahia"

Pesquisador (a) Responsável: Cristina Maria Meira de Melo

Instituição onde se realizará: DIVEP – Diretoria de Vigilância Epidemiológica

Área de Conhecimento: 4.00 e 4.06

II. Justificativas e Objetivos:

O projeto "Avaliação da Gestão Descentralizada da Vigilância Epidemiológica no Estado da Bahia" será conduzido pela *Doutoranda do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da UFBA, Silvone Santos*, para obtenção do grau de Doutora em Enfermagem, sob a orientação e responsabilidade da Prof.^a Dr.^a Cristina Maria Meira de Melo.

O objetivo **geral** do estudo é *avaliar a capacidade de gestão descentralizada da VE no SUS municipal. Além deste, foram definidos como objetivos específicos: avaliar a capacidade de gestão da vigilância epidemiológica na dimensão operacional, organizacional e de sustentabilidade; analisar o contexto da política da descentralização da gestão da saúde no SUS municipal; construir linha de base avaliativa e protocolo de indicadores para subsidiar futuras avaliações da capacidade de gestão da VE e aprofundar a avaliação nos municípios que apresentarem melhor resultado e maior fragilidade na capacidade da gestão descentralizada.*

A autora defende a relevância do estudo pela oportunidade de avaliar a capacidade da gestão descentralizada da VE, considerando-se, sobretudo, que o *locus da investigação* será o município, que é visto como a instância privilegiada para o desenvolvimento e consolidação do SUS. Destaca ainda a possibilidade de contribuir para que a *vigilância epidemiológica* seja compreendida como área estratégica para a consolidação do modelo de atenção à saúde, projetado pelo SUS e inserida num contexto político e de gestão específico, o que ainda é pouco estudado.

Dentre as principais contribuições dessa pesquisa destacam-se a construção de uma **linha de base avaliativa** sobre a gestão descentralizada da VE, **um protocolo de indicadores com respectivo plano de análise** para uso dos

EESP – Escola Estadual de Saúde Pública
Rua Conselheiro Pedro Luís, Nº 171 – Rio Vermelho.
Tel: (71) 3116-5333 Fax: (71) 3116- 5324
E-mail: cepsesab@saude.ba.gov.br



Governo do Estado da Bahia
Secretaria da Saúde do Estado da Bahia

gestores do SUS estadual e municipais, um **modelo de avaliação** da capacidade de gestão descentralizada adaptada para a gestão de VE.

III. Desenho e Metodologias:

Trata-se de uma pesquisa que combinará as abordagens quantitativa e qualitativa.

O estudo terá como campo de investigação municípios do Estado da Bahia, aglomerados em cluster, tomando como referência o Plano Diretor de Regionalização que estabelece nove macrorregiões, que são: Centro-Leste, Centro Norte, Extremo Sul, Leste, Nordeste, Norte, Oeste, Sudoeste, Sul. Assim, os municípios serão selecionados para a construção da linha de base avaliativa em função dos seguintes critérios:

1. Município referência macrorregional;
2. Município referência ou não de macrorregião e referência microrregional;
3. Município referência ou não de macrorregião, referência ou não de microrregional e sede da Diretoria Regional de Saúde (Dires);
4. Município referência ou não de macrorregião, referência ou não de microrregional e sede ou não de Dires com a gestão plena do sistema de saúde;

Adotando-se esses critérios, o maior número de municípios ficou concentrado na macrorregião Leste, totalizando doze municípios. Como critério adicional para que todos os clusters tenham o mesmo número de municípios, serão selecionados aqueles municípios excluídos dos critérios anteriores e com maior proporção de casos de doenças de notificação compulsória encerrados oportunamente, segundo Pacto de 2007, totalizando **uma amostra de 108 municípios** para a construção da linha de base avaliativa.

Para os estudos de caso será selecionado pelo menos um município em cada macrorregião, cujos resultados na avaliação anterior apontem um resultado que configure uma melhor situação na capacidade de gestão da vigilância epidemiológica.

O instrumento utilizado para a construção da linha de base será um questionário a ser respondido via *on line* pelos gestores da VE dos municípios. Esse questionário contemplará as dimensões do triângulo de governo proposto por Carlos Matus (1993) e retraduzido Guimarães *et al.* (2002).



Governo do Estado da Bahia
Secretaria da Saúde do Estado da Bahia

As respostas serão analisadas segundo o município e permitirá identificar entre os diferentes municípios, aquele em melhor condição e outro com maior fragilidade na gestão da VE.

Para os estudos de caso se utilizará de entrevistas semi-estruturadas, que segundo Yin (2005) se constitui em uma das fontes de informação mais importante para o estudo de caso. Do mesmo modo, para a análise do contexto serão feitas entrevistas semi-estruturadas com os gestores do SUS estadual. Para tanto, será elaborado um roteiro que norteará as entrevistas, buscando responder aos objetivos e pressupostos do estudo. Após autorização dos depoentes, as entrevistas serão gravadas e realizadas em locais que serão agendados previamente.

Dados secundários serão analisados complementarmente, tais como: Relatório de Gestão, Plano Municipal de Saúde, Relatórios da VE e Boletins Epidemiológicos; legislação; atas do conselho municipal de saúde.

IV. Critérios de Participação (recrutamento, critérios de inclusão/exclusão, interrupção da pesquisa):

Os atores serão estratificados em grupos de representação de acordo com os objetivos da pesquisa:

- Para a análise do contexto: gestores do SUS estadual e da coordenação de VE;
- Para a construção da linha de base: gestores da VE municipal;
- Para os estudos de caso: gestores da secretaria municipal da saúde; da coordenação de VE e da atenção básica; trabalhadores da vigilância epidemiológica do âmbito central da SMS; gestores e trabalhadores da VE nas unidades básicas de saúde e membros do conselho municipal de saúde.

V. Comentários e Parecer do (a) relator (a):

O protocolo de pesquisa apresenta todos os itens necessários à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa: folha de rosto, descrição da pesquisa, informações relativas aos sujeitos da pesquisa e curriculum vitae dos pesquisadores responsáveis. Além disso, o projeto apresenta uma fundamentação teórica bastante aprofundada e coerente com o tema abordado. A metodologia está descrita de forma detalhada e adequada ao objeto de estudo.



Governo do Estado da Bahia
Secretaria da Saúde do Estado da Bahia

No que se refere aos riscos, a autora garante que será assegurado o anonimato do entrevistado, utilizando-se pseudônimos na transcrição e divulgação da sua fala, buscando respeitar a sua integridade intelectual, social e cultural. Como benefício para os sujeitos da pesquisa, a autora destaca a oportunidade de refletir sobre a gestão da VE, assim como, de utilizar os resultados da pesquisa para implementar a vigilância epidemiológica, área de atuação estratégica para consolidação do Sistema Único de Saúde.

O termo de consentimento informado contempla os aspectos exigidos na Resolução N.º 196 do Conselho Nacional de Saúde como linguagem acessível, objetivo da pesquisa, garantia de esclarecimentos e de sigilo que assegure a privacidade dos sujeitos e liberdade de recusa, menciona os procedimentos que serão utilizados, além das vias de acesso ao pesquisador e/ou à instituição como telefones e endereço.

No que tange ao financiamento a autora menciona que o projeto foi aprovado pelo CNPq, conforme Edital CNPq n.06/2008, Jovens Pesquisadores e apresenta uma proposta de orçamento no valor aproximado de R\$ 100.000,00.

Como recomendação para a autora destaco apenas o cuidado para não nomear os municípios analisados, posto que esta informação possibilitaria a identificação dos gestores entrevistados, suscitando a perda do anonimato.

VI. Situação do projeto: Aprovado

Salvador, 18 de março de 2009.

Pelo Comitê,

TELMA DANTAS TEIXEIRA DE OLIVEIRA
Coordenadora do CEP-SESAB

SESAB / EESP
Shirlei Xavier
Secretaria Executiva do CEP-SESAB
Cad. 19.485.492-6