

# Efeitos da descentralização das ações de vigilância epidemiológica para as equipes de Saúde da Família\*

## Effects of decentralization of Epidemiological Surveillance Teams for Family Health

**Mirella Cristina L. Barbosa**

Secretaria Municipal de Saúde, Vitória da Conquista-BA, Brasil

**Maria da Conceição N. Costa**

Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador-BA, Brasil

**Maria da Glória Teixeira**

Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador-BA, Brasil

**Eduardo Luiz A. Mota**

Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador-BA, Brasil

**Susan Martins Pereira**

Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador-BA, Brasil

### Resumo

**Objetivo:** avaliar alguns indicadores da Vigilância Epidemiológica (VE) após a descentralização das ações para as Equipes de Saúde da Família. **Metodologia:** estudo descritivo, longitudinal, retrospectivo de alguns indicadores de cobertura, oportunidade e qualidade do sistema de VE de um município da Bahia entre 2000 e 2006, utilizando como fontes de dados Relatórios do Sinan, de Gestão e da VE. A significância da variação dos indicadores foi avaliada pelo Qui Quadrado para proporções. **Resultados:** notificação compulsória de doenças e investigação epidemiológica (IE) passaram a ser realizadas por 100% das Unidades de Saúde da Família, representando crescimento de 41,7%, naquele período. A proporção de encerramento oportuno das IE e de investigação oportuna das doenças exantemáticas apresentou queda de 6,2 e de 14,5%, respectivamente, porém mantiveram níveis acima dos pactuados. O percentual de cura de tuberculose aumentou 24,0%. **Conclusão:** os resultados sugerem que a Estratégia de Saúde da Família poderá contribuir para aprimorar a VE.

**Palavras-chave:** vigilância epidemiológica; atenção primária à saúde; Estratégia Saúde da Família; descentralização.

### Summary

**Objective:** to evaluate some indicators of Epidemiological Surveillance (ES) after the decentralization of actions for the Family Health Team. **Methodology:** retrospective, longitudinal study to assess some indicators of coverage, timeliness and quality of the ES system in a city in Bahia between 2000 and 2006 using data from reports of Sinan, Management and ES. Chi square for proportions was used to examine statistical significance of variations in indicators. **Results:** compulsory notification of diseases and epidemiological investigation (EI) have been performed by 100% of the Family Health Units, (increase of 41.7% in the period). The proportion of timely closing of EI and timely investigation of exantematous diseases fell by 6.2% and 14.5%, respectively, but remained above the levels previously agreed. The cure rate of tuberculosis increased 24.0%. **Conclusion:** the results suggest that the Family Health Strategy will contribute to improve ES.

**Key words:** epidemiological surveillance; assessment; Family Health Strategy; decentralization.

\* Trabalho desenvolvido como parte dos requisitos para a conclusão do Curso de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva realizado pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC/UFBA) em parceria com a Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde.

### Endereço para correspondência:

Rua Alfredo Gomes de Oliveira, 130, Edifício Paikerê, Aptº 301, Jardim Armação, Salvador-BA, Brasil. CEP: 41750-090  
E-mail: mcncoستا@ufba.br

## Introdução

A descentralização da gestão da atenção à saúde representa um componente fundamental na consolidação do sistema de saúde do Brasil. Adotada para oferecer atenção integral e ampliada à população, essa estratégia vem sendo implementada nos municípios brasileiros, desde 1993, com vistas à reorganização dos sistemas locais de saúde inspirada nos princípios da integralidade, equidade, descentralização e participação popular.<sup>1</sup>

No que pese alguns obstáculos enfrentados para a sua efetivação, a descentralização dos serviços e ações de saúde no país apresenta avanços, sobretudo na reorganização da Atenção Básica de municípios onde a Estratégia Saúde da Família (ESF) foi efetivamente adotada e que assumiram o modelo de Vigilância da Saúde (VS) centrado na integralidade da atenção.<sup>2</sup> A concepção de integralidade que fundamenta esta Estratégia favorece a ação interdisciplinar do trabalho em equipe, implicando na possibilidade da prática de um profissional se reconstruir na prática do outro e, desse modo, alcançar maior impacto sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença.<sup>3</sup> O alvo principal desta estratégia é a reorganização da atenção primária de forma resolutiva, como parte de um sistema hierarquizado que possibilite ao usuário o acesso aos serviços nos seus diferentes níveis de complexidade. Atualmente, no Programa de Saúde da Família, em muitos municípios do Brasil, têm sido os agentes de mudança da política de saúde local, cujas ações são garantidas pela descentralização do financiamento (Piso Assistencial Básico/PAB e Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças/TFECD).

No que se refere, especificamente, à descentralização das ações de vigilância e controle de doenças para o conjunto de atividades da ESF e o estabelecimento das condições para certificação do município para assumir a gestão das atividades, o processo somente foi efetivamente iniciado em 2000, após a publicação das Portarias do Ministério da Saúde nº 1.399<sup>4</sup> e nº 950,<sup>5</sup> de dezembro de 1999 que recomendavam a articulação dos serviços de Vigilância Epidemiológica (VE) com esta estratégia.

Neste contexto, e em atenção às recomendações legais estabelecidas no processo de aperfeiçoamento da Atenção Básica, a Secretaria de Saúde do município de Vitória da Conquista-BA deu início à descentralização

das atividades concernentes à vigilância, prevenção e controle de doenças e agravos de interesse epidemiológico, para as Unidades de Saúde da Família (USF). O propósito foi desencadear uma transformação do modelo de atenção à saúde vigente no município, mediante práticas de Vigilância em Saúde que fortalecessem as ações de vigilância epidemiológica e sanitária articuladas com as atividades da atenção básica, priorizando grupos e áreas de maior risco epidemiológico.

*No que pese alguns obstáculos enfrentados para a sua efetivação, a descentralização dos serviços e ações de saúde no país apresenta avanços.*

A partir de então, os serviços de Atenção Básica à saúde foram reorganizados, os profissionais das equipes de saúde da família passaram a ser capacitados para desenvolverem as atividades específicas de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária e, a partir de 2006, o número de USF foi ampliado.<sup>6,7</sup> Em vista destas iniciativas, tornou-se plausível esperar que, entre outros efeitos, as ações de VE passassem a apresentar maior efetividade, particularmente, no que se refere à notificação de agravos e oportunidade de instituição das medidas de controle pertinentes, bem como quanto à melhoria no desempenho dos indicadores operacionais da VE no referido município. No entanto, apesar do crescente interesse nesta temática nos últimos anos, até o momento, esses efeitos não foram analisados de forma sistemática, possivelmente pelo fato da prática de avaliação ainda não se encontrar plenamente institucionalizada nos serviços de saúde do Brasil.

Vale salientar, que os estudos já realizados que avaliam a descentralização da VE no país correspondem a avaliações normativas e do grau de implantação desta estratégia no âmbito municipal,<sup>8</sup> ou ainda, referem-se à avaliação das práticas de VE mediante abordagem qualitativa.<sup>9</sup> No entanto, as práticas de VE desempenhadas pela Atenção Básica, após a institucionalização da sua descentralização, não têm sido contempladas nos estudos avaliativos sistemáticos de caráter quantitativo.

Com efeito, as novas responsabilidades com a gestão do sistema de saúde exigem que o município incorpore a avaliação como componente do processo de planejamento e de tomada de decisão.<sup>10</sup> Considerando que, no Brasil, estão sendo experimentadas mudanças nas práticas de saúde, mediante ações de prevenção de riscos e agravos e de promoção da saúde das pessoas e dos grupos populacionais por área de abrangência, torna-se essencial, não só dispor de informações que permitam conhecer os problemas e as necessidades de saúde reais da população, como também sobre aquelas que retratem o efeito dessas mudanças na qualificação das ações desenvolvidas no âmbito do Sistema Único da Saúde (SUS). Nesta perspectiva, e tendo em vista a carência de investigações empíricas que evidenciem o desempenho das equipes de saúde da família no que se refere às atividades de VE executadas no campo da ESF, este estudo tem como objetivo avaliar alguns indicadores da Vigilância Epidemiológica (VE) após a descentralização das ações para as Equipes de Saúde da Família.

## Metodologia

Realizou-se um estudo longitudinal, retrospectivo, abrangendo as 25 Unidades de Saúde da Família existentes em 2000, 2003 e 2006, no Município de Vitória da Conquista-BA. Com população de 294.203 habitantes em 2006, este era um dos municípios mais populosos desse Estado,<sup>11</sup> principal centro regional na área de educação por possuir universidades públicas e privadas, e ser pólo para a microrregião sudoeste da Bahia gerando prestação de serviços a cerca de dois milhões de habitantes. Habilitado na Gestão Plena do Sistema de Saúde no ano de 2007, o Município apresentava cobertura do programa saúde da Família (PSF) de 53,7% e dispunha de uma rede de saúde hierarquizada tendo como eixo estruturante o fortalecimento da atenção básica.

A Vigilância Epidemiológica era composta por uma equipe mínima que desenvolvia atividades de notificação compulsória de doenças (DNC), em seis Unidades Básicas de Saúde (UBS), e vacinação de rotina na zona rural. A partir da habilitação na gestão plena da atenção básica, o Município passou a dispor de equipamentos e recursos humanos necessários. Implantou-se o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde/PACS e, a seguir, cinco equipes de saúde

da família cujos componentes, ao lado dos Agentes Comunitários em Saúde/ACS, foram capacitados para subsidiar o processo de produção de informação para ação. Quando da reorganização da VE, foram incluídos na rede notificante os hospitais e clínicas privadas e conveniadas, laboratórios públicos e conveniados ao SUS, além dos serviços especializados. Considerou-se que as ações da VE estavam descentralizadas quando atividades como notificação e investigação de doenças, bloqueio vacinal, coleta de material biológico e educação em saúde passaram a ser realizadas pelas equipes de saúde da família.

Relatórios do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) e documentos formulados pelo município para conferência das notificações da Vigilância Epidemiológica foram as fontes utilizadas para obtenção dos dados sobre as USF notificantes. O Relatório de Conferência do Sinan por Agravos foi a fonte de dados sobre as USF que realizavam investigação epidemiológica. Os demais indicadores foram construídos com dados obtidos de Relatórios de Gestão e Relatórios de Monitoramento das Ações de Vigilância à Saúde.

Como indicadores de cobertura do Sistema de Notificação da VE foram utilizados a cobertura (%) vacinal tetravalente (3ª dose) entre crianças menores de um ano, e o percentual do total de USF que: 1) notifica regularmente a ocorrência de Doenças de Notificação Compulsória/DNC; e 2) realiza investigação epidemiológica/IE de DNC. Por sua vez, percentual de casos de DNC, objeto de investigação epidemiológica, encerrados em tempo oportuno e o percentual de investigação epidemiológica de Doenças Exantemáticas, realizadas em tempo oportuno, foram os indicadores de oportunidade. A qualidade do sistema foi avaliada a partir do percentual de casos de Meningites Bacterianas confirmados por critério laboratorial e o percentual de cura de casos novos de Tuberculose Pulmonar bacilíferos. A exceção do percentual de USF que notificam regularmente a ocorrência de DNC e do percentual de USF que realizam IE de DNC, todos os demais indicadores fazem parte do Pacto pela Saúde.<sup>12</sup>

Considerou-se como USF que notificam regularmente aquelas que informaram sobre a ocorrência de DNC em mais de 80% das semanas epidemiológicas em sua área de abrangência. Já o encerramento oportuno de uma investigação epidemiológica consiste em parâmetros da normatização da SVS/MS que estipula um

prazo máximo de 60 dias após a data da notificação para encerramento do caso, com exceção de alguns agravos.<sup>13</sup>

O efeito da descentralização das ações da VE para as USF do município foi avaliado a partir da variação percentual de cada um dos indicadores examinados entre 2000 e 2006 (antes e após a descentralização). Teste do Qui Quadrado para proporções independentes foi empregado para examinar a existência de diferença estatisticamente significativa, admitindo-se nível de significância  $<0,05$ .

### Considerações éticas

O projeto deste estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética do Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA), Processo nº 057 - 07/CEP - ISC.

### Resultados

No que diz respeito aos indicadores de cobertura, observa-se na Tabela 1 que o percentual de USF que fez notificação regular de DNC passou de 68,0% no ano 2000, para 100,0% em 2006. Nas unidades da zona urbana, os valores desse indicador se mantiveram em 66,7% em 2000 e 2003, enquanto naquelas da zona rural passou de 69,2% (em 2000) para 76,9% (em 2003). Considerando-se o período 2000-2006, para o município como um todo, o aumento foi de 47,1%. Esse crescimento foi maior nas unidades da zona urbana (50,0%) que naquelas da zona rural (44,4%).

Nos anos de 2000 e 2003, respectivamente, 68,0 e 76,0% das USF do município realizavam investigação epidemiológica. Nesse último ano, o percentual foi de 84,6% nas USF da zona rural, enquanto nas da zona urbana manteve-se o mesmo valor observado em 2000 (66,7%). Em 2006, todas as USF do município realizavam esta atividade, representando, entre 2000 e 2006, um aumento de 47,1% ( $p=0,007$ ), sendo este de 50,0% para as USF da zona urbana e de 44,4% para as da zona rural (Tabela 2).

Na Tabela 3 pode-se observar que a cobertura da terceira dose da vacina tetravalente em crianças menores de um ano foi de 112,3 e 105,5%, respectivamente, em 2000 e 2003, e decresceu para 95,7% no ano de 2006, sendo esta diferença estatisticamente significativa. Aproximadamente, 75% das investigações epidemiológicas realizadas foram encerradas em tempo oportuno no ano 2000. Em 2003, esse valor aumentou para 77,1% e, no ano de 2006 reduziu para 70,9% (decréscimo de 6,2% em 2000-2006, sem significância estatística). Embora em 2000 e 2003, respectivamente, 100,0 e 92,0% das investigações de doenças exantemáticas tenham sido encerradas oportunamente, em 2006 ocorreu uma redução para 85,5%. Entre o período inicial e final analisado, houve uma redução estatisticamente significativa de 14,5%. Quanto aos indicadores de qualidade avaliados, observou-se que o percentual de casos de meningite confirmados por critério laboratorial teve seu valor aumentado de 21,1%, em 2000, para 35,2%, em 2003 e, a seguir, baixou para 10,2% no ano de 2006. A sua

**Tabela 1 - Número e percentual de Unidades de Saúde da Família que fizeram notificações de Doenças de Notificação Compulsória, segundo zona geográfica, em um município do Estado da Bahia. Brasil, 2000, 2003 e 2006**

Ano/Zona	Urbana (n=12)		Rural (n=13)		Total (n=25)	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
2000	8	66,7	9	69,2	17	68,0 <sup>a</sup>
2003	8	66,7	10	76,9	18	72,0
2006	12	100,0	13	100,0	25	100,0 <sup>a</sup>
<b>Variação (%) 2000-2006</b>	—	50,0	—	44,4	—	47,1

Fonte: Relatórios do Sinan; Relatório de Conferência das Notificações da Vigilância Epidemiológica, Secretaria Municipal de Saúde, Vitória da Conquista, Bahia.

a)  $p=0,007$ , para a diferença entre os valores de 2000 e 2006.

variação, entre 2000-2006, foi de 51,7%, e não se mostrou estatisticamente significativa. O percentual de cura de casos novos da Tuberculose passou de 77,7% em 2000, para 96,8% em 2006, representando crescimento de 24,6% (Tabela 3).

## Discussão

Os resultados deste estudo evidenciaram que no município investigado, seis anos após a descentralização da VE, a maioria dos indicadores do Sistema de

**Tabela 2 - Número e percentual de Unidades de Saúde da Família que realizaram investigação de Doença de Notificação Compulsória segundo zona geográfica em um município do Estado da Bahia. Brasil, 2000, 2003 e 2006**

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

Fonte: Relatórios do Sinan

Relatório próprio de Conferência das Notificações da Vigilância/Secretaria Municipal de Saúde, Vitória da Conquista, Bahia.

a) p=0,007, para a diferença entre os valores de 2000 e 2006.

**Tabela 3 - Indicadores selecionados de desempenho da Vigilância Epidemiológica em um município do Estado da Bahia. Brasil, 2000, 2003 e 2006**

Indicadores	2000	2003	2006	Varição 2000-2006 (%)	Valor de p
<b>Cobertura</b>					
Cobertura vacinal (%) tetravalente <1ano (3ª dose)	112,3	105,5	95,7	- 14,8	<0,001
<b>Qualidade</b>					
Percentual de casos de meningites bacterianas confirmados por critério laboratorial	21,1	35,2	10,2	- 51,7	0,333
Percentual de cura de casos novos de Tuberculose pulmonar bacilíferos	77,7	89,3	96,8	24,6	<0,001
<b>Oportunidade</b>					
Percentual de casos investigados encerrados em tempo oportuno.	75,6	77,1	70,9	- 6,2	0,181
Percentual de investigação epidemiológica oportuna para Doenças Exantemáticas	100,0	92,0	85,5	- 14,5	<0,001

Fonte: Relatórios de Gestão (2000, 2003, 2006).

Valores de p do teste do Qui Quadrado para diferença entre proporções.

Vigilância Epidemiológica/SVE analisados apresentou um expressivo avanço no seu desempenho. Chama atenção a grande expansão do registro das doenças de notificação compulsória e de investigação epidemiológica, visto que passaram a ser realizadas pela totalidade das USE. De acordo com documentos institucionais analisados, houve intensa capacitação dos profissionais de saúde que atuam nessas unidades em temas relativos à VE, vacinação e Sistemas de Informação, dentre outros.<sup>14,15</sup> Como a capacidade técnica dos profissionais e dos serviços de saúde de uma área territorial é evidenciada pela agilidade na avaliação da doença e na adoção de medidas de controle no processo da investigação epidemiológica,<sup>16</sup> pode-se supor que tais avanços tenham sido decorrentes da melhoria do desempenho técnico e envolvimento dos profissionais dessas unidades frente a tais atividades.

Na medida em que as Equipes de Saúde da Família realizam suas ações em visitas domiciliares rotineiras, o melhor desempenho relativo à cobertura da investigação epidemiológica da área rural deve estar relacionado às oportunidades de seu retorno às localidades de ocorrência das DNC. Isto também sugere que o envolvimento das Equipes de Saúde da Família na descentralização da VE viabiliza a execução das ações de controle, desde que dificuldades operacionais não interfiram na oportunidade de realização dessa atividade. É possível que este tipo de problema, que se encontra registrado no Relatório de Gestão do município,<sup>15</sup> tenha contribuído para o declínio verificado no indicador de oportunidade dessa atividade.

No início desse estudo, as elevadas coberturas vacinais observadas sugeriam a existência de possíveis problemas no numerador e/ou denominador desse indicador. Por conseguinte, o declínio registrado em 2006 deve ser interpretado como um fato positivo, visto que a meta de cobertura (95%) necessária para atingir os objetivos do Programa Nacional de Imunização foi alcançada. Talvez os cursos de atualização em imunização oferecidos para as Equipes de Saúde da Família<sup>6,15</sup> tenham promovido maior preparo desses profissionais, além de motivação e empenho na busca da homogeneidade das coberturas vacinais nas respectivas áreas de abrangência e estímulo para a realização de avaliações das coberturas vacinais, correções de denominadores, dentre outras iniciativas.

Sabe-se que a informação epidemiológica oportuna é um instrumento estratégico para a definição de

problemas e riscos para a saúde e é imprescindível para avaliar a eficiência e efetividade dos serviços prestados no sistema de saúde. Destarte, entre os principais indicadores analisados, os de oportunidade merecem maior destaque pela sua capacidade para identificar o grau de comprometimento das Equipes de Saúde da Família e a agilidade no cumprimento das ações propostas pelo SNVE, tendo em vista o atendimento das metas de controle e eliminação de doenças. Assim, o decréscimo observado entre 2000 e 2006 no percentual de investigações epidemiológicas encerradas em tempo oportuno e, especificamente, das Doenças Exantemáticas pode estar sinalizando a existência de problemas na prestação desses serviços. Possivelmente, a rotatividade de profissionais que compõem as Equipes de Saúde da Família e a demora do retorno dos resultados dos exames laboratoriais para confirmação de casos contribuíram para tais resultados.<sup>5,6</sup> Contudo, os dois indicadores alcançaram a meta proposta pelo SNVE, que correspondem a 85,0 e 70,0%, respectivamente.

A queda no desempenho do indicador de qualidade, isto é, o percentual de casos de meningites bacterianas confirmados por critério laboratorial, pode ser atribuída a problemas operacionais devido a mudanças nas técnicas laboratoriais empregadas.<sup>12</sup> Ressalta-se ainda, que os exames bacteriológicos são realizados no hospital regional de referência em DT, sobre o qual o município em questão não tem autonomia de gerenciamento. Por sua vez, o controle da Tuberculose está centrado principalmente na redução das fontes de infecção que só é obtida na medida em que se detecta e cura os casos bacilíferos, razão pela qual a inclusão dos profissionais das Equipes de Saúde da Família e, em especial, dos Agentes Comunitários de Saúde na busca ativa dos sintomáticos respiratórios nas suas áreas de abrangência, é uma estratégia privilegiada para obtenção desse objetivo.<sup>6,15</sup> Dessa maneira, a variação positiva verificada no indicador de cura dessa doença pode estar indicando que parte desse objetivo vem sendo alcançada, visto que a taxa de abandono do tratamento foi reduzida de 5,1 para 3,2%, e não há casos da doença sem informação sobre encerramento do tratamento, em Vitória da Conquista.<sup>6,7</sup> Destaca-se que as diferenças observadas no desempenho de alguns indicadores podem ter ocorrido devido a diferenças na capacitação ou monitoramento das áreas técnicas.

A utilização de dados secundários em estudos epidemiológicos representa uma limitação que indica que se deva ter cautela na interpretação dos resultados. Entretanto, apesar dessas limitações, o progresso dos indicadores avaliados aponta para a ocorrência de uma experiência bem-sucedida na descentralização das ações de VE como parte da ESF. Provavelmente, a melhoria do Sistema de Informação no período de estudo, por si só, não explique as variações observadas nos indicadores. Além disso, a própria descentralização poderá ter tido influência positiva na captação e registro de dados.

Indícios de que a ESF pode contribuir para a construção de novos modelos de atenção na perspectiva da atenção integral à saúde da população começaram a ser observados em municípios que articularam (ficou confuso) ao projeto da Reforma Sanitária.<sup>17</sup> Com efeito, mesmo a persistência de fragilidades no sistema de vigilância epidemiológica local, a exemplo daquelas sinalizadas por alguns dos indicadores analisados neste estudo, podem ser superadas por medidas que incluem, entre outras, maior envolvimento e compromisso dos profissionais com essa estratégia; melhoria das condições socioeconômicas da população e; implementação de políticas voltadas para resolução de aspectos como financiamento, gestão e infraestrutura do sistema e serviços de saúde. Dessa maneira, recomenda-se que a integração das ações de VE à ESF seja estimulada e aprimorada em outros municípios como meio de fortalecer os sistemas locais de saúde.

Outros estudos deverão ser realizados visando identificar e corrigir possíveis problemas, e constituir um conjunto de evidências que apontem para a manutenção das condições necessárias para obter os efeitos esperados, bem como monitorar os avanços alcançados com a descentralização das ações da VE.

Em especial, investigações que avaliem se os progressos obtidos tem sido capazes de produzir resultados positivos nos indicadores da morbimortalidade por doenças de notificação compulsória.

Avaliações de intervenções feitas em sistemas locais de saúde ainda são pouco frequentes em nosso meio, particularmente aquelas que lidam com os efeitos da descentralização de ações e serviços nos termos da implementação do SUS. Tratando-se da descentralização

das ações da vigilância epidemiológica para a gestão municipal, sobretudo para municípios de médio porte como o que aqui foi analisado, ainda são necessárias essas avaliações para que se disponha de maior consistência, tanto no que concerne à metodologia quanto à interpretação dos resultados. Uma intervenção de tal complexidade, que envolve fatores diversos de natureza político-institucional e operacional do sistema local de saúde, requer investigações mais extensivas.

*O progresso dos indicadores avaliados aponta para a ocorrência de uma experiência bem-sucedida na descentralização das ações de VE como parte da ESF.*

A aplicação de indicadores comumente usados para a avaliação gerencial da VE é útil e os resultados desse estudo sugerem a melhoria do desempenho nessa área após a descentralização, mas, obviamente esta estratégia metodológica não contempla todos os fatores que poderiam ser arrolados como explicativos da mudança de situação. Entretanto, salienta-se que ao lado de avanços na eficiência da VE indicados pelos resultados obtidos, a descentralização deve ter provocado mudanças na organização e práticas da Atenção Básica que potencializaram a melhoria do desempenho da VE como um todo. Dessa maneira, a investigação realizada e seus resultados podem representar mais um elemento essencial ao conjunto de evidências que apontam para os efeitos positivos da descentralização das ações de VE para a gestão municipal, em particular de maneira integrada à estratégia de saúde da família.

Cabe salientar que a sustentabilidade desses efeitos pode guardar relação direta com os fatores relacionados com a qualidade da gestão municipal de saúde como um todo e sua permanência. Nesse sentido, a integração do sucesso das ações dos serviços de saúde municipal a planos e programas, a participação e acompanhamento do Conselho de Saúde e o papel dos profissionais em serviços são fatores impulsionadores da continuidade das estratégias adotadas e da melhoria constante dos resultados da VE em nível local.

## Referências

1. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências [Internet]. [Acessado em 15 out. 2007]. Disponível em [www.conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080\\_190990.htm](http://www.conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080_190990.htm).
2. Teixeira C, Solla JP. Modelo de atenção à Saúde: promoção, vigilância e saúde da família. Salvador: EDUFBA; 2006.
3. Araújo MBS, Rocha PM. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2007; 12(2): 455-464
4. Portaria GM nº 1.399, de 15 de dezembro de 1999. Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal, na área de epidemiologia e controle de doenças, define a sistemática de financiamento e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, p.10, 25. nov. 1999 Seção 1 [Acessado em 24 out. 2007]. Disponível em [http://portal.saude.gov.br/portal/svs/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=21247](http://portal.saude.gov.br/portal/svs/visualizar_texto.cfm?idtxt=21247).
5. Portaria nº 950, de 23 de dezembro de 1999. Define os valores anuais *per capita* e por quilômetro quadrado, relativos aos recursos federais destinados à composição do Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças TFECED, de cada um dos estratos previstos no art. 14 da Portaria GM/MS nº 1.399/99 [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, p.40, 1 jan. 2000 Seção 1 [Acessado em 24 out. 2007]. Disponível em [Http://portal.saude.gov.br/portal/svs/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=21245](http://portal.saude.gov.br/portal/svs/visualizar_texto.cfm?idtxt=21245).
6. Secretaria Municipal de Saúde de Vitória da Conquista. Saúde em Vitória da Conquista. Vitória da Conquista: Prefeitura Municipal de Vitória da Conquista; 2000.
7. Secretaria Municipal de Saúde de Vitória da Conquista. Relatório de Gestão da Vitória da Conquista. Vitória da Conquista: Secretaria Municipal de Saúde de Vitória da Conquista; 2006.
8. Carvalho EF, Cesse EAP, Albuquerque MIN, Albuquerque LC, Dubeux IS. Avaliação da vigilância epidemiológica em âmbito municipal. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. 2005 dez; 5(Supl1):53-62.
9. Pontes RJS, Machado MMT, Kerr Pontes LRS. Avaliação qualitativa do sistema de vigilância epidemiológica do Ceará. *Informe Epidemiológico do SUS*. 2002;11(4):253-255.
10. Vieira da Silva LM. Avaliação do processo de descentralização das ações de saúde. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 1999; 4(2), p. 331 – 339.
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Banco de Dados – Cidades [Internet]. [Acesso em 18 de nov. 2007]. Disponível em [Http://www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php](http://www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php).
12. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Estabelece prioridades, objetivos e metas do pacto pela vida para 2008, os indicadores de monitoramento e avaliação do pacto pela saúde e as orientações, prazos e diretrizes para a sua pactuação. Diário Oficial da União, Brasília, Disponível em URL: <http://portal.saude.gov.br/portal/>. Acesso em 24 out. 2007.
13. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica. 6ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
14. Secretaria Municipal de Saúde de Vitória da Conquista. Saúde em Vitória da Conquista. Vitória da Conquista: Prefeitura Municipal de Vitória da Conquista; 2001.
15. Secretaria Municipal de Saúde de Vitória da Conquista. Relatório de Gestão da Vitória da Conquista. Vitória da Conquista: Secretaria Municipal de Saúde de Vitória da Conquista; 2003.
16. Rocha EST, Neto JT. Indicadores de efetividade da vigilância epidemiológica para paralisias flácidas agudas no Brasil de 1990 a 2000. *Revista Panamericana de Saúde Pública*. 2003; 14(5): 325-333.
17. Paim JS. Interface - Saúde da família: espaço de reflexão e de contra-hegemonia. *Interface: comunicação, saúde, educação*. 2001; 5(9):143-146.

Recebido em 29/09/2009  
Aprovado em 17/09/2010