



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE COMUNITÁRIA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA**



**DESCENTRALIZAÇÃO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA
EPIDEMIOLÓGICA EM PERNAMBUCO**

ANA COELHO DE ALBUQUERQUE

**SALVADOR
2013**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE COMUNITÁRIA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA**



**DESCENTRALIZAÇÃO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA
EPIDEMIOLÓGICA EM PERNAMBUCO**

ANA COELHO DE ALBUQUERQUE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia – ISC/UFBA, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde Comunitária.

Orientador: Prof. Dr. Eduardo Luiz Andrade Mota.

Co-orientador: Prof. Dr. Eronildo Felisberto.

**SALVADOR
2013**

Ficha catalográfica elaborada por Dario C. Assis, Bibliotecário CRB -5.

A345d Albuquerque, Ana Coelho de
Descentralização das ações de vigilância epidemiológica em Pernambuco / Ana Coelho de Albuquerque. – Salvador, 2013.

119 f.

Orientador: Prof. Dr. Eduardo Luiz de Andrade Mota.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2013.

Dissertação em forma de artigo.

1. Epidemiologia. 2. Vigilância epidemiológica – Pernambuco. 3. Serviços de Saúde Pública - Pernambuco. I. Mota, Eduardo Luiz de Andrade. II. Universidade Federal da Bahia. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. IV. Título.

CDU 614(813.4)



Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

ANA COELHO DE ALBUQUERQUE

Descentralização das Ações de Vigilância Epidemiológica em Pernambuco

A Comissão Examinadora abaixo assinada aprova a Dissertação, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Data de defesa: 21 de Janeiro de 2013

Banca Examinadora:

Profº. Eduardo Luiz Andrade Mota – ISC/UFBA

Profº. Eduardo Hage Carmo - Ministério da Saúde / Brasília

Profª. Eduarda Ângela Pessoa Cesse – FIOCRUZ / PE

Salvador
2013

*“Verás que um filho teu não foge à luta,
Nem teme, quem te adora, a própria morte.
Terra adorada,
Entre outras mil,
És tu, Brasil,
Ó Pátria amada!
Dos filhos deste solo és mãe gentil,
Pátria amada, Brasil!”*

(Joaquim Osório Duque Estrada e Francisco Manuel da Silva)

AGRADECIMENTOS

Ao meu Deus, por ser simplesmente tudo pra mim. “Não há palavras pra agradecer a Tua bondade!”

Ao meu amado Gueber, por todo seu amor e cumplicidade, meu maior exemplo de disciplina, paixão e dedicação pelo que faz.

Aos meus pais, Fátima e Inaldo, por terem dedicado as 24 horas de seus dias aos filhos e serem os melhores pais que alguém poderia desejar.

Ao meu irmão, simplesmente por existir e fazer a minha vida mais divertida.

Ao meu orientador, professor Eduardo Mota, pelo acolhimento, incentivo e valiosos ensinamentos, que foram além do espaço acadêmico.

Ao meu co-orientador, Dr. Eronildo Felisberto, pela amizade e pelo exemplo de gestor comprometido, e em seu nome, a todos que fazem a Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde do estado de Pernambuco (SEVS-PE).

Aos amigos do mestrado do Instituto de Saúde Coletiva, a melhor turma que eu poderia ter! E também à Suzana Carvalho, amiga pernambucana, pelo apoio e incentivo.

Aos funcionários do Instituto de Saúde Coletiva, em especial à Taís, pela amizade e disponibilidade em todas as horas.

Às amigas e primeiras incentivadoras desse mestrado, Andréa Lobo e Carmen Dhalia, pelas quais sinto profunda admiração, gratidão e um carinho imenso!

Aos professores e amigos de turma da Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva (FCM/UPE) e em especial à Sílvia Cabral pelo amor e amizade que persistem até hoje.

À Nara Melo e Ana Antunes, pelo apoio, pela amizade e pelo exemplo de dedicação à Saúde Pública do estado de Pernambuco, e às amigas da Gerência de Prevenção e Controle de Agravos Agudos (SEVS-PE).

Aos amigos Goretti Godoy, Francisco Duarte e Dorina Riccardi, pelas valiosas contribuições dadas a esse trabalho de dissertação.

Por fim, às amigas baianas Carol, Ana Lu, Juliana, Pricilla, Talita e tantos outros que me fizeram amar essa cidade e suportar a saudade de casa.

LISTA DE TABELAS E GRÁFICOS

- Gráfico 1** – Número acumulado de municípios certificados para ações de epidemiologia e controle de doenças, por ano de certificação. Pernambuco, 1999 a 2011. 56
- Tabela 1** – Proporção de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífero encerrados pelo critério de cura e variação percentual, segundo município de residência. Pernambuco, 2001 a 2010. 57
- Tabela 2** – Proporção de casos de meningites bacterianas encerradas por critério laboratorial específico (cultura, contra-imuno-eletroforese, PCR ou látex) e variação percentual, segundo município de residência. Pernambuco, 2001 a 2010. 58
- Tabela 3** – Proporção de óbitos com causa básica definida e variação percentual, segundo município de residência. Pernambuco, 2001 a 2010. 59
- Tabela 4** – Taxa de incidência de sífilis congênita (por 1000 nascidos vivos) e variação percentual, segundo município de residência. Pernambuco, 2001 a 2010. 60

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Representação dos atos normativos na evolução da Vigilância em Saúde no Brasil. 27

Figura 2 - Municípios certificados para as ações de Epidemiologia e Controle de Doenças. Pernambuco, 2000 (a), 2000 a 2003 (b), 2000 a 2006 (c) e 2000 a 2011 (d). 40

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

SEVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
VE	Vigilância Epidemiológica
ISC	Instituto de Saúde Coletiva
UFBA	Universidade Federal da Bahia
VS	Vigilância em Saúde
FCM	Faculdade de Ciências Médicas
UPE	Universidade de Pernambuco
SUS	Sistema Único de Saúde
SNVS	Sistema Nacional de Vigilância em Saúde
SNVE	Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica
MS	Ministério da Saúde
Cenepi	Centro Nacional de Epidemiologia
Funasa	Fundação Nacional de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
NOB	Norma Operacional Básica
ESF	Estratégia de Saúde da Família
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
ECD	Epidemiologia e Controle de Doenças
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
Geres	Gerência Regional de Saúde
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
Sinasc	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
Sinan	Sistema de Informação de Doenças de Notificação Compulsória
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
PPI	Programação Pactuada Integrada
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
FMS	Fundo Municipal de Saúde
TFECD	Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças
TFVS	Teto Financeiro de Vigilância em Saúde

PSF	Programa Saúde da Família
DIEVS	Diretoria de Epidemiologia e Vigilância Sanitária
SES	Secretaria Estadual de Saúde
TCG	Termo de Compromisso Gestão
COAP	Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
RMR	Região Metropolitana de Recife

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	10
1 OBJETIVOS.....	12
1.1 Geral.....	12
1.2 Específicos.....	12
2 JUSTIFICATIVA.....	12
3 REVISÃO DA LITERATURA.....	14
3.1 Descentralização dos serviços de saúde no Brasil.....	14
3.2 Um panorama da descentralização da VE no Brasil.....	15
4 QUADRO TEÓRICO	21
5 ARTIGO.....	28
Resumo.....	29
Abstract.....	30
Introdução.....	31
Métodos.....	32
Resultados.....	37
Discussão.....	47
Referências.....	53
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	61
7 REFERÊNCIAS.....	63
ANEXOS.....	70
ANEXO A - Painel de Monitoramento do Desempenho da Gestão da Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde de Pernambuco	71
ANEXO B – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva	72
APÊNDICE.....	73
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	74
APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista.....	75
APÊNDICE C - Projeto de pesquisa.....	78

APRESENTAÇÃO

Esta dissertação, produto final do Programa de Mestrado Acadêmico em Saúde Comunitária do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA), traz o tema da descentralização das ações de Vigilância Epidemiológica (VE) a partir de um estudo exploratório, cujo objetivo principal foi abordar a relação entre o processo de descentralização da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e a operacionalização das ações de VE em municípios de Pernambuco, no período de 2001 a 2010.

A escolha desse objeto de estudo não aconteceu por acaso, sendo precedida de uma aproximação à temática por diversos canais e caminhos. Com efeito, a descentralização das ações de Vigilância em Saúde (VS) constituiu tema de pesquisa da minha Monografia de conclusão da Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva, realizada na Universidade de Pernambuco (UPE), concluída no ano de 2010. Naquele momento, investiguei o desempenho da Vigilância em Saúde de Pernambuco por meio de indicadores pactuados e, a partir de então, esse estudo trouxe uma inquietação a respeito de como se deu a descentralização das ações de VE do nível estadual para os municípios, temporal e espacialmente, e de como essas ações têm sido operacionalizadas.

Dessa forma, os questionamentos surgidos no desenvolvimento daquele trabalho monográfico motivaram a busca pelo aprofundamento de estudos sobre o tema. A permanência de indagações quer pela inexistência ou insuficiência de conhecimento existente, quer pela insatisfação ou discordância dos resultados divulgados, contribuiu para essa escolha. A decisão de estudar a descentralização das ações de VE em Pernambuco a partir da evolução desse processo e de indicadores estratégicos de monitoramento da gestão da VE em Pernambuco tem o intuito de descrever como se deu a implantação da descentralização para a gestão municipal no estado e se houve desigualdades regionais nesse processo, bem como analisar a relação entre a evolução dos indicadores e as ações descentralizadas da VE nos municípios do estado.

A dissertação apresenta, inicialmente, os objetivos geral e específicos da pesquisa, como também sua justificativa e, em seguida, a revisão de literatura que, dividida em dois tópicos, traz elementos teóricos sobre a descentralização dos serviços de saúde e também sobre a descentralização da VE no Brasil; e, posteriormente, um quadro teórico que traça o caminho histórico do processo de descentralização da gestão do SUS, concomitantemente à evolução da VE no Brasil. Na sequência encontra-se o artigo “Descentralização das ações de Vigilância Epidemiológica em Pernambuco”, no qual se desenvolve uma investigação com o objetivo de estudar a relação entre o processo de descentralização da gestão do SUS e as ações de VE em municípios de Pernambuco, no período de 2001 a 2010. Por fim, nas considerações finais apresenta-se um apanhado do que foi tratado ao longo do estudo, descrevendo os principais resultados obtidos e as principais reflexões a que se chegou depois de realizada a pesquisa.

1 OBJETIVOS

1.1 Geral

Estudar a relação entre o processo de descentralização da gestão do SUS e a operacionalização das ações de VE em municípios de Pernambuco, no período de 2001 a 2010.

1.2 Específicos

Descrever o processo de descentralização da gestão das ações de VE e seus aspectos histórico-institucionais em Pernambuco.

Verificar a existência de desigualdades regionais no processo de descentralização da VE em Pernambuco.

Analisar a relação entre o processo de descentralização e a evolução de indicadores de monitoramento das ações de VE nos municípios do estudo, de 2001 a 2010.

2 JUSTIFICATIVA

Tendo em vista a busca de alternativas de ação que possam contribuir para o alcance ou aproximação dos objetivos de universalização, integralidade e equidade é importante que se amplie a investigação e a reflexão crítica acerca do processo e dos resultados decorrentes da implementação de inovações gerenciais, organizativas e operacionais no âmbito de sistemas-locais de saúde que vem ocorrendo ao longo dos últimos anos, neste caso o processo de descentralização (TEIXEIRA, 2002).

Todos os aportes históricos e organizativos apontam para a necessidade da intensificação de estudos que acompanhem o processo de regionalização com base na observância do princípio de descentralização. Também sugerem a continuidade de pesquisas que tratem dos avanços e retrocessos da resolutividade do SUS. Essas pesquisas certamente irão contribuir para desatar importantes nós que ainda emperram o desenvolvimento do sistema de saúde do Brasil (CHEBLI *et al*, 2010).

Assim, partindo-se do princípio de que os fatos não se esgotam em si mesmos, pode-se dizer que eles servem para mapear, para detectar processos que devem ser confrontados e relacionados com outros fenômenos, num procedimento que permite extrair deles os significados não imediatamente dados ou relacionados. Constituem-se então em expressões empíricas, em marcos de um processo que vai além deles, transcendendo-os.

Dessa forma, com o intuito de fomentar uma discussão mais abrangente quanto ao papel da VS dentro de um processo de promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida da população, a temática abordada por esta dissertação tem o objetivo de contribuir com um referencial teórico-prático para o âmbito da descentralização da VE no nível estadual e municipal, a fim de produzir subsídios para o planejamento e para a programação de ações que visem resultados, bem como para a definição de prioridades na alocação de recursos na área de VS dos sistemas municipais. 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.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Descentralização dos serviços de saúde no Brasil

A descentralização constitui um conceito de elevada importância no desenvolvimento do SUS no Brasil, seja como projeto político consagrado na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, seja como definição do modelo organizativo que o sistema de saúde iria mais tarde implementar. A proposta de municipalização da saúde foi baseada na ideia de que um país da dimensão continental do Brasil somente poderia se valer para o crescimento econômico de uma população saudável e, conseqüentemente, bem atendida nas suas necessidades de saúde, se em cada estado e em cada canto do país existissem serviços essenciais para os cuidados da saúde. Caberia então ao próprio Governo Federal o incentivo à criação de sistemas de saúde municipais (GERSCHMAN; VIANA, 2005, p.308).

Um dos propósitos centrais da incorporação da descentralização nos princípios constitucionais do SUS foi produzir um maior equilíbrio entre as regiões do país, assim como diminuir as desigualdades regionais em saúde facilitando o acesso no nível local. No entanto, para alguns autores, a existência de interesses conflitantes que se expressam nas profundas heterogeneidades populacionais e desigualdades sociais entre as regiões, estados e municípios dificultou a construção de acordos cooperativos, fazendo com que o processo de descentralização tendesse a reproduzir as diferenças existentes e ainda provocasse a atomização de sistemas municipais de saúde, conduzindo a um modelo de assistência municipalista, no qual a atenção médica é expandida sem nenhuma articulação regional (LUCCHESI, 1996; GERSCHMAN; VIANA, 2005).

Vale ressaltar que cada município constitui uma unidade federativa e, portanto, um sistema de saúde que, por sua vez, integra sistemas estaduais e nacional. A cada ente federativo compete atuar em sua área de abrangência, como se conforma o SUS, e para tal é preciso que tenha poderes e recursos para exercer suas responsabilidades. Porém, o que alguns autores apontam é que o processo de formação desmedida de municípios caracterizou-se por ter acontecido pela

barganha de interesses locais, o qual encontrou amparo na legislação, sem que o mesmo obedecesse a uma estratégia nacional. Muitos dos municípios então formados não possuíam condições de exercer o autogoverno, podendo-se esperar no melhor dos casos, serviços básicos e/ou atenção primária à saúde da população (GERSCHMAN; VIANA, 2005).

O que se pode afirmar, baseado num balanço das últimas duas décadas, é que ocorreu uma ampla descentralização dos recursos e das responsabilidades de gestão sobre os serviços no país, configurando-se hoje o gestor municipal como o principal responsável pela implementação das propostas de mudança do modelo de atenção à saúde. Evidentemente que o grau de desenvolvimento desse processo é bastante heterogêneo nas diversas regiões e estados do país e tem registrado dimensões e efeitos peculiares, cujo contexto político-institucional, além do econômico, é um fator decisivo, entre os condicionantes de sucesso. A rede de atenção básica encontra-se, praticamente em sua totalidade, sob a gestão municipal e a rede de média e alta complexidade tende a seguir o mesmo rumo, na medida em que se consolide o processo de regionalização no âmbito estadual (TEIXEIRA; SOLLA, 2005).

No entanto, o que se pode dizer acerca da descentralização é que mesmo essa não tendo se constituído num processo ideal, a existência de um projeto de reorganização das práticas de saúde, de capacidade técnica e governabilidade para implementá-la vem proporcionando algumas experiências positivas no que diz respeito a um melhor desempenho e à consolidação de um SUS municipal mais qualificado e participativo (CHAVES; SILVA, 2007; BALISTA *et al*, 2011).

3.2 Um panorama da descentralização da VE no Brasil

Ainda são escassas as iniciativas institucionais e pesquisas realizadas com o intuito de analisar o processo de descentralização da VE para os diversos âmbitos do sistema de saúde (CERQUEIRA *et al*, 2003; SANTOS; MELO, 2008; BEZERRA *et al*, 2009; BARBOSA *et al*, 2010; SANTOS, 2010; SANTOS *et al*, 2012), o que sugere a necessidade de mais estudos a respeito desse processo. O uso efetivo e sistemático das informações da VE configura-se como uma ferramenta de grande

importância tanto na gestão do sistema de saúde para a definição de prioridades e distribuição de recursos, quanto para nortear as estratégias de intervenção dos serviços de saúde. Com efeito, devido à complexidade do desenvolvimento das suas ações, uma vez que essas são realizadas em níveis distintos do sistema de saúde, torna-se imprescindível conhecer como a descentralização da VE tem acontecido nos municípios brasileiros (BEZERRA *et al*, 2009).

A VS é entendida como um enfoque que pode contribuir para a atualização das concepções que orientam a reorganização das práticas de saúde no nível municipal (TEIXEIRA *et al*, 1998). Como tal, ela vem se mostrando como uma nova forma de resposta organizada aos problemas de saúde que tenta recompor o fracionamento do espaço coletivo de expressão da doença na sociedade, articulando as estratégias de intervenção individual e coletiva, atuando assim sobre todos os nós críticos de um problema de saúde, com base em um saber interdisciplinar e em um fazer intersetorial, tendo a VE como parte dessa vigilância (LEITE *et al*, 2003). Adotar a concepção ampliada de VS, com o intuito de transformar o modelo de atenção à saúde no nível municipal, implica em avançar no processo de descentralização da gestão do sistema e investir na articulação intersetorial. No entanto, é necessário levar em conta a heterogeneidade das situações dos municípios, tendo como principal desafio, mais do que implementar as propostas e diretrizes emanadas do nível federal e estadual, e sim a definição da linha com que vão conduzir a política de saúde municipal articulando distintos elementos gerenciais, financeiros, programáticos, organizativos e operacionais (TEIXEIRA *et al*, 1998).

O que se sabe a respeito da descentralização das ações de VE é que a mesma tem ocorrido de forma gradual, com repasse das responsabilidades e também dos recursos da esfera federal para a esfera municipal. Na verdade, estudos têm demonstrado que esse processo representa muito mais uma desconcentração de ações, haja vista que a maioria dos municípios não está estruturada para assumir efetivamente as demandas da descentralização. Por outro lado, essa descentralização tem contribuído para a melhoria de alguns indicadores de saúde, a exemplo daqueles relacionados à ampliação da cobertura vacinal e

consequente redução das doenças imunopreveníveis, ratificando o pressuposto que afirma que a descentralização da VE implica em valorizar a realidade local, identificando os problemas e criando possibilidades de aumentar a capacidade de intervenção sobre estes (SANTOS; MELO, 2008; SANTOS, 2010).

No entanto, Santos (2010) considera 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. Avanços como a redução da mortalidade infantil por diarreia não podem ser atribuídos exclusivamente nem ao setor saúde, tampouco à VE, dado que se observa ao longo dos anos a implementação de outras políticas públicas, a exemplo do saneamento básico. Para essa autora, a forma como ocorre a gestão da VE nos municípios encontra-se distante de viabilizar a reorganização 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, sendo, portanto, necessárias mudanças mais profundas, de correção nos rumos da gestão da VE municipal.

Em detrimento a todo o aparato legal e oficial que subsidia a execução das ações de VE, o que ainda se percebe é um descompasso entre o discurso e a efetiva utilização da mesma, como parte integrante de um sistema e co-responsável na definição de ações prioritárias das políticas de saúde. Esse fato foi constatado num estudo que avaliou a VE e as características específicas da gestão municipal, na qual as ações elementares de vigilância encontraram-se fragilizadas na maioria dos municípios do estudo. Ao se analisar os resultados obtidos, observou-se que o porte populacional e a condição de gestão foram determinantes no grau de implantação da VE, uma vez que os municípios de grande porte e em Gestão Plena do Sistema de Saúde obtiveram melhor desempenho (CARVALHO *et al*, 2005). Tomando-se como referência a Portaria Ministerial 1.172/04 que normatiza as funções da VE no âmbito municipal (BRASIL, 2004b), observou-se, nos municípios em questão, que tais ações foram descentralizadas, não sendo mais de responsabilidade estadual. Porém, algumas delas, como o processamento e análise dos dados e a disseminação das informações ainda não fazem parte da rotina dos serviços (CARVALHO *et al*, 2005).

Historicamente, as ações de VE estão voltadas para as doenças transmissíveis e os indicadores de mortalidade em relação a essas doenças vêm apresentando uma tendência decrescente. No entanto, o modelo de vigilância proposto ainda se apresenta fragilmente consolidado em alguns municípios, uma vez que se faz necessária a produção da informação epidemiológica e a sua utilização pelo nível local com relação à admissão de ações de monitoramento e vigilância das doenças crônicas e de seus fatores de risco (CARVALHO; MARZOCCHI, 1992). Estudo realizado no estado de Pernambuco apontou uma crescente mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis e tal contexto reforça a importância da adequação da VE no sentido de apoiar o desenvolvimento de ações voltadas para esse conjunto de agravos. Cabe destacar as iniciativas apontadas pelos secretários de saúde dos municípios avaliados nesse estudo, no sentido de contribuir para o desenvolvimento de ações compatíveis com o padrão epidemiológico atual (CARVALHO, 2004).

O processo de descentralização da VE foi iniciado no país em 1999, mediante publicação da Portaria Ministerial 1.399/99. Na época, houve uma grande adesão dos gestores dos estados e dos municípios, ou seja, 100,0% das secretarias estaduais e 86,3% das secretarias municipais receberam a certificação para executar as ações de VE (SILVA JUNIOR, 2004). No entanto, descentralizar a gestão da VE não se limita 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 descentralizatório da 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 (SANTOS, 2010).

Os resultados de um estudo realizado com municípios baianos com o objetivo de avaliar a gestão descentralizada da VE demonstraram uma acentuada fragilidade

na capacidade de gestão da VE nos municípios estudados. Foi possível identificar que os municípios possuem pouca autonomia no processo decisório, face ao caráter vertical e normativo que assume a descentralização da gestão, marcado pela regulação do Estado por meio de leis, portarias e resoluções definindo competências, estrutura e financiamento da VE municipal sem considerar as especificidades locais. Vale destacar que a macrorregião baiana que apresentou o melhor desempenho na avaliação da gestão da VE foi também aquela que possuía o melhor desempenho dos indicadores socioeconômicos do estado, evidenciando que as desigualdades econômicas e sociais existentes entre as regiões estão diretamente relacionadas com a capacidade de gestão da VE (SANTOS, 2010, p.187). Estudo realizado em municípios de uma microrregião de Minas Gerais a respeito da descentralização das ações de controle da hanseníase também apontou diferentes estágios de descentralização nos municípios estudados, assim determinado pela especificidade local (LANZA; LANA, 2011).

Outro ponto a ser destacado é a relação direta entre a carência de recursos humanos e a dificuldade na descentralização das ações de VE para outros níveis do sistema (BEZERRA *et al*, 2009). Essa relação foi relatada por diversos autores (GOLDBAUM, 1996; VILLA *et al*, 2002) que demonstraram a dificuldade na descentralização das ações de VE para os níveis distritais e para as unidades básicas de saúde (UBS). Essa dificuldade é devida à falta de capacitação específica, uma vez que a maioria dos membros da equipe não possui conhecimento e habilidade para realizar as ações, analisar o dado epidemiológico produzido e a infra-estrutura de trabalho para executar as ações de VE em seu território (VILLA *et al*, 2002), realidade essa possivelmente encontrada não só no nível das UBS, mas também em alguns municípios brasileiros, principalmente aqueles de pequeno porte populacional e socioeconômico.

Na atualidade, com as mudanças na situação de saúde no mundo relacionadas com o ressurgimento de doenças infecciosas e com a exposição a novos riscos, destaca-se a importância de se estabelecer um sistema de vigilância capaz de lidar com emergências em saúde pública de interesse nacional e internacional. Assim, nos anos de 2008 e 2009 foi realizado no Brasil um estudo

transversal com o objetivo de avaliar o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (SNVS) brasileiro, identificando suas capacidades essenciais, suas deficiências e limitações no que diz respeito às respostas frente às emergências em saúde pública, no contexto do Regulamento Sanitário Internacional. De um modo geral, o estudo concluiu que o SNVS tem um bom e bem estabelecido marco legal e infra-estrutura, suprimentos e mecanismos necessários para articulação e coordenação em todos os três níveis de governo. No entanto, essa pesquisa demonstrou também que o SNVS ainda apresenta algumas debilidades. Em nível estadual e municipal a capacidade de detectar e notificar é melhor do que a capacidade de investigar, intervir e comunicar; atividades de vigilância são realizadas 24 horas por dia, sete dias por semana apenas em 40,7% dos estados e 35,5% dos municípios; e ainda há deficiências na organização de atividades e métodos de investigação e disseminação da informação, e no processo de contratação e treinamento de pessoal (TEIXEIRA *et al*, 2012).

4 QUADRO TEÓRICO

No Brasil, nos anos 1980, o movimento pela redemocratização e pela reforma do Estado brasileiro incluiu a descentralização como um de seus componentes essenciais (CAMPOS, 2005). Essa corrente se fortaleceu justamente como uma reação ao grau excessivo de centralização ocorrida durante o período ditatorial, período esse também caracterizado como burocrático, excludente e portador de intervenções sociais fragmentadas e descoordenadas (SILVA; MENDES, 2004, p.18). No bojo da redemocratização brasileira, o movimento pela reforma sanitária propôs a conformação de um sistema de saúde de caráter universal, a ser operacionalizado pelas três esferas governamentais (VIANNA; MACHADO, 2009).

Assim, ainda que a diretriz da descentralização colidisse com os ideais neoliberais, uma vez que ela implicaria necessariamente numa maior participação social por meio dos Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde, fatores como a desconcentração do poder federal, com maiores possibilidades de captura das esferas subnacionais para atender ao interesse privado, dentre outros, podem ter favorecido o avanço desse processo. Ou seja, mesmo com ideais diferentes, democratização e redução do tamanho do Estado, a manutenção da descentralização foi favorecida (LEVCOVITZ *et al*, 2001).

O movimento pela transformação do setor da saúde no Brasil teve na 8ª Conferência Nacional de Saúde, no ano de 1986, seu momento mais significativo, com a construção de estratégias para democratização da saúde e o lançamento dos princípios da reforma sanitária (ESCOREL *et al* 2005; BRASIL, 2011a), cuja principal característica foi o fato de a mesma ter sido conduzida pela sociedade civil brasileira (PAIM *et al*, 2011). Na Conferência ficou evidente a necessidade de uma reformulação profunda no setor da saúde a qual deveria extrapolar os requisitos de uma reforma de cunho apenas administrativo ou financeiro. A ampliação do conceito de saúde como sendo “resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde”, designou ao estado a necessidade de assumir uma política de saúde integrada às demais políticas, tais

como econômicas e sociais, assegurando dessa forma os meios de efetivá-la (BRASIL, 1986).

Naquela Conferência foi recomendada a criação de um sistema de saúde, a partir da reestruturação do Sistema Nacional de Saúde, que oferecesse propostas alternativas ao modo oficial de atenção à saúde vigente na época. E assim, durante a Assembléia Nacional Constituinte (1987-88), foi aprovada a criação do SUS, reconhecendo a saúde como um direito do cidadão a ser assegurado pelo Estado, com o objetivo de prover uma atenção abrangente e universal, preventiva e curativa, por meio da gestão e prestação descentralizadas de serviços de saúde e com a participação da comunidade em todos os níveis de governo (BRASIL, 1986; PAIM *et al*, 2011). Cabe ressaltar, no entanto, que o projeto de reforma sanitária encontrou certa resistência e descompromisso por parte do governo federal na década de 90 devido à conjuntura política neoliberal estabelecida, tornando-se uma prioridade política secundária (PAIM *et al*, 2011).

Entretanto, ainda assim o SUS iniciou seu processo de implantação a partir de 1990, ano que foi aprovada a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90), a qual especificava suas atribuições e sua organização (PAIM *et al*, 2011). O texto constitucional e a Lei 8.080/90 demonstram claramente que a concepção do SUS estava baseada na formulação de um modelo de saúde voltado para as necessidades da população, procurando resgatar o compromisso do Estado para com o bem-estar social, especialmente no que se refere à saúde coletiva, consolidando-o como um dos direitos da cidadania. A nova concepção do sistema de saúde, descentralizado e administrado democraticamente com a participação da sociedade organizada, tem o objetivo de promover mudanças significativas nas relações de poder político e na distribuição de responsabilidades entre o Estado e a sociedade, e entre as distintas esferas de governo nacional, estadual e municipal, cabendo assim aos gestores setoriais o papel fundamental na concretização dos princípios e das diretrizes da reforma sanitária brasileira (BRASIL, 2011).

Devido à grande extensão territorial do Brasil, à sua complexidade e às desigualdades econômicas, sociais, culturais, demográficas e sanitárias entre suas

diferentes regiões e, dentro delas, entre seus distintos estados e municípios, a descentralização se colocava como imprescindível na viabilização de políticas públicas (SILVA; MENDES, 2004, p.17). Mas para que a descentralização fosse concebida de modo coerente com o arcabouço legal em relação ao SUS e, especialmente, de acordo com os postulados da reforma sanitária, haveria a necessidade de formulação de políticas específicas, considerando as particularidades e as distintas formas e ritmos de sua implementação levando em consideração a diversidade dos municípios brasileiros (PAIM, 1992).

Assim, pode-se dizer que há relativo consenso sobre os avanços no processo de descentralização no sistema de saúde. No Brasil, esse processo é do tipo político-administrativo, envolvendo não apenas a transferência de serviços, mas também de responsabilidades, poder e recursos da esfera federal para a estadual e municipal, com reorganização institucional e reformulação de práticas e controle social (TEIXEIRA, 1990; BRASIL, 1993). Dessa forma, ele visa à constituição de sistemas locais de saúde que respondam adequadamente às demandas e necessidades da população adstrita, mas que ao invés de se caracterizarem como sistemas isolados e autônomos, sejam elementos e elos dinâmicos de sistemas estaduais, que por sua vez conformam um Sistema Nacional. Nesse sentido, a descentralização e a centralização têm que coexistir de forma pactuada, para garantir o fortalecimento do Sistema Nacional de Saúde e não a atomização dos sistemas locais (SCATENA, 2000).

A descentralização do sistema de saúde para o nível municipal “não se trata, portanto, de preservar a chamada administração convenial, tão sujeita às práticas clientelistas e à retaliação política, mas reconhecer a heterogeneidade dos municípios brasileiros e empregar meios técnicos idôneos e transparentes para a análise e vigilância da situação de saúde em cada local (...).” (PAIM, 1992, p. 37). Assim, diante de todo o exposto, assume-se que a descentralização deve perseguir dois objetivos primordiais: a democracia do Estado e a busca de maior justiça social. Sabe-se, porém, que tais objetivos não podem ser encarados como de exclusiva responsabilidade da descentralização, pois não é possível, nem desejável, atribuir a ela esse grau de exigência. O processo deve ser visto dentro de seus limites reais,

como um dos instrumentos disponíveis do Estado para promover alterações político-institucionais. Outros mecanismos poderão e deverão ser acionados de forma a possibilitar à descentralização uma função coordenada e consequente (LOBO, 1990, p.8).

O Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE), coerente com o momento em que foi criado, no ano de 1975, era baseado no Ministério da Saúde e nas secretarias estaduais de saúde, excluindo os municípios que, naquela época, não exerciam o papel de gestores do sistema (BRASIL, 1975; BRASIL, 2011b). No entanto, a criação do SUS alterou, radicalmente, esse panorama porque não só passou a incluir o município como um dos gestores do sistema, num modelo tripartite, mas também o colocou como principal protagonista na execução das ações. Essa mudança provocou o desencadeamento de um novo arranjo para cada uma das esferas de direção do sistema, com um deslocamento progressivo das atividades de execução para os municípios e uma concentração maior na formulação e coordenação para o gestor federal (SILVA JUNIOR, 2004).

As Normas Operacionais Básicas (NOB) do SUS se apresentaram como um importante instrumento de regulamentação desse processo de descentralização no Brasil, à medida que estabelecem, de forma negociada, mecanismos e critérios para a transferência de responsabilidades e recursos para estados e municípios. A NOB 01/93 e a NOB 01/96 foram resultantes de processos intensos de negociação entre os atores setoriais, e a descentralização impulsionada por elas apresentou resultados positivos relacionados, dentre outros, ao aumento significativo de transferências diretas de recursos do nível federal para o estadual e municipal, ao fortalecimento da capacidade institucional de diversos estados e municípios na gestão da saúde e à expansão da rede de serviços municipais de saúde (SOUZA, 2001).

Apesar da clareza contida nos instrumentos legais, razões de natureza política, técnica e as resistências corporativas fizeram com que as ações de VE só fossem colocadas sob direção única de cada gestor com o início do processo de descentralização desencadeado a partir da publicação das Portarias/MS 1399 e 950

no ano de 1999 (BRASIL, 1999a; BRASIL, 1999b). Até aquele momento, em quase 100,0% dos estados, as ações de prevenção e controle das doenças transmitidas por vetores ainda eram executadas diretamente pelo Ministério da Saúde, por intermédio do Centro Nacional de Epidemiologia (Cenepi) e da Fundação Nacional de Saúde (Funasa), situação essa que negava na prática o princípio da direção única do SUS em cada esfera de governo (SILVA JUNIOR, 2004).

Posteriormente, no ano de 2003, a criação da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) no Ministério da Saúde representou, em vários aspectos, um enorme avanço para o desenvolvimento das ações de controle, prevenção e proteção à saúde da população brasileira. A colocação da SVS no mesmo patamar da Secretaria responsável pela área de assistência médica individual demonstrou, do ponto de vista formal, um primeiro passo no sentido de superação da dicotomia do modelo assistencial vigente. Esta Secretaria, como sucedânea do Cenepi/Funasa¹, o qual foi responsável por significativas e importantes mudanças no sistema de vigilância e controle de doenças e agravos, contribuiu com a descentralização das ações de vigilância uma vez que estimulou o fortalecimento da autonomia administrativa e financeira dos municípios (TEIXEIRA, 2003).

Com a criação da SVS se estabeleceu um processo de discussão na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) sobre a revisão da Portaria/MS 1399, o qual culminou com a pactuação da Portaria/MS 1172/04, que trouxe modificações como, por exemplo, a inclusão de questões referentes ao desenvolvimento das ações de Vigilância Sanitária. São mantidos, porém, nessa portaria os processos de certificação e os mecanismos de financiamento implantados pela Portaria 1399/99 (BRASIL, 2004; CONASS, 2011). No ano de 2006, os gestores do SUS assumiram o compromisso público da construção do Pacto pela Saúde, com base nos princípios constitucionais do SUS, com ênfase nas necessidades de saúde da população, implicando no exercício simultâneo da definição de prioridades articuladas e

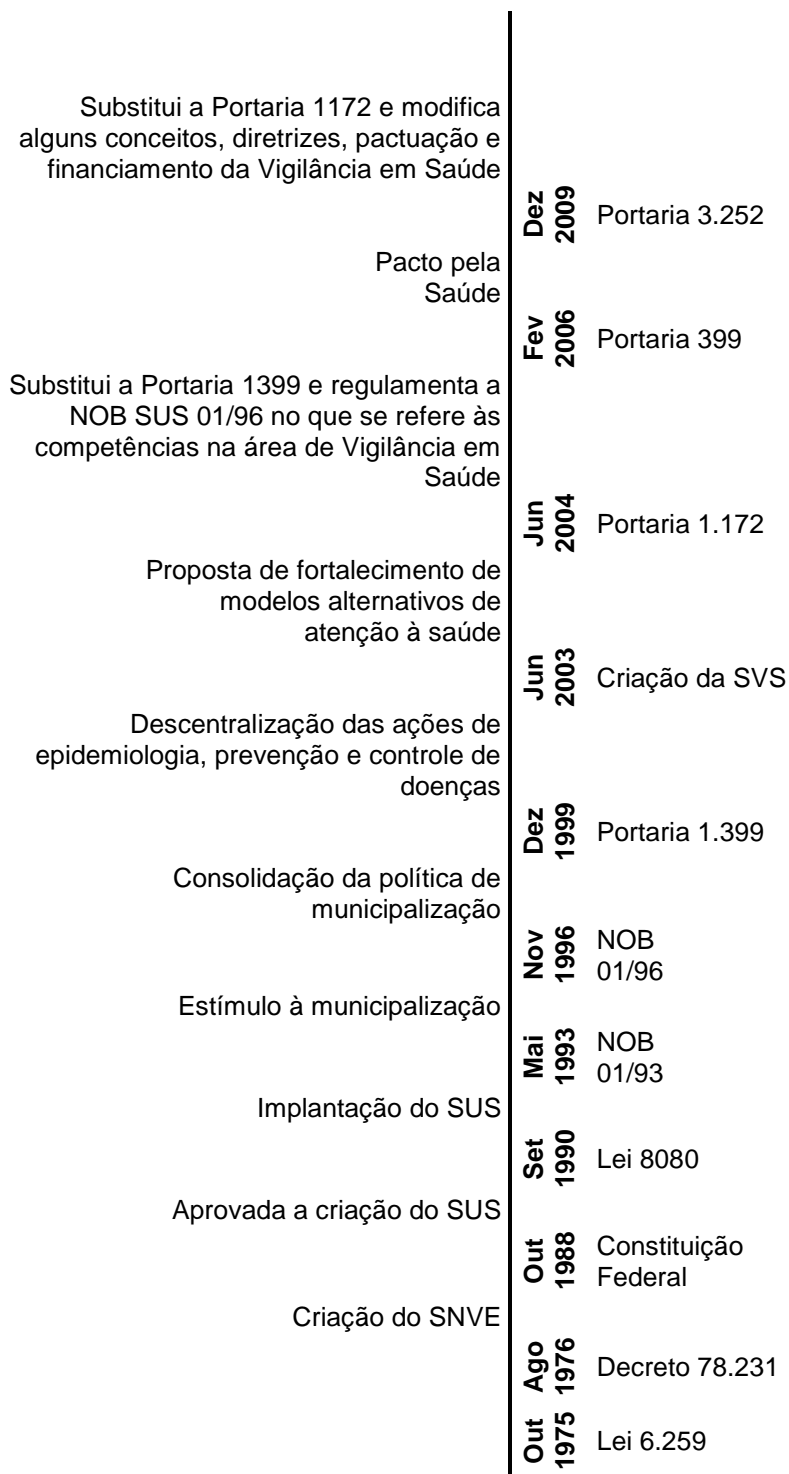
¹ A criação do Cenepi, em 1990, implementou a reorganização do sistema de vigilância e controle de doenças e agravos promovendo o uso da epidemiologia em todos os níveis do SUS e ampliou o escopo de atuação para a vigilância ambiental e, pela primeira vez, foram desenvolvidos esforços na direção de implementar uma política de vigilância das doenças e agravos não transmissíveis (TEIXEIRA, 2003).

integradas. O Pacto pela Saúde radicaliza então a descentralização de atribuições do Ministério da Saúde para estados e municípios, acompanhada da desburocratização dos processos normativos, e reforça a territorialização da saúde como base para organização dos sistemas (BRASIL, 2006).

Assim, no ano de 2009 ficou clara a necessidade de revisão da Portaria/MS 1.172/04, com vistas à criação de condições favoráveis ao fortalecimento da VS e da Promoção da Saúde, com base nas mudanças observadas no Pacto pela Saúde. Então a publicação da Portaria/MS 3.252/09 promoveu, dentre outros, a substituição do processo de certificação da gestão das ações de VS pela adesão ao Pacto; a integração da VS com a atenção primária; a regionalização solidária e cooperativa como eixo estruturante do processo de descentralização e como diretriz do SUS, devendo orientar, dentro do princípio da integralidade, a descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores; e por fim a cogestão no processo compartilhado e de articulação entre as três esferas de governo (BRASIL, 2009).

Em tempo, observa-se que os instrumentos normativos supramencionados foram publicados com o objetivo de aprimorar e potencializar o processo de descentralização do SNVS, permeando toda a sua evolução (Figura 1). Com isso, conclui-se que a descentralização da gestão e das ações de VS, destacando-se a VE, é condição imprescindível para que haja uma reorganização dos serviços de saúde, podendo revelar-se na melhoria da capacidade de resposta aos problemas de saúde na instância municipal do SUS onde a VE se constitui e atua diretamente. Trata-se, portanto do contexto a partir do qual emerge e se define uma situação epidêmica, e conseqüentemente, há uma maior oportunidade para que as ações de controle sejam desencadeadas com rapidez e agilidade. É importante enfatizar, no que concerne ao processo de descentralização, que uma concepção mais ampliada de Vigilância deverá fundamentar-se à luz da realidade local (ALBUQUERQUE *et al*, 2002).

Figura 1 – Representação dos atos normativos na evolução da Vigilância em Saúde no Brasil.



5 ARTIGO

**DESCENTRALIZAÇÃO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA
EPIDEMIOLÓGICA EM PERNAMBUCO**

Ana Coelho de Albuquerque*

Eduardo Mota**

Eronildo Felisberto***

***Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia – ISC/UFBA.**

****Professor Associado do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia – ISC/UFBA.**

*****Professor do Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* em Avaliação em Saúde do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP.**

DESCENTRALIZAÇÃO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA EM PERNAMBUCO

RESUMO

A descentralização das ações de Vigilância Epidemiológica (VE) se deu efetivamente a partir da edição das Portarias/MS 1399 e 950, de dezembro de 1999. No entanto, mesmo sabendo-se que esse processo atinge atualmente quase que a totalidade dos municípios brasileiros, o mesmo aconteceu de forma assimétrica e diversificada, razão porque seu estudo aguarda novas pesquisas. Assim, com o objetivo de estudar a relação entre o processo de descentralização da gestão do SUS e o desenvolvimento das ações de VE em municípios de Pernambuco, desenvolveu-se um estudo descritivo e exploratório qualitativo/quantitativo, cujas unidades de análises foram dez municípios-sede das Gerências Regionais de Saúde (Geres) do estado. Para o estudo qualitativo, foi realizada uma pesquisa de caráter documental e entrevistas semi-estruturadas com informantes-chaves. Já no estudo quantitativo, de desenho ecológico espacial e de série temporal, foi traçada uma série histórica de 10 anos (2001 a 2010) utilizando-se os seguintes indicadores: proporção de casos novos de tuberculose pulmonar bacilíferos encerrados pelo critério de cura, proporção de casos de meningites bacterianas encerradas por diagnóstico laboratorial específico, proporção de óbitos com causa básica definida e taxa de incidência de sífilis congênita. Para o cálculo desses indicadores foram utilizados dados secundários das seguintes fontes: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc) e Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), além dos dados referentes à população retirados das bases digitais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). A pesquisa documental, bem como as entrevistas com os gestores evidenciaram que o processo de descentralização em Pernambuco obteve adesão e evoluiu no período do estudo. No entanto, foi possível verificar a existência de desigualdades e fragilidades no seu desenvolvimento. A dificuldade na execução de algumas ações como, por exemplo, a investigação de óbitos, bem como análise e disseminação da informação foi mencionada pelos gestores, além da precariedade na estrutura física e ausência de recursos humanos capacitados. No que diz respeito aos indicadores epidemiológicos, observou-se que apenas a proporção de óbitos com causa básica definida apresentou crescimento em 100,0% dos municípios estudados. As oscilações observadas nos demais indicadores, apresentando momentos ora de crescimento, ora de diminuição, podem estar apontando para a existência de fragilidade no processo de descentralização da VE. Embora este estudo tenha apontado algumas fragilidades da descentralização das ações de VE para a gestão municipal, a complexidade do objeto estudado requer um acompanhamento contínuo desse processo. É importante destacar que o papel de executor das ações promove o empoderamento do nível municipal, pois o mesmo passa a produzir as informações necessárias à tomada de decisão.

Palavras-chave: Vigilância Epidemiológica; Descentralização; Municipalização da Saúde.

DECENTRALIZED ACTIONS OF EPIDEMIOLOGICAL SURVEILLANCE IN PERNAMBUCO

ABSTRACT

The decentralization of Epidemiologic Surveillance (ES) effectively took from the edition of Ordinances 1399 and 950, in December 1999. However, even knowing that this process currently reaches 100% of Brazilian municipalities, it has happened asymmetrically and diverse, which is why their study awaits further research. Thus, in order to study the process of decentralization of ES in Pernambuco state, and its relationship with the development of ES activities at the municipal level, it was developed a descriptive and qualitative /quantitative study. The units of the analysis were the 10 host cities of Regional Offices of Health in state. For the qualitative study, a survey of nature documentary and semi-structured interviews with key informants were conducted. For the quantitative study of ecological design and spatial time series, it was drawn a historical series of 10 years (2001 to 2010) using the following indicators: proportion of new cases of smear positive pulmonary tuberculosis closed by the criterion of healing, proportion cases of bacterial meningitis closed for specific laboratory diagnosis, proportion of deaths with defined underlying cause and incidence rate of congenital syphilis. In order to calculate these indicators it was used secondary data from the following sources: Death Information System, Birth Information System and Reportable Disease Information System, in addition to data on individuals removed of digital databases from the Brazilian Institute of Geography and Statistics. The desk research and interviews with managers revealed that the decentralization process in Pernambuco and obtained membership evolved between 2000 and 2011. However, it was possible to verify the existence of inequalities and weaknesses in their development. The difficulty in performing certain actions, e.g., investigating deaths, as well as analysis and dissemination of information was mentioned by managers, beyond precariousness in infrastructure and lack of trained human resources. Regarding the epidemiological indicators, we found that only the proportion of deaths with defined underlying cause grew up 100% in the cities studied. The oscillations observed in other indicators, sometimes presenting moments of growth, sometimes decrease, may be pointing to the existence of fragility in the process of decentralization of ES. Although this study has pointed out some weaknesses of the decentralization of ES for municipal management, the complexity of the studied object requires continuous monitoring of the process. Importantly, the role of executor of actions promotes the empowerment of municipal level, because it starts to produce the information necessary for decision.

Key words: Epidemiological Surveillance; Decentralization; Municipalization of Health.

INTRODUÇÃO

O princípio da descentralização da gestão do sistema, das ações e dos serviços de saúde se inscreve na Carta Constitucional como um dos elementos estruturantes do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1988). Desde a sua formalização (BRASIL, 1990), esse processo de descentralização se estabeleceu e avançou em todo o país na década de 1990. Já a descentralização das ações de Vigilância Epidemiológica (VE) se deu mais recentemente, a partir da edição das Portarias/MS 1399 e 950, de dezembro de 1999. Após um amplo debate entre os três níveis de gestão do SUS (municipal, estadual e federal), o Ministério da Saúde aprovou as normas e portarias que regulamentam o papel de cada gestor na prática das ações de epidemiologia, prevenção e controle de doenças. A definição das responsabilidades gestoras seguiu as diretrizes da descentralização, que torna as ações mais eficazes e deve garantir um maior acesso da população aos serviços públicos de saúde (BRASIL, 1999a; BRASIL, 1999b).

Sabe-se que embora o processo de descentralização da gestão da saúde atinja hoje quase 100,0% dos municípios brasileiros, o mesmo se desenvolveu de forma assimétrica e diversificada no que diz respeito à reorganização de práticas assistenciais, situação que na VE não deve ter sido diferente, razão porque o estudo desse processo e do seu impacto aguarda novas pesquisas. Devido às diferenças políticas regionais, alguns municípios avançam mais do que outros na implantação das ações descentralizadas, sendo os recursos escassos ou mal utilizados em muitos deles. Como consequência disso, ações incipientes e de baixo impacto na situação de saúde da população são operacionalizadas, pois a maioria dos municípios não está estruturada para assumir efetivamente a descentralização da vigilância. (SANTOS; MELO, 2008).

O uso efetivo e sistemático das informações da VE é uma ferramenta imprescindível tanto na gestão do sistema de saúde para a definição de prioridades e alocação de recursos, quanto para nortear as estratégias de intervenção dos serviços de saúde (BRASIL, 2005). Desde o início do processo de construção e implantação do SUS foi debatida uma proposta de vigilância devido à necessidade

de reorganizar e reorientar os serviços de saúde no país. (FRACOLLI *et al.* 2008). A integração entre as ações típicas de vigilância na execução dos programas de prevenção e controle de doenças vem suscitando intensos debates em determinados períodos da história sanitária recente do país, ao mesmo tempo em que produziu e legitimou práticas concretas nos sistemas de saúde (SILVA JUNIOR, 2004).

A incorporação da noção de risco e especialmente a busca de identificação dos fatores de risco envolvidos na determinação das doenças não só as infecto-contagiosas, mas principalmente as crônico-degenerativas, vêm provocando a modernização das estratégias de ação no campo da saúde pública (TEIXEIRA *et al.* 1998), tornando os objetos da atividade de vigilância mais amplos com a coexistência desses perfis epidemiológicos (SILVA JUNIOR, 2004). Assim, apreendendo-se a complexidade do desenvolvimento das ações de VE, sendo essas realizadas em níveis distintos do sistema de saúde, torna-se imprescindível saber se os municípios têm conseguido responder às demandas da descentralização (BEZERRA *et al.*, 2009). Nesse processo, destacam-se como principais dificuldades enfrentadas a falta de processos de gestão no que se refere à busca dos impactos produzidos pelos investimentos nas políticas e projetos (CARVALHO *et al.*, 2005), além do pouco conhecimento dos profissionais sobre métodos avaliativos e de monitoramento.

Nesse contexto, apresentam-se os resultados do estudo da descentralização das ações de VE no estado de Pernambuco, e a relação entre esse processo e o desenvolvimento das ações de VE em municípios pernambucanos, no período de 2001 a 2010.

MÉTODOS

Este é um estudo descritivo e exploratório qualitativo/quantitativo, que visou estudar a relação entre o processo de descentralização da gestão do SUS e as ações de VE em municípios de Pernambuco, no período de 2001 a 2010. A escolha desse período se deu levando-se em consideração que somente a partir do ano

2000 os municípios pernambucanos desencadearam o processo de descentralização das ações de VE.

O estado de Pernambuco está localizado na Região Nordeste e seu território é subdividido em 184 municípios e o distrito estadual de Fernando de Noronha, com uma extensão territorial de 98.311,62 km². Para a descentralização da gerência das ações de saúde, o estado é composto por 12 Gerências Regionais de Saúde (Geres) e também é dividido em cinco mesorregiões, regiões que possuem uma área geográfica com similaridades econômicas e sociais, sendo elas: Metropolitana do Recife, Mata, Agreste, Sertão e São Francisco. O estado possui uma população de 8.796.448 habitantes e uma densidade demográfica de 89,63 habitantes por km², sendo a I Regional de Saúde a mais populosa, com 45,5% da população de Pernambuco, seguida da IV Gerês com 13,8% (PERNAMBUCO, 2010; IBGE 2010).

A unidade de análise utilizada no estudo foi o município, numa amostra intencional na qual 10 foram selecionados por serem municípios-sede das Gerês do estado. Considerou-se que esses municípios possuem as características específicas de cada mesorregião do estado. A ausência do município-sede da XI e XII Gerês no estudo justifica-se pelo fato de as mesmas só terem sido criadas nos anos de 2006 e 2012, respectivamente.

Considerando os objetivos desse estudo e sua extensão, a metodologia está organizada em dois momentos: o primeiro, com enfoque qualitativo, e o segundo, com enfoque quantitativo. Para o estudo qualitativo, foi realizada uma pesquisa de caráter documental e, de forma complementar, realizou-se entrevistas semi-estruturadas com informantes-chaves com o objetivo de conhecer como se efetivou o processo de descentralização das ações de VE nos seus aspectos histórico-institucionais no estado, com foco nas desigualdades regionais do processo.

No estudo de cunho quantitativo, de desenho ecológico espacial e de série temporal, foi traçada uma série histórica de 10 anos (2001 a 2010) utilizando-se indicadores que foram extraídos do Painel de Monitoramento do Desempenho da Gestão da Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde do estado de Pernambuco (SEVS-PE) (PERNAMBUCO, 2012). A análise de uma série histórica tem como

objetivo descrever o seu comportamento e analisar quais os fatores o influenciou, buscando elaborar hipóteses de causa e efeito (LATORRE; CARDOSO, 2001). Assim, a abordagem quantitativa deste estudo tem como objetivo analisar a relação entre o processo de descentralização da VE e a evolução temporal desses indicadores nos municípios selecionados.

A escolha dos indicadores, a partir desse Painel de Monitoramento, considerou o fato de que nele estão representadas as atribuições/responsabilidades estratégicas da VE para Pernambuco. Sua elaboração teve como base a Agenda Estratégica da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS) e os indicadores que compõem o Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP) do estado (Anexo A) (PERNAMBUCO, 2012).

Na pesquisa documental e nas entrevistas com os informantes-chaves, foram contempladas as seguintes categorias de análise: período em que foi realizado o processo de descentralização das ações de VE; extensão da descentralização; evolução temporal e espacial da descentralização com relação à estruturação da VE (recursos humanos, físicos e materiais); fatores facilitadores e dificultadores da descentralização da VE; fatores positivos e negativos do processo de descentralização para o nível municipal; repasse de recursos financeiros para a VE; e integração com a Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Na pesquisa de caráter documental foram utilizados como fontes de dados resoluções da Comissão Intergestores Bipartite de Pernambuco (CIB-PE) e protocolos estaduais para certificação da descentralização das ações de VE. Com relação às entrevistas, os gestores foram selecionados intencionalmente de acordo com os objetivos do estudo. Gestores da VE ou VS municipal responderam a um questionário semi-estruturado e, quando possível, o Secretário Municipal de Saúde também o fez. (Apêndice B)

Assim, nos 10 municípios selecionados para o estudo foi possível a realização de entrevista; em 100,0% deles a mesma foi respondida pelo gestor de VS ou VE e em 30,0% também foi respondida pelo Secretário de Saúde, utilizando como critério de seleção aqueles gestores que participaram do processo de descentralização das

ações de epidemiologia e controle de doenças nos municípios correspondentes. Em 50,0% das Geres também foi possível entrevistar os gestores estaduais de VS ou VE, selecionando aqueles que vivenciaram o processo de descentralização.

A partir do material coletado (documentos e entrevistas) foi traçado o perfil do processo de descentralização no estado de Pernambuco, com ênfase na identificação de desigualdades regionais. A análise dos dados oriundos da pesquisa documental e das entrevistas foi baseada na técnica de análise de conteúdo que se apoia na codificação da informação em categorias, de forma a dar sentido ao material estudado. Essa análise de conteúdo foi composta de três fases: a pré-análise, que abrange a escolha do material, a formulação de hipóteses e objetivos e a elaboração de indicadores para a interpretação dos resultados; a análise do material, que consiste na codificação, categorização e quantificação da informação; e o tratamento dos resultados, que envolve procedimentos diversos (BARDIN, 1979).

Após a leitura exaustiva do material utilizado como fonte documental foram identificados fatos ou informações que se relacionaram com as ações para implementar a descentralização da VE, de acordo com as categorias analíticas já descritas. Nas entrevistas com informantes-chaves foi realizada análise do tipo temática que segundo Minayo (2010) consiste “em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou freqüência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado”. Os dados considerados relevantes, referentes às categorias analíticas, foram inseridos de forma ordenada e cronológica, em uma matriz de análise com o intuito de facilitar a compreensão, interpretação e análise do material.

Para o estudo exploratório de desenho ecológico foi realizada uma seleção de indicadores, a partir do Painel de Monitoramento da SEVS-PE, que representassem ações inerentes ao nível municipal e, portanto, fossem indicativos da responsabilização do município a partir da implantação das ações descentralizadas, como também tivessem disponibilidade de dados para seu cálculo em toda série história utilizada no estudo. Diante disso, foram selecionados os seguintes

indicadores: proporção de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífero encerrados pelo critério de cura, proporção de casos de meningites bacterianas encerradas por diagnóstico laboratorial específico², proporção de óbitos com causa básica definida e taxa de incidência de sífilis congênita. O indicador *taxa de incidência de sífilis congênita* substituiu o indicador *número de casos de sífilis congênita*.

Para o cálculo desses indicadores foram utilizados dados secundários, das seguintes fontes: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc) e Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). Os dados referentes à população dos municípios do estudo foram retirados das bases digitais disponibilizadas no *site* do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Para a tabulação desses dados foi elaborado um banco único em planilha Excel[®], com os dados brutos e com os indicadores de interesse.

Para descrever a evolução temporal dos indicadores selecionados foram utilizadas tabelas, nas quais se relacionou o tempo (em anos) com os municípios de acordo com o resultado de cada indicador. Além disso, foi verificada a variação percentual entre o ano inicial e final do período do estudo (2001-2010) de cada município, e a comparação desses com o estado. Com base nesses indicadores foi realizada uma análise da evolução temporal do processo de descentralização das ações de VE para o nível municipal em Pernambuco.

Seguindo as recomendações da Resolução 196/96 do Comitê de Ética do Conselho Nacional de Saúde, o presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia – CEP/ISC-UFBA, por meio do registro nº 031-12/CEP-ISC, estando de acordo com os princípios éticos para a pesquisa que envolve dados primários baseados em pesquisa documental e entrevistas, como também dados secundários.

² Critério laboratorial específico: cultura, contra-imuno-eletroforese, PCR ou látex.

RESULTADOS

A descentralização das ações de VE para o âmbito municipal em Pernambuco demonstra algumas singularidades de acordo com a análise documental realizada neste estudo, singularidades estas também observadas por meio das entrevistas que foram efetuadas com os gestores municipais e regionais, como também dos indicadores selecionados, sendo todos esses resultados descritos abaixo.

A descrição do processo de descentralização da VE em Pernambuco

Para pleitearem a certificação da gestão das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças (ECD), os municípios pernambucanos assim interessados apresentavam à SES um processo³ contendo uma série de documentações, tais como ofício do gestor municipal de saúde à CIB-PE solicitando a certificação do município; comprovação de estrutura mínima e equipe compatíveis com as competências atribuídas ao nível municipal pela Portaria Ministerial 1399/99 (BRASIL, 1999); cópia do organograma da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) enfatizando a estrutura organizacional responsável pela VE; formulário contendo as metas municipais programadas e pactuadas na Programação Pactuada Integrada (PPI) de ECD; comprovação de abertura de conta específica no Fundo Municipal de Saúde (FMS) para depósito dos recursos financeiros destinados ao custeio das suas ações e definição da contrapartida municipal destinada ao Teto Financeiro de ECD (TFECD).

Diante do interesse comunicado oficialmente pelo gestor municipal, a Diretoria de Epidemiologia e Vigilância Sanitária (DIEVS) da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES-PE) analisava o processo enviado e designava uma equipe para vistoria *in loco*, baseada num roteiro previamente elaborado, em parceria com a Fundação Nacional de Saúde (Funasa). Posteriormente, as duas instituições elaboravam um relatório conjunto a ser encaminhado à CIB-PE para deliberação do processo de certificação. Uma vez analisado e aprovado, o processo era devolvido à

³ Esse processo para obtenção da certificação da gestão das ações de ECD se constitui em verdadeira descentralização da gestão das ações de VE.

DIEVS e assim publicada a resolução. Concomitantemente, a CIB-PE encaminhava o termo de certificação e a resolução aprovando a certificação do município à Funasa, que por sua vez realizava as análises pertinentes e encaminhava o processo à CIT, que por fim elaborava e publicava a portaria de certificação.

Com a publicação da portaria de certificação do município, o repasse do TFECED era iniciado a partir do primeiro mês subsequente. Vale ressaltar que essa certificação poderia ser cancelada, com a conseqüente suspensão do repasse financeiro, caso fosse detectada alguma das irregularidades a seguir: não cumprimento das atividades e metas previstas na PPI-ECD; falta de comprovação da contrapartida correspondente; emprego irregular dos recursos financeiros; falta de comprovação da regularidade e oportunidade na alimentação dos sistemas de informação (SIM, Sinasc, Sinan e outros pactuados)⁴. Com efeito, em Pernambuco não há registro de municípios nos quais essa suspensão tivesse acontecido.

Em 2006, esse processo de certificação supracitado foi substituído pelo Pacto pela Saúde, e a partir de então a forma de descentralização das atribuições do Ministério da Saúde para os estados e municípios foi radicalizada, com a desburocratização dos processos normativos. Sua implantação passou a ocorrer por meio da adesão dos municípios, dos estados e da União ao Termo de Compromisso de Gestão (TCG), que substituiu os anteriores processos de habilitação e estabelece metas e compromissos para cada ente da federação (BRASIL, 2006).

Evolução temporal e espacial da descentralização da VE

Observa-se que o ano 2000 marca o início do processo de certificação dos sistemas municipais de VE em Pernambuco, encontrando-se todos eles habilitados com base na NOB 01/96 nesse ano. Nesse anos, do total de 184 municípios e o território de Fernando de Noronha, 92,0% estavam habilitados na gestão plena da atenção básica e 8,1% estavam habilitados na condição de gestão plena do sistema

⁴ Informações retiradas do Protocolo de Elaboração do Processo de Certificação para Municípios Pleiteantes à Gestão das Ações de ECD (2001), disponibilizado pela Assessoria de Gabinete da SEVS/SES-PE.

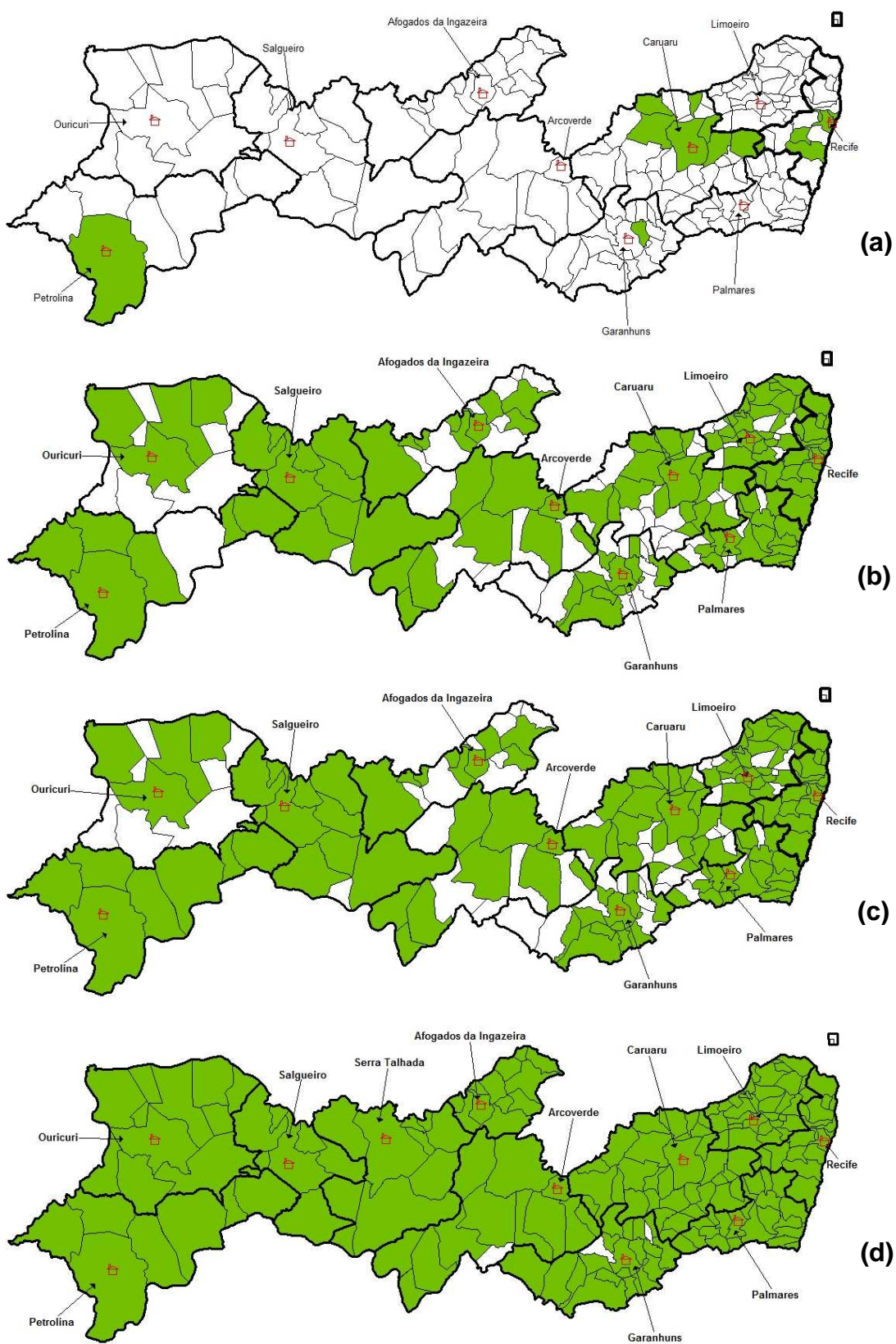
municipal de saúde (BRASIL, 1996). É possível perceber um progresso na adesão das SMS ao processo de certificação em todo território nacional, desde a publicação dos atos normativos, em dezembro de 1999, até o mês de dezembro de 2011. No que diz respeito aos municípios pernambucanos, vê-se que 15 (8,1%) deles certificaram-se ainda no ano 2000 e que em 2011 esse número atingiu 181 (97,8%) (Gráfico 1).

O Gráfico 1 demonstra a existência de três fases distintas na evolução temporal do processo de descentralização da gestão da VE em Pernambuco. O primeiro momento, está compreendido entre os anos de 2000 e 2003, quando observa-se um crescimento expressivo no número de municípios certificados (8,1% para 66,3%, um incremento de 818,5%); o segundo momento figura entre os anos de 2003 e 2006, no qual se nota uma fase silenciosa desse processo, quando apenas 3,8% dos municípios pernambucanos certificaram-se para exercer as ações de ECD; e por fim, após o ano de 2006 tem-se o terceiro e último momento, no qual as certificações voltam a acontecer de forma acentuada.

Com relação à evolução espacial, nota-se que, em Pernambuco, não ocorreu um padrão específico de disseminação da implantação da descentralização da VE, porém é possível perceber algumas características importantes desse processo. No primeiro ano das certificações, apenas três municípios-sede das Regionais de Saúde foram assim contemplados, acontecendo a descentralização em todos os municípios-sede nos anos subsequentes, entre 2001 e 2003. Em todas as Geres e mesorregiões, houve municípios certificados logo no primeiro triênio do período estudado, podendo ser observado por meio dos mapas b e c abaixo (Figura 2).

Destaca-se o caso da I Regional, onde ficam localizados os municípios da Região Metropolitana de Recife (RMR), na qual em todos os municípios houve a implantação da descentralização da VE e o caso da VII Regional (Sertão) onde apenas um município não foi certificado no período supracitado. Nota-se também por meio dos mapas abaixo que apenas três municípios pernambucanos ainda não estavam habilitados para exercer as ações de VE, sendo dois deles pertencentes à V Regional (Agreste) e um deles à VI Regional (Sertão) (Figura 2).

Figura 2 – Municípios certificados para as ações de Epidemiologia e Controle de Doenças. Pernambuco, 2000 (a), 2000 a 2003 (b), 2000 a 2006 (c) e 2000 a 2011 (d).



A percepção dos gestores com relação ao processo de descentralização da VE

Em 70,0% dos municípios visitados, os gestores apontaram a Portaria Ministerial 1399, publicada em 1999, como o marco do processo de descentralização das ações de vigilância e controle de doenças. Essa Portaria que regulamentou a NOB 01/96 no que diz respeito à sistemática do financiamento, segundo a maioria dos gestores entrevistados, favoreceu o interesse dos municípios pela certificação, uma vez que o recurso do TFECD passou a ser fundo a fundo, a partir dela. Assim sendo, nota-se, por meio dos relatos dos gestores, que o fator financeiro foi o principal impulsionador do processo de descentralização da VE em Pernambuco, de acordo com a fala abaixo do Gestor 9:

“Eu acredito assim, que foi um incentivo, uma sensibilização muito grande por parte do gestor, na época que sabia perfeitamente que com essa descentralização o município ia ter condições de receber mais recursos, estruturar. O recurso fez com que as pessoas tivessem mais interesse de participar, em descentralizar”.

Na maioria dos municípios também foi citado como fator que contribuiu para o processo de descentralização a vontade política do gestor municipal, observado no relato do Gestor 11:

“Eu acho que assim, o gestor teve [...] boa vontade de descentralizar, porque descentralizou, o recurso era pouco e mesmo assim conseguiu, conseguiu descentralizar [...] querer a descentralização. Porque era mais cômodo deixar que o outro executasse. Eu acho que esse é um ponto [...] que facilitou [...] a vontade política”.

Ainda com relação à vontade política do gestor municipal, vê-se na fala do Gestor 17:

“O secretário de saúde da época era muito acessível. Apesar da menina dos olhos dele ser o PSF e a implantação dos mesmos ser sua prioridade política, ele sempre deu respostas e sempre se mostrou disponível para vigilância”.

Em três municípios, as entrevistas com os gestores apontaram que a gestão municipal já era responsável pelas ações de epidemiologia e controle de doenças antes mesmo da certificação, e a mesma só oficializou o processo, como pode ser percebido no relato do Gestor 12:

“Eu acho que de certa forma, isso aí só formalizou mais a coisa, mas já vinha tentando ser feita com essa ótica de descentralização mesmo na epidemiologia”.

De acordo com o Gestor 16, a realização de um concurso público municipal na década de 1980 proporcionou uma significativa mudança na gestão da saúde no município, sendo feito já sob a ótica da municipalização. Os profissionais admitidos foram capacitados em VS, o que desencadeou um processo de aprimoramento de ações como notificação e investigação dos casos de doença de notificação compulsória. O município então passou a não somente notificar os casos, mas também investigá-los e, assim, utilizar as informações obtidas.

Com relação à evolução da descentralização da VE nos municípios, em 100,0% das entrevistas, observa-se o relato de que a mesma aconteceu, porém é possível destacar algumas desigualdades nesse processo. Em 30,0% deles, os gestores apontaram que a VE ainda é insatisfatória na execução de algumas ações como por exemplo investigação de óbitos e análise e disseminação das informações. Já no que diz respeito ao quadro de recursos humanos e à estrutura física, 90,0% dos gestores destacaram que houve uma evolução significativa nos municípios.

Para o Gestor 7, apesar de ser possível perceber a existência dessa evolução, alguns aspectos ainda inibem o crescimento da VE. O despreparo da equipe e o organograma engessado das SMS, que não acompanharam o processo de implantação da descentralização da VE trazendo consigo o aumento das atribuições do nível municipal, são exemplos deles.

Já em 20,0% dos municípios do estudo, foi apontado, como um aspecto que facilitou a evolução do processo de descentralização da VE, a presença de quadro efetivo de recursos humanos. Isto pode ser percebido por meio da fala do Gestor 17:

“O crescimento da equipe e sua capacitação foi evoluindo até os dias de hoje.[...] A gente já tinha uma equipe mínima que dava suporte pra trabalhar, que já fazia muita coisa. Ao contrário de outros municípios, a gente já tinha um quadro e as pessoas que eram sendo contratadas só era mais um apoio. [...] Hoje se observa uma equipe de bom número e ainda teve um concurso recentemente”.

Na entrevista com o Gestor 16, nota-se também esse relato, a importância de uma equipe técnica capacitada. O mesmo apontou que esse fato contribuiu para que a VE evoluísse, alcançando seu espaço junto ao secretário de saúde municipal, por meio de argumentações providas de embasamento técnico e teórico.

Cabe ressaltar, no entanto, que o processo de implantação da descentralização das ações de VE nos municípios era realizada à medida que os gestores municipais sinalizavam o interesse em certificar-se, por meio do processo supracitado, assumindo assim o compromisso de possuir uma estrutura mínima definida pelo instrumento de certificação. Porém, na fala da maioria dos gestores é possível observar que a realidade era outra, posto que faltavam profissionais qualificados, estrutura física, insumos (computadores, impressoras) e veículos na VE à época. Em 80,0% deles, até os dias de hoje, a falta de veículos configura um aspecto dificultador na execução das ações, como observa-se nas falas dos Gestores 7 e 8:

“A epidemiologia num tem carro não. Porque o carro que tem é do controle de endemias. [...] Endemias eu tô com dois. E juntando os dois não dá um”.

“Há falta de transporte. [...] Os carros tudo velho que não tem condições de se trabalhar. [...] Não tem carro! Na realidade a gente deu prioridade pra questão da endemia porque a dengue tá numa situação! E aí a gente teve que priorizar. Mas aí vem a necessidade deles, da epidemiologia de tá saindo. Porque epidemiologia num se faz dentro de uma sala não”.

O Gestor 4 também ratificou que muitos municípios não tinham infraestrutura e recursos humanos em número suficientes e com qualificação adequada para assumir a execução das ações. E um dos fatores apontados pelos gestores entrevistados que dificultou a implantação da descentralização da VE foi o desconhecimento, por parte dos gestores e técnicos, acerca da importância e do papel da VE como parte integrante do sistema de saúde municipal.

Devido a isso, o Gestor 2 relata que, no início do processo de descentralização, houve grande perda na qualidade da informação, pois os municípios não faziam a crítica adequada com relação às inconsistências e incompletudes existentes nas notificações. Os mesmos passaram a assumir a tarefa de notificar, digitar e investigar os casos, ações que antes eram executadas

no nível regional ou central da SES, mas devido à fragilidade e ao despreparo técnico de suas equipes os dados muitas vezes não tinham robustez.

Para o Gestor 10, a forma verticalizada com que o processo de certificação dos municípios foi instituído, do nível federal para o nível estadual e, principalmente para o municipal, contribuiu de forma direta com o fato supracitado. Esse relato foi ratificado pelo Gestor 17 que ainda destacou a questão das ações que eram pactuadas pelos municípios na PPI-ECD, ações essas que vinham do Ministério da Saúde como “um pacote pronto a ser cumprido”, sem que fossem observadas as particularidades de cada um.

No entanto, apesar da fala do Gestor 2 apontar essa perda inicial na qualidade das informações e das ações quando passaram a ser executadas pelos municípios, o mesmo relata que esse processo foi importante para que a gestão municipal pudesse evoluir na implantação da descentralização e assumir cada vez mais o papel de executor das ações dentro do sistema de vigilância. Assim, mesmo concordando com a incipiência de muitos municípios no momento da certificação, o Gestor 4 afirma que essa construção paulatina da VE municipal foi desafiadora e trouxe maturidade ao nível municipal.

No relato de 100,0% dos gestores entrevistados, a descentralização das ações da VE para o nível municipal trouxe como aspecto positivo a aproximação do nível executor das ações à população e aos seus problemas de saúde. Para o Gestor 6, essa aproximação resulta numa maior responsabilização por parte da gestão municipal, diferentemente de antes, quando o nível estadual cumpria com esse papel. Além disso, para o Gestor 17 o papel de executor das ações promove o empoderamento do nível municipal, pois o mesmo passa a produzir as informações necessárias à tomada de decisão. Sobre isso, o Gestor 10 refletiu que:

“Essa descentralização você tem mais acesso [...] tem o conhecimento da informação do município, da situação do município. Num sei como era antes, mas acho que o estado fazia isso. Hoje a gente dentro do município às vezes consegue encontrar falhas, imagine o estado todo conseguir ter perna pra fazer uma vigilância. Num tem como. [...] Passar pro município a responsabilidade dele, até pra ele ter conhecimento do que tem na mão, de como é que tá a situação do município e de forma mais rápida. [...] Hoje o que

é que a gente tá querendo fazer é justamente ter a informação o mais rápido possível pra você tomar decisões”.

Com relação ao financiamento do setor saúde, os gestores entrevistados apontaram que a criação do FMS facilitou o processo de implantação da descentralização, quando o gestor do recurso passou a ser o próprio secretário de saúde do município. No que diz respeito à criação do TFECD, destinado ao custeio das ações da VE, os gestores também destacaram a importância do mesmo no processo de implantação da descentralização. Mesmo naqueles municípios onde o movimento descentralizador na VE havia ocorrido antes mesmo da publicação da Portaria/MS 1399/99, os gestores entrevistados relataram que o repasse dos recursos por meio do TFECD contribuiu ainda mais com seu avanço.

Em 90,0% dos municípios do estudo a administração do FMS, bem como do Teto Financeiro de Vigilância em Saúde⁵ (TFVS) é feito atualmente pela SMS, sendo o secretário de saúde seu gestor. No entanto, é possível observar que essa realidade não é homogênea em todos os municípios. O Gestor 3 relatou que apesar de ser oficialmente o gestor do Fundo (e, conseqüentemente do TFVS), na prática esse recurso é administrado pelo setor financeiro ligado diretamente ao gabinete da prefeitura.

Por fim, 60,0% dos gestores entrevistados relataram a existência de uma boa integração entre a VE e a ESF nos seus respectivos municípios. Para o Gestor 17 essa integração é condição imprescindível à descentralização das ações da VE, uma vez que a ESF cumpre com o papel de executor das ações básicas de saúde no nível local, sendo a notificação e a investigação exemplos dessas ações. Esse Gestor destacou ainda, como uma experiência exitosa, o fato de a ESF ter sido implantada no seu município com base no perfil epidemiológico local, mostrando assim a importância da VE para a gestão municipal.

Em contrapartida, o Gestor 7 apontou a dificuldade de se obter essa integração, dando como exemplo a centralização dos programas de controle da hanseníase e da tuberculose, que é executado pela própria VE, no nível central da

⁵ Nova denominação dada ao Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças (TFECD)

SMS e na unidade de referência. No seu município, as unidades da ESF realizam apenas algumas ações de educação em saúde, como palestras, ficando a cargo da VE toda a parte de acompanhamento dos pacientes e dispensação de medicamentos.

A fala do Gestor 15 também corrobora a importância da integração entre a VE e a ESF. No entanto relata que a mesma não acontece de forma regular no seu município, sendo observada apenas em momentos de crise e epidemias, como por exemplo, no enfrentamento da epidemia de dengue.

A evolução de indicadores da VE no processo de descentralização

No que se refere ao indicador *proporção de casos novos de tuberculose pulmonar bacilíferos encerrados pelo critério de cura*, observa-se um crescimento em 60,0% dos municípios estudados, resultado este que vai de encontro ao visualizado no estado de Pernambuco, cuja variação percentual demonstrou uma diminuição desse indicador (-6,3%). Nota-se, no entanto, que esse crescimento não aconteceu de modo contínuo em todos os anos da série, oscilando entre momentos de aumento e diminuição. Pode-se destacar o município de Garanhuns, com aumento de 71,4%, sendo a maior variação percentual positiva dentre os municípios da pesquisa, e Caruaru, com apenas 2,3%, a menor variação positiva, e ainda os municípios de Ouricuri e Salgueiro, que obtiveram 94,4% e 92,3%, respectivamente, de casos encerrados por cura em 2010 (Tabela 1).

Com relação ao indicador *proporção de casos de meningites bacterianas encerradas por critério laboratorial específico*, não é possível analisar a evolução temporal do indicador por meio da variação percentual em 90,0% dos municípios selecionado, pois os mesmos não tiveram casos de meningite bacteriana em 2001 (oito municípios) ou apresentaram 0,0% dos casos encerrados por critério laboratorial específico (um município) neste mesmo ano. Levando-se em consideração apenas o município de Recife, observa-se um crescimento de 60,0% entre 2001 e 2010, resultado este que condiz com o de Pernambuco (aumento de 81,0%) (Tabela 2).

Quanto ao indicador *proporção de óbitos com causa básica definida*, nota-se que em 100,0% dos municípios pesquisados houve um aumento desse indicador, com ênfase para Ouricuri e Afogados da Ingazeira, com 92,0% e 75,8% de aumento, respectivamente. Em 60,0% dos municípios, a variação observada foi maior do que aquela obtida pelo estado (20,1%). É possível perceber ainda uma evolução paulatina desse indicador nos anos da série histórica estudada, com algumas exceções. Nota-se que, no ano de 2001, sete municípios da amostra tinham menos de 80,0% dos seus óbitos com a causa básica definida, e que desses, seis atingiram 90,0% ou mais ao final do período estudado (Tabela 3).

Para o indicador *taxa de incidência de sífilis congênita*, vê-se que em 40,0% dos municípios houve uma diminuição, destacando-se Limoeiro e Arcoverde, com variação percentual de -100,0% de 2001 para 2010. Esses quatro municípios acompanharam o comportamento do estado que também apresentou diminuição da taxa de incidência de sífilis congênita (-3,3%). Em 20,0% da amostra, o indicador se manteve 0 (zero) em praticamente todos os anos da série histórica estudada. Tanto nos municípios que apresentaram diminuição, quanto naqueles que apresentaram aumento, observa-se uma oscilação nos dados, com momentos de crescimento e de diminuição em quase todos os municípios, destacando-se Limoeiro e Petrolina, nos quais a maior taxa de incidência de sífilis congênita foi de 8,8/1000 NV em 2002 e 7,5/1000 NV em 2001, respectivamente e a menor taxa foi de 0,0/1000 NV em 2010 e 1,3/1000 NV em 2008/2009, respectivamente (Tabela 4).

DISCUSSÃO

A pesquisa documental, bem como as entrevistas com os gestores realizadas no presente estudo evidenciaram que o processo de certificação pelo qual os municípios pernambucanos foram submetidos, com o intuito de descentralizar a gestão das ações de VE, obteve adesão e evoluiu entre os anos de 2000 e 2011. Os achados também apontam para existência de três fases distintas na evolução temporal desse processo de descentralização em Pernambuco. O primeiro momento, de 2000 a 2003, quando o percentual de municípios certificados obteve um incremento de 818,5%, demonstrou um avanço acentuado do processo

justamente no seu período inicial, no qual houve um grande incentivo por parte da gestão estadual para que os municípios se certificassem. Pode-se sugerir também que, nesse período, certificaram-se aqueles municípios que já exerciam a gestão de grande parte das ações de VE ou que se encontravam mais bem preparados no que diz respeito aos parâmetros estabelecidos no protocolo de certificação.

Após essa fase, nota-se um intervalo, entre os anos de 2004 a 2006, quando se observa uma estagnação na evolução do processo de descentralização, que coincide com o período de mudança na gestão municipal. Mesmo que não se possa afirmar ser este o principal motivo dessa fase silenciosa nas certificações, sabe-se que esse momento de transição política pode exercer forte influência sobre a gestão do serviço público de saúde, principalmente com relação ao desempenho e à estruturação de um sistema complexo como o de VE. Por fim, a partir de 2006, é possível perceber que as certificações voltaram a acontecer de forma mais expressiva, alcançando 97,8% (em 2011) dos municípios do estado, período este em que o processo de certificação foi modificado com o Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006), passando a ocorrer por adesão da própria gestão municipal.

Adotando os períodos supracitados, observa-se que em Pernambuco não houve um padrão espacial de disseminação do processo de descentralização da VE para gestão municipal. Nota-se apenas que, no ano 2000, três municípios-sede de Geres foram certificados (Petrolina, Caruaru e Recife), os quais se encontravam habilitados na Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde. E ainda que, nos anos subsequentes, entre 2001 e 2003, os municípios de maior porte populacional e relevância econômica para o estado, ou seja, os demais municípios-sede e os municípios da RMR, também logo se certificaram. Um estudo que avaliou a VE e as características específicas da gestão municipal em Pernambuco concluiu que o porte populacional e a condição de gestão foram determinantes no grau de implantação da VE, uma vez que os municípios de grande porte e em Gestão Plena do Sistema de Saúde obtiveram melhor desempenho, ao passo que a característica geográfica não influenciou no resultado (CARVALHO *et al*, 2005).

Com efeito, é necessário discutir algumas questões relacionadas ao mecanismo de certificação da gestão das ações descentralizadas de VE adotado em Pernambuco. O instrumento utilizado para averiguação da capacidade instalada do município, composto de parâmetros do tipo número de veículos, de salas, de computadores e de técnicos de nível médio/superior realça a importância dada ao aspecto quantitativo em detrimento ao qualitativo no processo de descentralização da VE. Isto também pode ser percebido nas falas dos gestores entrevistados, as quais apontam uma deficiência na qualificação das equipes nas SMS, que não acompanharam a evolução temporal da descentralização em grande parte dos municípios selecionados.

Outro ponto a ser considerado é a forma verticalizada com que o processo de certificação dos municípios foi conduzido. Este aspecto foi apontado pelos gestores como dificultador da descentralização, com destaque à pactuação de ações e metas na PPI-ECD, as quais eram estabelecidas da União para os estados, e destes para os municípios. Nos relatos dos gestores, é citado que esse procedimento verticalizado contribuiu com a perda na qualidade da informação no início do processo, visto que não foram observadas as fragilidades e as particularidades do nível local.

Ressalta-se ainda que as vistorias realizadas com o propósito de avaliar *in locu* os parâmetros estabelecidos pelo protocolo de certificação foram realizadas por diversas equipes, o que pode ter ocasionado uma ausência de padronização no processo. Na fala dos gestores, nota-se que, apesar da obrigatoriedade da estrutura mínima definida pelo instrumento de certificação, faltavam profissionais, estrutura física, insumos (computadores, impressoras) e veículos na VE, realidade que persiste até os dias atuais em alguns deles. Esses relatos corroboram com os achados de Santos e colaboradores (2012), os quais apontam para precariedade da estrutura física e dos recursos humanos na VE de municípios da Bahia. Outros estudos destacam que falhas estruturais se relacionam diretamente com a problemática da descentralização das ações de VE para outros níveis do sistema, a saber o nível municipal, distrital e Unidade Básica de Saúde (UBS) (VILLA *et al*, 2002; PASSOS, 2003; BEZERRA *et al*, 2009).

A dificuldade na execução de algumas ações como, por exemplo, a investigação de óbitos, bem como análise e disseminação da informação mencionada por gestores de três municípios pernambucanos também foi relatada em estudo que avaliou o sistema de VS do Brasil, o qual concluiu que os níveis estadual e municipal desse sistema estão mais aptos para detectar, avaliar e notificar do que para investigar, intervir e comunicar (TEIXEIRA *et al*, 2012). Assim, ainda que o processo de descentralização propicie a aproximação do nível executor das ações à população e aos seus problemas de saúde, e que essa aproximação exija uma maior responsabilização por parte da gestão municipal, Carvalho e colaboradores (2005) indicam que o ato de assumir a execução das ações da VE tem demonstrado um caráter meramente descritivo, restrito à coleta de dados, e por vezes, à transmissão desses dados a outros níveis.

Como um dos mecanismos criados para fortalecer iniciativas locais que buscam aprimorar o desenho do modelo assistencial vigente, a ESF tem um papel articulador importante, no âmbito comunitário, dos preceitos de ação local com os princípios basilares do SUS (BOSSERT *et al*, 2000). A integração entre essa Estratégia e a VE no nível municipal é condição imprescindível para a construção da integralidade na atenção e para o alcance de resultados positivos (BRASIL, 2009; BARBOSA *et al*, 2010). Dessa forma, apesar de a maioria dos gestores entrevistados neste estudo referirem boa integração ESF-VE nos seus respectivos municípios, sabe-se que esta é uma das principais fragilidades que ainda persistem na consolidação do processo de descentralização das ações de VE (LEITE *et al*, 2003; CERQUEIRA *et al*, 2003; SANTOS; MELO, 2006; BEZERRA *et al*, 2009).

Com relação ao relato do Gestor 7, no que diz respeito a execução dos programas de tuberculose e hanseníase pela VS, no nível central da SMS, é importante destacar que um estudo realizado com municípios de uma microrregião mineira, o qual analisou o processo de descentralização das ações de controle da hanseníase para as unidades da ESF, também encontrou essa realidade em alguns dos municípios da pesquisa e concluiu que os mesmos se encontravam em diferentes estágios de descentralização, sendo essa determinada pela especificidade local e pelo engajamento dos gestores e dos profissionais de saúde.

O estudo concluiu ainda que a integração das ações de prevenção e controle da hanseníase na Atenção Primária à Saúde é a melhor estratégia para alcançar o controle da doença em áreas endêmicas, uma vez que esse processo está ancorado nos princípios da equidade e da acessibilidade (LANZA; LANA, 2011).

Por fim, objetivando analisar a evolução do processo de descentralização por meio do comportamento temporal de indicadores, observa-se que, dos quatro indicadores selecionados, apenas a proporção de óbitos com causa básica definida apresentou crescimento em 100,0% dos municípios do estudo. Este indicador tem fundamental importância como parâmetro para avaliação da qualidade da informação sobre mortalidade e a análise das séries históricas evidenciou melhoria no preenchimento da causa básica de morte nos municípios do estudo, bem como no estado. Outros estudos confirmam esta evidência (FRIAS *et al*, 2010; RODRIGUES *et al*, 2012), sendo importante destacar ainda que esse indicador tem forte relação com o acesso à assistência médica no momento da morte. Assim, nos municípios de grande porte populacional, onde se concentra a maior parte dos serviços de saúde, a proporção de óbitos com causa básica definida é maior (RODRIGUES *et al*, 2012), como é o caso dos municípios em questão.

Já o indicador proporção de casos novos de tuberculose pulmonar bacilíferos encerrados pelo critério de cura demonstra que houve uma evolução positiva na maioria dos municípios estudados, evolução essa que não foi acompanhada pelo estado de Pernambuco de um modo geral. Sabe-se que o controle da tuberculose está centrado principalmente na redução das fontes de infecção que só é obtida na medida em que os casos bacilíferos são detectados e curados, razão pela qual o acompanhamento deste indicador se torna importante. Dessa maneira, a variação positiva verificada pode estar indicando que parte desse objetivo vem sendo alcançada nesses municípios (BARBOSA, 2008).

As oscilações observadas nos indicadores proporção de casos novos de tuberculose pulmonar bacilíferos encerrados pelo critério de cura, proporção de casos de meningites bacterianas encerradas por diagnóstico laboratorial específico e taxa de incidência de sífilis congênita podem estar apontando para a existência de

fragilidade no processo de descentralização da VE, sugerindo-se que a rotatividade dos recursos humanos e a desarticulação do processo de trabalho da VE com outros níveis do sistema, como por exemplo, hospital de referência, laboratório ou atenção básica possam ter influência sobre esse resultado. Essa falta de linearidade na evolução de indicadores epidemiológicos também foi observada em um estudo que avaliou o impacto da descentralização das ações da VE para as unidades do PSF em um município baiano (BARBOSA, 2008).

Embora este estudo tenha apontado algumas fragilidades da gestão municipal, a complexidade do objeto estudado requer um monitoramento contínuo desse processo dentro do sistema de VE. Assim, mesmo que o processo de descentralização das ações de VE ainda seja incipiente em alguns municípios, sabe-se que o papel de executor das ações promove o empoderamento do nível municipal, quando o mesmo passa a produzir as informações necessárias à tomada de decisão. Diversos estudos evidenciam que a estratégia de descentralização das ações e dos recursos financeiros da União e dos estados para o âmbito municipal tem proporcionado experiências bem sucedidas, apontando para os efeitos positivos desse processo na VE (BARBOSA *et al*, 2010; TEIXEIRA *et al*, 2012).

REFERÊNCIAS

BARBOSA, M. C. L. **Avaliação do impacto da descentralização de ações de vigilância epidemiológica para as unidades de saúde da família sobre o desempenho de alguns indicadores**. Dissertação (Mestrado profissional em Saúde Coletiva). Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2008.

BARBOSA, M. C. L.; COSTA, M. C.; TEIXEIRA, M. G.; MOTA, E. L. A.; PEREIRA, S. M. Efeitos da descentralização das ações de vigilância epidemiológica para as equipes de Saúde da Família. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 19, n. 4, dez. 2010.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979.

BEZERRA, L. C. A.; FREESE, E.; FRIAS, P. G.; SAMICO, I.; ALMEIDA, C. K. A. A. vigilância epidemiológica no âmbito municipal: avaliação do grau de implantação das ações. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, Apr. 2009.

BOSSERT, T.; LARRANAGA O.; MEIR, F. R. Decentralization of health systems in Latin America. **Rev Panam Salud Publica**. 8(1-2): 84-92, 2000.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, de 05 de outubro de 1988: Seção II. Da Saúde. Art. 198 – I. Brasília, DF, 2003.

_____. Lei n. 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. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>>

_____. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde 01/96. Brasília, DF, 1996. (Publicada no Diário Oficial da União de 6/11/1996).

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>.

_____. 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. **Diário Oficial da União nº 240**, Brasília, DF, 1999. Seção 1. (a)

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 950, de 23 de dezembro de 1999. Defini 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 de cada um dos estratos previstos no art. 14 da Portaria MS nº 1.399/99. Brasília, DF, 1999. (b)

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n.245, 23 de dezembro de 2009. Seção 1.

CARVALHO, E. F.; CESSE, E. Â. P.; ALBUQUERQUE, M. I. N.; ALBUQUERQUE, L. C.; DUBEUX, L. S. Avaliação da Vigilância Epidemiológica em âmbito municipal. **Rev. bras. saúde matern. infant**; 5(supl.1): p. 53-62, dez. 2005.

CERQUEIRA, E. M.; ASSIS, M. M. A.; VILLA, T. C. S.; LEITE, J. A. Vigilância Epidemiológica no processo de municipalização do Sistema de Saúde em Feira de Santana-BA. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 12, n. 4, dez. 2003.

FRACOLLI, L. A. *et al.* Vigilância à Saúde: deve se constituir como política pública? **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.17. n.2. p. 184-192, 2008.

FRIAS, P. G.; PEREIRA, P. M. H.; ANDRADE, C. L. T.; LIRA, P. I. C.; SZWARCOWALD, C.L. Avaliação da adequação das informações de mortalidade e nascidos vivos no Estado de Pernambuco, Brasil. **Cad Saúde Pública**. 2010. 671-81p.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2010**. Brasília, 2010. Disponível em: < <http://www.ibge.gov.br/home/> >

LANZA, F. M.; LANA, F. C. F. Descentralização das ações de controle da hanseníase na microrregião de Almenara, Minas Gerais. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 1, Feb. 2011.

LATORRE, M. R. D. O.; CARDOSO, M. R. A. Análise de séries temporais em epidemiologia: uma introdução sobre os aspectos metodológicos. **Rev. bras. epidemiol.** São Paulo, v. 4, n. 3, Nov. 2001.

LEITE, J. A.; ASSIS, M. M. A.; CERQUEIRA, E. M. Vigilância epidemiológica no sistema local de saúde. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 56, n. 2, Apr. 2003.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12ª ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

PASSOS, I. M. R. **“Assistir” e “vigiar” as ações de vigilância epidemiológica nas unidades básicas de saúde**. Avanços e perspectivas. 2003. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

PERNAMBUCO. Secretaria de desenvolvimento social e direitos humanos. Sistema de informação e gestão da assistência social de Pernambuco. Pernambuco, 2010.

Disponível

em:

<<http://portalsocial.sedsdh.pe.gov.br/sigas/Arquivos/Tabela%20dos%20Munic%EDpios.pdf>>

_____. Secretaria de Saúde do estado de Pernambuco. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde. **Monitoramento do desempenho da gestão da Vigilância em Saúde**, 2012.

RODRIGUES, M.; BONFIM, C.; FRIAS, P. G.; BRAGA, C.; GURGEL, I. G. D.; MEDEIROS, Z. Diferenciais na adequação das informações de eventos vitais nos municípios de Pernambuco, 2006-2008. **Rev. bras. epidemiol.** São Paulo, v. 15, n. 2, Jun 2012.

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

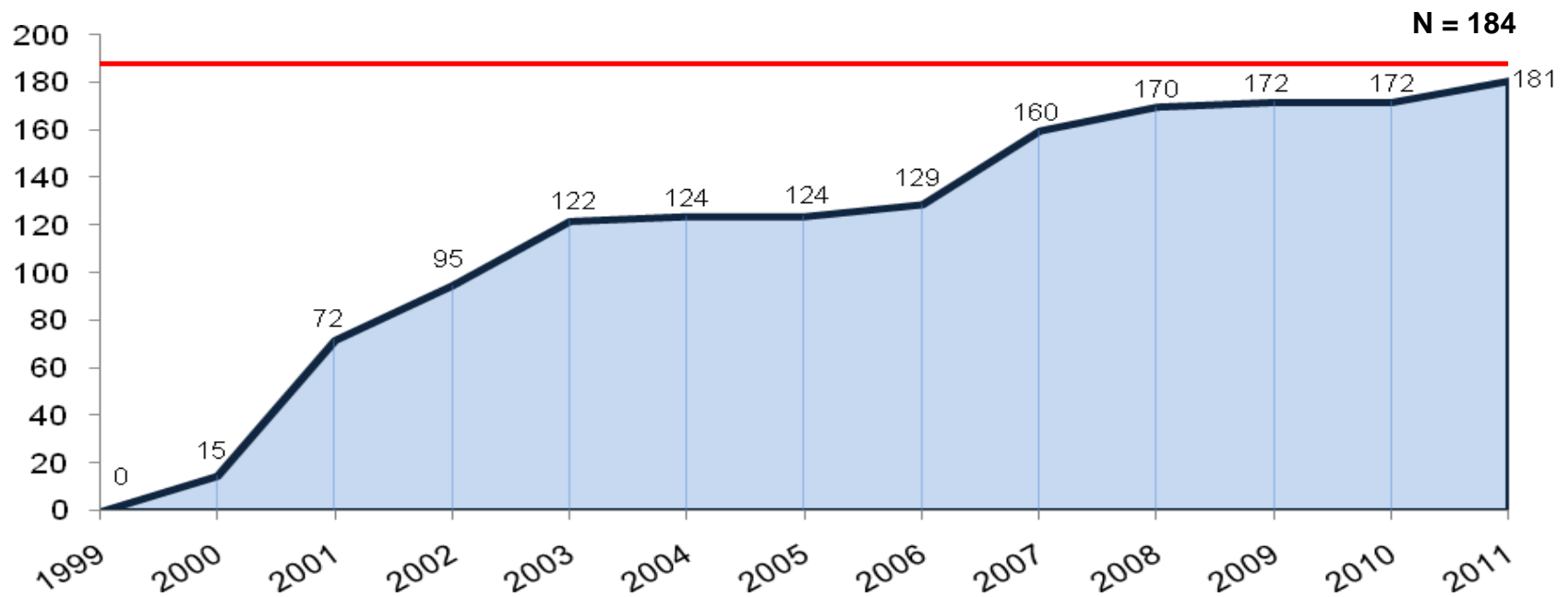
SANTOS, S. S. B. S.; MELO, C. M. M.; COSTA, H. O. G.; TANAKA, O. Y.; RAMOS, F. M.; SANTANA, M. C. C.; TRINDADE, B. G. Avaliação da capacidade de gestão descentralizada da vigilância epidemiológica no estado da Bahia. **Ciênc. Saúde Coletiva**, 17(4):873-882, 2012.

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

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBOAS, A. L. Sistema Único de Saúde, Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**. Brasília, v.7, n.2, p.08-25, 1998.

TEIXEIRA, M. G.; COSTA, M. C. N.; SOUZA, L. P. F.; NASCIMENTO, E. M. R.; BARRETO, M. L.; BARBOSA, N.; CARMO, E. H. Evaluation of Brazil's public health surveillance system within the context of the International Health Regulations (2005). **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v. 32, n. 1, jul. 2012.

VILLA, T. C. S.; PALHA, P. F.; MUNIZ, J. N.; CARDOZO-GONZALES, R. I.; PINTO NETO, J. M.; ASSIS, M. M. A. A vigilância epidemiológica e a perspectiva de trabalho no território: Secretaria Municipal de Saúde - Ribeirão Preto. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 1, Jan. 2002.



Fonte: Assessoria de Gabinete da SEVS/SES-PE

Gráfico 1 – Número acumulado de municípios certificados para ações de epidemiologia e controle de doenças, por ano de certificação. Pernambuco, 1999 a 2011.

Tabela 1 - Proporção de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífero encerrados pelo critério de cura e variação percentual, segundo município de residência. Pernambuco, 2001 a 2010.

Municípios	Ano										Variação (%) 2001-2010
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	
Recife	72,3	65,9	67,2	68,5	71,4	69,6	71,3	71,9	65,6	63,4	-12,3
Limoeiro	90,0	91,7	85,7	77,3	66,7	87,5	78,6	76,5	86,2	78,6	-12,7
Palmares	76,9	73,3	54,5	66,7	72,0	85,0	78,1	81,0	80,8	85,2	10,7
Caruaru	64,3	75,0	59,5	63,9	68,8	77,8	71,4	55,9	59,3	65,8	2,3
Garanhuns	50,0	75,0	75,0	75,0	76,9	92,0	50,0	85,7	66,7	85,7	71,4
Arcoverde	55,6	50,0	76,9	90,9	69,2	66,7	50,0	83,3	70,0	62,5	12,5
Salgueiro	81,8	77,8	66,7	90,0	76,9	63,2	78,6	70,0	100,0	92,3	12,8
Petrolina	81,3	64,7	72,7	89,7	82,1	83,3	73,3	63,0	53,3	59,3	-27,1
Ouricuri	66,7	50,0	60,0	91,7	88,9	90,9	91,7	91,7	100,0	94,4	41,7
Afogados da Ingazeira	80,0	33,3	100,0	100,0	0,0	100,0	100,0	83,3	75,0	66,7	-16,7
Total PE	72,5	71,2	69,8	73,3	72,4	73,3	74,2	72,1	70,6	67,9	-6,3

Fonte: Sinan/SEVS/SES-PE

Tabela 2 - Proporção de casos de meningites bacterianas encerradas por critério laboratorial específico (cultura, contra-imuno-eletroforese, PCR ou látex) e variação percentual, segundo município de residência. Pernambuco, 2001 a 2010.

Municípios	ANO										Variação (%) 2001-2010
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	
Recife	12,5	23,3	25,3	25,6	24,5	24,7	19,9	20,2	27,3	20,0	60,0
Limoeiro	-	0,0	25,0	0,0	66,7	0,0	50,0	57,1	0,0	-	-
Palmares	-	16,7	0,0	40,0	40,0	14,3	100,0	100,0	-	-	-
Caruaru	0,0	19,4	26,7	27,3	26,1	33,3	33,3	37,5	31,3	33,3	-
Garanhuns	-	16,7	55,6	50,0	33,3	0,0	50,0	0,0	50,0	-	-
Arcoverde	-	0,0	16,7	33,3	20,0	0,0	40,0	0,0	0,0	100,0	-
Salgueiro	-	-	0,0	0,0	0,0	0,0	-	100,0	-	0,0	-
Petrolina	-	0,0	50,0	0,0	0,0	33,3	-	100,0	-	100,0	-
Ouricuri	-	-	-	-	0,0	-	-	-	-	33,3	-
Afogados da Ingazeira	-	0,0	0,0	0,0	-	-	0,0	0,0	-	-	-
Total PE	18,8	23,9	29,6	22,0	30,7	25,3	39,4	37,8	36,8	33,9	81,0

Fonte: Sinan/SEVS/SES-PE

Tabela 3 - Proporção de óbitos com causa básica definida e variação percentual, segundo município de residência. Pernambuco, 2001 a 2010.

Municípios	ANO										Variação (%) 2001-2010
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	
Recife	99,1	98,8	99,1	99,1	98,9	99,3	99,5	99,5	99,4	99,3	0,2
Limoeiro	75,2	76,2	81,2	84,3	95,1	97,0	95,2	94,8	94,6	95,7	27,2
Palmares	84,5	82,7	82,4	85,3	93,4	97,8	98,0	98,2	97,6	98,0	15,9
Caruaru	78,1	78,6	80,0	85,3	89,2	90,1	92,6	92,6	91,2	90,9	16,3
Garanhuns	56,4	62,6	64,7	71,0	69,6	77,1	95,5	88,5	87,2	90,0	59,7
Arcoverde	76,2	78,2	70,3	72,3	81,0	91,4	92,6	88,2	91,9	95,4	25,2
Salgueiro	90,8	88,8	87,1	85,6	87,1	91,1	91,6	96,1	96,8	94,6	4,2
Petrolina	68,2	74,7	75,1	74,9	95,6	96,0	96,8	93,4	86,6	87,1	27,7
Ouricuri	50,0	56,4	60,2	64,3	70,1	76,7	98,7	98,2	96,9	96,0	92,0
Afogados da Ingazeira	54,1	57,6	65,2	74,2	83,4	95,4	94,8	97,8	97,1	95,1	75,8
Total PE	78,8	81,0	82,3	84,2	90,0	94,1	94,9	94,8	94,6	94,7	20,1

Fonte: SIM/SEVS/SES-PE

Tabela 4 - Taxa de incidência de sífilis congênita (por 1000 nascidos vivos) e variação percentual, segundo município de residência. Pernambuco, 2001 a 2010.

Municípios	Ano										Varição (%)
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2001-2010
Recife	8,2	6,3	7,6	8,7	11,4	11,7	10,9	9,0	8,9	9,9	21,6
Limoeiro	6,7	8,8	2,0	6,3	1,1	1,1	3,6	1,1	2,4	0,0	-100,0
Palmares	2,1	0,0	0,8	0,8	0,0	2,5	1,7	2,5	2,7	3,4	62,6
Caruaru	5,6	3,7	6,0	5,3	5,3	7,0	4,0	2,7	1,7	1,9	-65,3
Garanhuns	0,0	0,0	0,4	0,0	0,4	3,4	0,0	0,4	0,8	0,4	-
Arcoverde	2,7	2,1	3,6	0,8	3,3	2,3	2,6	0,0	0,8	0,0	-100,0
Salgueiro	0,8	0,0	0,0	1,8	0,9	1,9	1,0	2,0	3,6	1,9	122,1
Petrolina	7,5	4,2	5,5	7,3	5,1	2,4	2,2	1,3	1,3	1,7	-77,5
Ouricuri	0,0	0,0	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Afogados da Ingazeira	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Total PE	6,0	4,6	5,6	6,3	7,5	7,5	6,7	5,2	5,2	5,8	-3,3

Fonte: Sinan-Sinasc/SEVS/SES-PE

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A estruturação de sistemas locais de VE tem como objetivo primordial a aproximação do nível executor das ações de prevenção e controle aos problemas de saúde da população, tornando-as oportunas e efetivas. Assim, torna-se cada vez mais necessário a intensificação de estudos que acompanhem o desenvolvimento do processo de descentralização da VE para o nível municipal, entendendo-se que este é o caminho para viabilizar a mudança do modelo de atenção, priorizando as ações de prevenção e promoção da saúde individual e coletiva.

Em Pernambuco esse processo obteve adesão e evoluiu entre os anos de 2000 e 2011, como pode ser apreendido do alto percentual de certificações dos municípios no período. No entanto, o conjunto dos depoimentos dos gestores municipais entrevistados no estudo revelou uma acentuada fragilidade na execução das ações descentralizadas da VE no âmbito municipal. A ausência de equipe técnica capacitada pode dificultar sobremaneira o pleno desenvolvimento de ações como a análise e a disseminação das informações, e a investigação de óbitos que também se ressentem da falta de veículos.

Ao analisar a evolução do processo de descentralização por meio do comportamento temporal dos indicadores, observou-se que apenas a proporção de óbitos com causa básica definida demonstrou crescimento em 100,0% dos municípios estudados e que o indicador proporção de casos novos de tuberculose pulmonar bacilíferos encerrados pelo critério de cura apresentou uma evolução positiva na maioria desses municípios. As oscilações observadas, configurando momentos de crescimento e de diminuição nas séries temporais dos indicadores, também podem estar apontando para a existência de fragilidade no processo de descentralização da VE.

Vale ressaltar que alguns entraves foram encontrados durante o desenvolvimento do presente estudo. Devido ao processo eleitoral no nível municipal, por vezes houve dificuldade no acesso a documentos e relatórios, como também alguns gestores se apresentaram de forma cautelosa no que diz respeito à divulgação de informações consideradas comprometedoras pelos mesmos. Ainda

nesse sentido, alguns indicadores demonstrativos da responsabilização municipal a partir da descentralização da VE não foram utilizados devido à ausência de informações na série histórica completa, como por exemplo, o percentual de execução dos recursos do Piso Fixo e do Piso Variável de Vigilância e Promoção da Saúde, a proporção de óbitos investigados, as coberturas dos sistemas de informação e a proporção de doenças de notificação compulsória encerradas oportunamente.

Contudo, apesar das limitações supramencionadas, o presente trabalho de dissertação alcançou o seu objetivo de estudar a relação entre o processo de descentralização da gestão do SUS e a operacionalização das ações de VE em municípios de Pernambuco, apontando para a necessidade do estabelecimento de um projeto político que assuma efetivamente a descentralização da VE como uma estratégia para reorganização da atenção a saúde no nível municipal (SANTOS; MELO, 2008). A adequação do perfil dos recursos humanos e do papel do nível estadual e regional torna-se condição indispensável para a descentralização do sistema. Esses profissionais precisam ser capacitados para a realização de supervisão e o acompanhamento dos municípios, propiciando-lhes autonomia na consolidação das informações, análise epidemiológica e elaboração de propostas voltadas à sua realidade (SCHOUT, 1994). Finalmente, o processo de descentralização parece ser politicamente irreversível, mas pode e deve ser tecnicamente viável, a depender de aprimoramentos administrativos em sua estrutura e de real vontade política dos governantes (VILLELA *et al*, 2007).

7 REFERÊNCIAS

AFFONSO, R. B. A. Descentralização e reforma do Estado: a Federação brasileira na encruzilhada. **Rev. Economia e Sociedade**, n. 14, 2000.

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

ALMEIDA FILHO, N.; BARRETO, M. L. Epidemiologia & Saúde: fundamentos, métodos e aplicações. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. 700p.

BARBOSA, M. C. L.; COSTA, M. C.; TEIXEIRA, M. G.; MOTA, E. L. A.; PEREIRA, S. M. Efeitos da descentralização das ações de vigilância epidemiológica para as equipes de Saúde da Família. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 19, n. 4, dez. 2010.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979.

BALISTA, S. R. R.; SANTIAGO, S. M.; CORREA FILHO, H. R.. A descentralização da vigilância da saúde do trabalhador no Município de Campinas, São Paulo, Brasil: uma avaliação do processo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, Apr. 2011.

BEZERRA, L. C. A.; FREESE, E.; FRIAS, P. G; SAMICO, I.; ALMEIDA, C. K. A. A. vigilância epidemiológica no âmbito municipal: avaliação do grau de implantação das ações. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, Apr. 2009.

BOSSERT, T.; LARRANAGA O.; MEIR, F. R. Decentralization of health systems in Latin America. **Rev Panam Salud Publica**. 8(1-2): 84-92, 2000.

BRASIL. Lei n. 6.259, de 30 de outubro de 1975. Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.ce aids.com.br/lei_6259.pdf>

_____. Conferência Nacional de Saúde – Relatório Final. 1986.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**, de 05 de outubro de 1988: Seção II. Da Saúde. Art. 198 – I. Brasília, DF, 2003.

_____. Lei n. 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. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>>

_____. Ministério da Saúde. Portaria NR nº 545, de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica –

SUS 01/93. **Diário Oficial da União nº 96**, Brasília, 24 de maio de 1993. Seção 1, p. 6961-6965.

_____. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde 01/96. Brasília, DF, 1996. (Publicada no Diário Oficial da União de 6/11/1996)

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1399, 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. **Diário Oficial da União nº 240**, Brasília, DF, 16 de dezembro de 1999. Seção 1.

_____. Decreto nº 4.726, de 09 de junho de 2003. Cria a nova estrutura do Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/legbras/>>

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2004**. Brasília, DF, 2004. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saude_brasil_2004.pdf>. (a)

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM 1.172/04, 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. Diário Oficial da República Federativa do Brasil [DOU] 2004 jun 17; Seção 1: 58-9. (b)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. 6ª edição. Brasília, DF, 2005. 816p.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 91, de 10 de janeiro de 2007. Regulamenta a unificação do processo de pactuação de indicadores e estabelece os indicadores do Pacto pela Saúde, a serem pactuados por municípios, estados e Distrito Federal. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/portaria91_10_01_07.pdf>.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Brasília: CONASS, 2011. 291 p. 1ª edição, volume 1.(Coleção Para Entender a Gestão do SUS) (a)

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Vigilância em Saúde**. Brasília: CONASS, 2011. 320 p., volume 1.(Coleção Para Entender a Gestão do SUS) (b)

CAMPOS, G. W. S. Efeitos Paradoxais da Descentralização no Sistema Único de Saúde do Brasil. In: **Democracia, Descentralização e Desenvolvimento: Brasil & Espanha**. Org: Sonia Fleury – editora FGV; 2006.

CARVALHO, M. S.; MARZOCCHI, K. B. F. Avaliação da prática de vigilância epidemiológica nos serviços públicos de saúde no Brasil. **Rev Saúde Pública**; 26: p. 34-57, 1992.

CARVALHO, E. F.(coordenador). **Análise do perfil das doenças crônicas não-transmissíveis em mesorregiões e municípios de Pernambuco**: subsídios para uma proposta de vigilância epidemiológica: relatório final. Recife: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães; 2004.

CARVALHO, E. F.; CESSE, E. Â. P.; ALBUQUERQUE, M. I. N.; ALBUQUERQUE, L. C.; DUBEUX, L. S. Avaliação da Vigilância Epidemiológica em âmbito municipal. **Rev. bras. saúde matern. infant**; 5(supl.1): p. 53-62, dez. 2005.

CERQUEIRA, E. M.; ASSIS, M. M. A.; VILLA, T. C. S.; LEITE, J. A. Vigilância Epidemiológica no processo de municipalização do Sistema de Saúde em Feira de Santana-BA. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 12, n. 4, dez. 2003.

CHAVES, S. C. L.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Atenção à saúde bucal e a descentralização da saúde no Brasil: estudo de dois casos exemplares no Estado da Bahia. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 5, May 2007.

CHEBLI, I. C. F.; PAIVA, M. G.; STEPHAN-SOUZA, A. I. A Regionalização: desdobramento da descentralização? **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 13, suplemento 1, p. 84-94, 2010.

COSTA, N. R.; PINTO, L. F. Avaliação de programa de atenção à saúde: incentivo à oferta de atenção ambulatorial e a experiência da descentralização no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, 2002.

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.

DRAIBE, S. M. **A reforma dos programas sociais brasileiros: panorama e trajetórias**. XXIV Encontro Anual da ANPOCS – GT 12: Política e Economia, 2000.

SCOREL, S.; NASCIMENTO, D. R.; EDLER, F. C. As Origens da Reforma Sanitária e do SUS. In: LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C.; SUÁREZ, J. M. (Orgs.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. 504 p.

FRACOLLI, L. A. *et al.* Vigilância à Saúde: deve se constituir como política pública? **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.17. n.2. p. 184-192, 2008.

FRIAS, P. G.; PEREIRA, P. M. H.; ANDRADE, C. L. T.; LIRA, P. I. C.; SZWARCOWALD, C.L. Avaliação da adequação das informações de mortalidade e nascidos vivos no Estado de Pernambuco, Brasil. **Cad Saúde Pública**. 2010;26: 671- 81.

GERCHMAN, S.; VIANA, A. L. A. Descentralização e Desigualdades Regionais em Tempos de Hegemonia Liberal. In: LIMA, N. T.; GERCHMAN, S.; EDLER, F. C.; SUÁREZ, J. M. (Orgs.). **Saúde e Democracia: história e perspectiva do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. 504 p.

GOLDBAUM, M. Epidemiologia e serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, 1996; 12 Suppl 2:95-8.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2010**. Brasília, 2010. Disponível em: < <http://www.ibge.gov.br/home/> >

LANZA, F. M.; LANA, F. C. F. Descentralização das ações de controle da hanseníase na microrregião de Almenara, Minas Gerais. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 1, Feb. 2011.

LATORRE, M. R. D. O.; CARDOSO, M. R. A. Análise de séries temporais em epidemiologia: uma introdução sobre os aspectos metodológicos. **Rev. bras. epidemiol.** São Paulo, v. 4, n. 3, Nov. 2001.

LEITE, J. A.; ASSIS, M. M. A.; CERQUEIRA, E. M. Vigilância epidemiológica no sistema local de saúde. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 56, n. 2, Apr. 2003.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciênc. saúde coletiva**, São Paulo, v. 6, n. 2, 2001.

LOBO, T. Descentralização: conceitos, Princípios, Prática Governamental. **Cad. Pesq.**, São Paulo (74): 5-10, agosto 1990.

LUCHESE, P. T. R. Descentralização do financiamento e gestão da assistência à saúde no Brasil: a implementação do Sistema Único de Saúde – retrospectiva 1990/1995. **Planejamento e Políticas Públicas/IPEA**, 14: 75-156.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2009.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12ª ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

PAIM, J. S. A Reforma Sanitária e a municipalização. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 1, n. 2, 1992.

PAIM, J. S.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, London, p. 11-31, maio 2011.

PASSOS, I. M. R. “Assistir” e “vigiar” as ações de vigilância epidemiológica nas unidades básica de saúde. Avanços e perspectivas. 2003. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco. **Plano Diretor de Regionalização (PDR)**. Pernambuco, 2006. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pdr_completo_pe.pdf>.

_____. Secretaria de desenvolvimento social e direitos humanos. Sistema de informação e gestão da assistência social de Pernambuco. Pernambuco, 2010. Disponível em: <<http://portalsocial.sedsdh.pe.gov.br/sigas/Arquivos/Tabela%20dos%20Munic%EDpi os.pdf>>

_____. Secretaria de Saúde do estado de Pernambuco. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde. **Monitoramento do desempenho da gestão da Vigilância em Saúde**, 2012.

PNUD – Programa das Nações Unidas para o desenvolvimento. **Relatório de desenvolvimento humano: racismo, pobreza e violência**. Brasília: PNUD, 2005. 153p.

RIZZOTO, M. L. F. **O Banco Mundial e as Políticas de Saúde no Brasil nos Anos 90: um projeto de desmonte do SUS**. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2000.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & Saúde**. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. 728 p.

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

SANTOS, S. S. B. S. **Avaliação da Capacidade de Gestão Descentralizada da Vigilância Epidemiológica no Estado da Bahia**. 2010. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010.

SANTOS, S. S. B. S.; MELO, C. M. M.; COSTA, H. O. G.; TANAKA, O. Y.; RAMOS, F. M.; SANTANA, M. C. C.; TRINDADE, B. G. Avaliação da capacidade de gestão descentralizada da vigilância epidemiológica no estado da Bahia. **Ciênc. Saúde Coletiva**, 17(4):873-882, 2012.

SCATENA, J. H. G. **Avaliação da Descentralização da Assistência à Saúde no Estado de Mato Grosso**. 2000. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Departamento de Saúde Materno-Infantil, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

SCHOUT, D. Municipalização da Vigilância Epidemiológica: uma proposta em construção. **Saúde e Sociedade**, 3(1): 11-28, 1994.

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

SILVA, S. F. **Municipalização da saúde e poder local**. São Paulo: Hucitec. 2001.

SILVA, M. V. C. P.; MENDES, E. V. **Pacto de gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2004.

SOUZA, R. R. A regionalização no contexto atual das políticas de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, São Paulo, v. 6, n. 2, 2001.

TEIXEIRA, S. M. F. Descentralização dos serviços de saúde: dimensões analíticas. **Rev. adm. pública**, 24(2):78-99, fev-abr. 1990.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBOAS, A. L. Sistema Único de Saúde, Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**. Brasília, v.7, n.2, p.08-25, 1998.

TEIXEIRA, C. F. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.18 (Suplemento), p.153-162, 2002.

TEIXEIRA, M. G. Editorial especial: Secretaria de Vigilância em Saúde: novas perspectivas para o SUS. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 6, n. 3, Set. 2003.

TEIXEIRA, C. F.; SOLLA, J. P. Modelo de atenção à Saúde no SUS: trajetória do debate conceitual, situação atual, desafios e perspectivas. In: LIMA, N. T.; GERCHMAN, S.; EDLER, F. C.; SUÁREZ, J. M. (Orgs.). **Saúde e Democracia: história e perspectiva do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. 504 p.

TEIXEIRA, M. G.; COSTA, M. C. N.; SOUZA, L. P. F.; NASCIMENTO, E. M. R.; BARRETO, M. L.; BARBOSA, N.; CARMO, E. H. Evaluation of Brazil's public health surveillance system within the context of the International Health Regulations (2005). **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v. 32, n. 1, jul. 2012.

VIANA, A. L. A.; MACHADO, C. V. Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, 2009.

VILLA, T. C. S.; PALHA, P. F.; MUNIZ, J. N.; CARDOZO-GONZALES, R. I.; PINTO NETO, J. M.; ASSIS, M. M. A. A vigilância epidemiológica e a perspectiva de trabalho no território: Secretaria Municipal de Saúde - Ribeirão Preto. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 1, Jan. 2002.

VILLELA, M. M.; SOUZA, J. M. B.; MELO, V. P.; DIAS, J. C. P. Vigilância epidemiológica da doença de Chagas em programa descentralizado: avaliação de conhecimentos e práticas de agentes municipais em região endêmica de Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, Out. 2007.

ANEXOS

ANEXO A - Painel de Monitoramento do Desempenho da Gestão da Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde de Pernambuco

COMPONENTE	SUB-COMPONENTE	INDICADOR
Gestão financeira	Execução financeira	% de execução dos recursos do Piso Fixo de Vigilância e Promoção da Saúde + Piso Variável de Vigilância e Promoção da Saúde
Fortalecimento da capacidade institucional	Gestão de pessoas	% de gerentes e coordenadores da Vigilância em Saúde com especialização em sua área de atuação
Informação e comunicação	Coleta	% de casos detectados de hanseníase em relação aos esperados
		Cobertura do SIM
		Cobertura do SINASC
	Processamento	% de investigação de óbitos maternos em tempo oportuno
		% de investigação de óbitos infantis em tempo oportuno
	Análise	% de encerramento oportuno das doenças de notificação compulsória listadas no anexo III
		% de óbitos com causa definida
	Disseminação	Nº de Boletins (ou similar) produzidos
		% de Reuniões do Conselho Municipal de Saúde com discussão de temas referentes à Vigilância em Saúde
	Situação de saúde	Doenças transmissíveis
% de encerramento por cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera		
% de realização de cultura entre casos de retratamento de tuberculose		
Doenças transmissíveis		% de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes
		% de contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase examinados
		Nº de casos de Aids em menores de 5 anos
		Nº de casos de sífilis congênita
		% de casos de meningites bacterianas encerradas por diagnóstico laboratorial específico
		Coeficiente de Letalidade por Leishmaniose Visceral
Doenças e agravos não transmissíveis		% de Unidades Sentinelas de Informação de Acidente de Transporte Terrestre (USIATT) com envio regular do banco de dados
Vigilância Ambiental		% de realização das análises de vigilância da qualidade da água, referente aos parâmetros coliformes totais

ANEXO B – Parecer do CEP/ISC



Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

PARECER Nº 026-12 / CEP-ISC

Registro CEP: 031-12/CEP-ISC

Projeto de Pesquisa: Estudo da descentralização das ações de Vigilância Epidemiológica para Gestão Municipal em Pernambuco.


Pesquisador Responsável: Ana Coelho de Albuquerque

Área Temática: Grupo III

Os Membros do Comitê de Ética em Pesquisa, do Instituto de Saúde Coletiva/Universidade Federal da Bahia, reunidos em reunião extraordinária no dia 29 de maio de 2012, e com base em Parecer Consubstanciado, resolveu pela sua aprovação.

Situação: APROVADO

Salvador, 06 de junho de 2012.


Maria da Conceição Nascimento Costa
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa
Instituto de Saúde Coletiva
Universidade Federal da Bahia

APÉNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE COMUNITÁRIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, **Ana Coelho de Albuquerque** (mestranda e pesquisadora-responsável) e o Prof. Dr. Eduardo Luiz Andrade Mota (orientador) estamos convidando você a participar como entrevistado de uma pesquisa de dissertação de mestrado acadêmico, que tem como objetivo estudar a relação entre o processo de descentralização e as ações de VE em municípios de Pernambuco, no período de 2001 a 2010. Essa pesquisa pretende contribuir com um referencial teórico-prático para o âmbito da descentralização da VE no nível municipal e sua relação com a situação de saúde da população, a fim de produzir subsídios para o planejamento e para a programação de ações que visem resultados, bem como para a definição de prioridades na alocação de recursos na área de Vigilância em Saúde dos Sistemas Municipais. 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. Os sujeitos da pesquisa terão como benefício a oportunidade de refletir quanto a gestão da Vigilância Epidemiológica e de utilizar os resultados da pesquisa para implementá-la como 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 pelos pesquisadores por um período de um ano e após esse período será destruído. Os pesquisadores asseguram o seu anonimato, 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 consequência danosa na expressão livre de suas opiniões. Os pesquisadores e os entrevistados não serão remunerados pela participação deste estudo.

No momento que houver necessidade de esclarecimento de qualquer dúvida sobre a sua participação na pesquisa, você pode entrar em contato com a pesquisadora-responsável pelo telefone (71)9179-2209 ou (81)3471-4071, ou pelo e-mail: ana_albuquerque1@hotmail.com. **O teor da entrevista somente será utilizado 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.

Eu, _____, RG nº _____
declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

Salvador, _____ de _____ de 2012.

Pesquisadora

APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA MESTRADO EM SAÚDE COMUNITÁRIA

IDENTIFICAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO

Nome do município:

Prefeito:

Secretário de Saúde:

Mês/ano da certificação:

Documentação que normatizou a certificação:

ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURA DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

- O organograma da SMS contempla a área de Vigilância Epidemiológica?

Sim: ____ Não: ____

- Existe portaria de nomeação do coordenador/gerente de epidemiologia já publicada?

Sim: ____ Não: ____

Se sim, qual: _____

-Espaço físico:

Nº de salas:

-Equipamentos:

Nº de computadores: ____ Nº de impressoras: ____

-Equipe Técnica:

Nº de técnicos: ____ Nível superior: ____ Nível médio: ____

- Veículo(s): ____ Atende às demandas do setor? Sim: ____ Não: ____

ROTEIRO PARA ENTREVISTA

Categoria 1 - Período em que foi realizado o processo de descentralização.

1.1 Em que ano foi oficializada a descentralização da VE nesse município?

1.2 Quais instrumentos normatizaram essa descentralização (portarias, resoluções CIB, relatório de gestão, plano anual de saúde, agenda municipal de saúde)?

Listar:

Categoria 2 - Extensão da descentralização.

2.1 Nesse momento de descentralização, todas as responsabilidades da VE preconizada no Protocolo de Elaboração do Processo de Certificação para Municípios (citar quais) passaram a ser operacionalizadas pelo nível municipal?

Categoria 3 - Evolução temporal e espacial da descentralização com relação à estruturação da VE (recursos humanos, físicos e materiais).

3.1 Houve estruturação de equipe da VE após a descentralização (antes/depois)?

*Falar sobre a composição da equipe no ano da certificação e hoje.

3.2 Houve estruturação de espaço físico e recursos materiais para VE após a descentralização (antes/depois)?

*Falar sobre a estrutura física no ano da certificação e hoje.

Categoria 4 - Fatores facilitadores e dificultadores da descentralização da VE.

4.1 Cite fatores que facilitaram a descentralização da VE no seu município:

4.2 Cite fatores que dificultaram a descentralização da VE no seu município:

Categoria 5 – Fatores positivos e negativos do processo de descentralização.

5.1 Cite fatores positivos do processo de descentralização da VE no seu município:

5.2 Cite fatores negativos do processo de descentralização da VE no seu município:

Categoria 6 - Repasse de recursos financeiros para a VE.

6.1 Com quais recursos financeiros a VE contava antes da descentralização?

6.3 Hoje os recursos do TFECDD são administrados pela Vigilância em Saúde do município?

*Se sim, desde quando?

6.4 Qual é a contrapartida destinada pelo município para as ações de VE (antes/depois)?

Categoria 7 – Integração com a Atenção Primária a Saúde

7.1 Existe integração com a ESF na execução das ações de VE no território?

7.2 Quais as principais dificuldades encontradas na execução e no planejamento das ações de VE no território de atuação da ESF?

APÊNDICE C

Projeto de Pesquisa

ESTUDO DA DESCENTRALIZAÇÃO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA PARA GESTÃO MUNICIPAL EM PERNAMBUCO

ANA COELHO DE ALBUQUERQUE

SALVADOR
2012



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE COMUNITÁRIA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA**



**ESTUDO DA DESCENTRALIZAÇÃO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA
EPIDEMIOLÓGICA PARA GESTÃO MUNICIPAL EM PERNAMBUCO**

Projeto de Dissertação apresentado ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia – ISC/UFBA para submissão ao Comitê de Ética e Pesquisa.

Mestranda: Ana Coelho de Albuquerque

Orientador: Prof. Dr. Eduardo Luiz Andrade Mota.

Co-orientador: Prof. Dr. Eronildo Felisberto

SALVADOR
2012

Apresentação

A escolha de um determinado objeto de estudo não acontece por acaso e não é desprovida de intencionalidade. Na maioria das vezes, a opção é precedida de uma aproximação à temática que pode ocorrer por diversos canais e caminhos. A descentralização das ações de Vigilância em Saúde constituiu tema de pesquisa da minha Monografia de conclusão da Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva, realizada na Universidade de Pernambuco (FCM/UPE) e concluída no ano de 2010. Naquele momento, investiguei o desempenho da Vigilância em Saúde do estado de Pernambuco por meio de indicadores pactuados; esse estudo trouxe uma inquietação a respeito de como se deu a descentralização das ações de Vigilância Epidemiológica do estado para o nível municipal, temporal e espacialmente, e de como essas ações têm sido operacionalizadas pelos municípios.

Dessa forma, os questionamentos surgidos no desenvolvimento do trabalho monográfico motivaram a busca pelo aprofundamento de estudos sobre o tema. A permanência de indagações, quer pela inexistência ou insuficiência do conhecimento existente, quer pela insatisfação ou discordância dos resultados divulgados, contribuiu para essa escolha. A decisão de estudar a descentralização das ações de Vigilância Epidemiológica (VE) em Pernambuco a partir da evolução desse processo e dos indicadores de monitoramento da VE tem o intuito de descrever como se deu a descentralização das ações de VE para a gestão municipal no estado e se há desigualdades regionais nesse processo, bem como analisar a relação entre a evolução desses indicadores epidemiológicos e as ações descentralizadas da VE nos municípios do estado.

Espera-se, com este estudo, fomentar uma discussão mais abrangente quanto ao papel da Vigilância em Saúde dentro de um processo de promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida da população e fornecer elementos que subsidiem o planejamento e a programação das ações que visem resultados, bem como a definição de prioridades na alocação de recursos na área de Vigilância em Saúde dos Sistemas Municipais.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	
2. JUSTIFICATIVA	
3. REVISÃO DA LITERATURA	
3.1 Descentralização dos serviços de saúde no Brasil.....	
3.2 Um panorama da descentralização da Vigilância Epidemiológica no Brasil.....	
4. PERGUNTAS DE INVESTIGAÇÃO	
5. OBJETIVOS	
5.1 Geral.....	
5.2 Específicos.....	
6. QUADRO TEÓRICO	
7. METODOLOGIA	
7.1 Caracterização do estudo.....	
7.2 Local, população e período do estudo.....	
7.3 Fonte de dados.....	
7.4 Sujeitos da pesquisa (informantes-chaves) e pesquisa de caráter documental..	
7.5 Indicadores.....	
7.6 Plano de Análise.....	
8. ASPECTOS ÉTICOS	
9. REFERÊNCIAS	
APÊNDICES.....	

1 INTRODUÇÃO

A temática da descentralização da gestão do sistema, das ações dos serviços de saúde se inscreve na Carta Constitucional como uma das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1988). Assim, desde a sua constituição (BRASIL, 1990) o processo de descentralização teve início e avançou em todo o país na década de 90, porém em Vigilância Epidemiológica (VE) isto se dá mais recentemente a partir da edição da Portaria 1399 de 15 de dezembro de 1999. Com efeito, após um amplo debate entre os três níveis de gestão do SUS (municipal, estadual e federal), o Ministério da Saúde aprovou, em dezembro de 1999, as normas e portarias que regulamentam o papel de cada gestor na prática das ações de epidemiologia, prevenção e controle de doenças. A definição das responsabilidades gestoras seguiu as diretrizes da descentralização, que torna as ações mais eficazes e garante um maior acesso da população aos serviços públicos de saúde. Com isto, os municípios passaram a assumir grande parte das ações do que hoje se denomina Vigilância em Saúde. Cabe aos estados a coordenação e supervisão, além da execução das ações em caráter suplementar ou complementar. A normalização e a coordenação nacional ficam a cargo da instância federal (BRASIL, 1999).

Sabe-se que embora o processo de descentralização da gestão da saúde atinja hoje quase que 100% dos municípios brasileiros, o mesmo se desenvolveu de forma assimétrica e diversificada no que diz respeito à reorganização de práticas assistenciais, situação que na VE não deve ter sido diferente, razão porque o estudo desse processo e do seu impacto aguarda novas pesquisas. A descentralização da VE para os municípios tem ocorrido de forma gradual, com repasse de responsabilidades e de recursos da esfera federal para a esfera municipal. Devido às diferenças políticas regionais, alguns municípios avançam mais do que outros na implantação da descentralização, sendo os recursos escassos ou mal utilizados em muitos deles. Como consequência disso, ações incipientes e de baixo impacto na situação de saúde da população são operacionalizadas, pois a maioria dos municípios não está estruturado para assumir efetivamente a descentralização da vigilância. (SANTOS; MELO, 2008).

O uso efetivo e sistemático das informações da VE é uma ferramenta imprescindível tanto na gestão do sistema de saúde para a definição de prioridades e alocação de recursos quanto para nortear as estratégias de intervenção dos serviços de saúde (BRASIL, 2005). Desde o início do processo de construção e implantação do SUS, na década de 1990, foi debatida uma proposta da vigilância devido à necessidade de reorganizar e reorientar os serviços de saúde no país. (FRACOLLI *et al.* 2008). A integração entre as ações típicas de vigilância na execução dos programas de prevenção e controle de doenças vem suscitando intensos debates em determinados períodos da história sanitária recente do país, ao mesmo tempo em que produziu e legitimou práticas concretas nos sistemas de saúde (SILVA JUNIOR, 2004).

Esse debate acontece ainda no ano 2000, quando o panorama geral da saúde dos brasileiros apontava características importantes. Verifica-se a crescente tendência ao envelhecimento da população, o aumento do adoecimento bio-psíquico, o aumento da mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis e questões relacionadas à exploração inadequada e predadora dos recursos naturais. Em contrapartida, ainda persistem as doenças infecciosas como tuberculose, esquistossomose, meningites, hepatites virais, e ainda aquelas apontadas como emergentes e reemergentes como aids e dengue (BRASIL, 2004a). A incorporação da noção de risco e especialmente a busca de identificação dos fatores de risco envolvidos na determinação das doenças não só as infecto-contagiosas, mas principalmente as crônico-degenerativas, vêm provocando a modernização das estratégias de ação no campo da saúde pública (TEIXEIRA *et al.* 1998), tornando os objetos da atividade de vigilância mais amplos com a coexistência desses perfis epidemiológicos (SILVA JUNIOR, 2004).

Apreendendo-se a complexidade do desenvolvimento das ações de VE, uma vez que estas são realizadas em níveis distintos do sistema de saúde, torna-se imprescindível saber se os municípios têm conseguido responder às demandas da descentralização. (BEZERRA *et al.*, 2009). No entanto, destacam-se como principais dificuldades enfrentadas a falta de cultura dos gestores no que se refere à busca dos impactos produzidos pelos investimentos nas políticas e projetos (CARVALHO *et al.*,

2005), além do pouco conhecimento dos profissionais sobre métodos avaliativos e de monitoramento. Em um estudo qualitativo sobre o tema, Santos e Melo (2008) concluem que a descentralização da VE ainda não está de fato implantada como uma estratégia de mudança do estado de saúde da população, mas apenas como uma desconcentração de atividades. Silva Junior (2004), em seu estudo de avaliação a respeito do desempenho do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde por meio de indicadores de saúde, utilizou uma metodologia exclusivamente baseada na dimensão objetiva, não tendo acesso às informações decorrentes da percepção dos gestores e/ou técnicos do serviço.

Nesse contexto, o presente projeto de investigação, que aborda o tema da descentralização das ações de VE no estado de Pernambuco, descreverá as características desse processo nos municípios do estudo, no período de 2001 a 2010, com o intuito de ampliar o conhecimento sobre o tema em questão e de contribuir na compreensão e identificação dos nós críticos desse processo no desenvolvimento das ações de VE.

2 JUSTIFICATIVA

Tendo em vista a busca de alternativas de ação que possam contribuir para o alcance ou aproximação dos objetivos de universalização, integralidade e equidade, é importante que se amplie a investigação e a reflexão crítica acerca do processo e dos resultados decorrentes da implementação de inovações gerenciais, organizativas e operacionais no âmbito de sistemas-locais de saúde que vem ocorrendo ao longo dos últimos anos, neste caso o processo de descentralização (TEIXEIRA, 2002).

Todos os aportes históricos e organizativos apontam para a intensificação de estudos que acompanhem o processo de regionalização com base na observância do princípio de descentralização. Estes aportes também sugerem a continuidade de pesquisas que tratem dos avanços e retrocessos da resolutividade do SUS. Essas pesquisas certamente irão contribuir para desatar importantes nós que ainda emperram o desenvolvimento do sistema de saúde do Brasil (CHEBLI *et al*, 2010). Nesta perspectiva parte-se do princípio de que os fatos não se esgotam em si

mesmos, mas constituem-se em expressões empíricas, em marcos de um processo que vai além deles, transcendendo-os. Os fatos servem para mapear, para detectar processos que devem ser confrontados e relacionados com outros fenômenos, num procedimento que permite extrair deles os significados não imediatamente dados ou relacionados.

Assim, com o intuito de fomentar uma discussão mais abrangente quanto ao papel da Vigilância em Saúde dentro de um processo de promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida da população, a temática abordada por este projeto de pesquisa tem o objetivo de contribuir com um referencial teórico-prático para o âmbito da descentralização da VE no nível estadual e municipal, a fim de produzir subsídios para o planejamento e para a programação de ações que visem resultados, bem como para a definição de prioridades na alocação de recursos na área de Vigilância em Saúde dos Sistemas Municipais. 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.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Descentralização dos serviços de saúde no Brasil

A descentralização constituiu um conceito substantivo no desenvolvimento do SUS no Brasil, seja como projeto político consagrado na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, seja como definição do modelo organizativo que o sistema de saúde iria mais tarde implementar. A proposta de municipalização da saúde foi baseada na idéia de que um país da dimensão continental do Brasil somente poderia se valer para o crescimento econômico de uma população saudável e, conseqüentemente, bem atendida nas suas necessidades de saúde, se em cada estado e em cada canto do país existissem serviços essenciais para os cuidados da saúde. Caberia então ao próprio Governo Federal o incentivo à criação de sistemas de saúde municipais (GERSCHMAN; VIANA, 2005, p.308).

Um dos propósitos centrais da incorporação da descentralização nos princípios constitucionais do SUS foi produzir um maior equilíbrio entre as regiões do

país, assim como diminuir as desigualdades regionais em saúde facilitando o acesso no nível local. No entanto, para alguns autores, a existência de interesses conflitantes que se expressam nas profundas heterogeneidades populacionais e desigualdades sociais entre as regiões, estados e municípios dificultou a construção de acordos cooperativos, fazendo com que o processo de descentralização tendesse a reproduzir as diferenças existentes e ainda provocasse a atomização de sistemas municipais de saúde, conduzindo a um modelo de assistência municipalista, no qual a atenção médica é expandida sem nenhuma articulação regional (LUCCHESI, 1996; GERSCHMAN; VIANA, 2005). Vale ressaltar que cada município constitui uma unidade federativa e, portanto, um sistema de saúde que por sua vez integra sistemas estaduais e nacional. A cada ente federativo compete atuar em sua área de abrangência, como se conforma o SUS, e para tal é preciso que tenha poderes e recursos para exercer suas responsabilidades.

Porém, o que alguns autores apontam é que o processo de formação desmedida de municípios caracterizou-se por ter acontecido pela barganha de interesses locais, o qual encontrou amparo na legislação, sem que o mesmo obedecesse a uma estratégia nacional. Muitos dos municípios então formados não possuíam condições de exercer o autogoverno, podendo-se esperar no melhor dos casos, serviços básicos e/ou atenção primária à saúde da população (GERSCHMAN; VIANA, 2005).

O que se pode afirmar, baseado num balanço dos últimos dez a quinze anos, é que ocorreu uma ampla descentralização dos recursos e das responsabilidades de gestão sobre os serviços no país, configurando-se hoje o gestor municipal como o principal responsável pela implementação das propostas de mudança do modelo de atenção à saúde. Evidentemente que o grau de desenvolvimento desse processo é bastante heterogêneo nas diversas regiões e estados do país e tem registrado dimensões e efeitos peculiares, cujo contexto político-institucional, além do econômico, é um fator decisivo, entre os condicionantes de sucesso. A rede de atenção básica encontra-se, praticamente em sua totalidade, sob a gestão municipal e a rede de média e alta complexidade tende a seguir o mesmo rumo, na medida em que se consolide o processo de regionalização no âmbito estadual (TEIXEIRA;

SOLLA, 2005, p.470 e 471). O que se pode dizer acerca da descentralização é que mesmo esta não tendo se constituído num processo ideal, a existência de um projeto de reorganização das práticas de saúde, de capacidade técnica e governabilidade para implementá-la vem influenciando um melhor desempenho e consolidando um SUS municipal mais qualificado e participativo (CHAVES; SILVA, 2007; BALISTA *et al*, 2011).

3.2 Um panorama da descentralização da Vigilância Epidemiológica no Brasil

Ainda são escassas as iniciativas institucionais e pesquisas realizadas com o intuito de analisar o processo de descentralização da VE para os diversos âmbitos do sistema de saúde (CERQUEIRA *et al*, 2003; SANTOS; MELO, 2008; BEZERRA *et al*, 2009; BARBOSA *et al*, 2010; SANTOS, 2010), o que sugere a necessidade de permanentes estudos a respeito desse processo. O uso efetivo e sistemático das informações da VE configura-se como uma ferramenta de grande importância tanto na gestão do sistema de saúde para a definição de prioridades e distribuição de recursos, quanto para nortear as estratégias de intervenção dos serviços de saúde. Com efeito, devido à complexidade do desenvolvimento das suas ações, uma vez que estas são realizadas em níveis distintos do sistema de saúde, torna-se imprescindível conhecer como a descentralização da VE tem acontecido nos municípios brasileiros (BEZERRA *et al*, 2009).

A Vigilância da Saúde é entendida como um enfoque que pode contribuir para a atualização das concepções que orientam a reorganização das práticas de saúde no nível municipal (TEIXEIRA *et al*, 1998). Como tal, ela vem se mostrando como uma nova forma de resposta organizada aos problemas de saúde que tenta recompor o fracionamento do espaço coletivo de expressão da doença na sociedade, articulando as estratégias de intervenção individual e coletiva, atuando assim sobre todos os nós críticos de um problema de saúde, com base em um saber interdisciplinar e em um fazer intersetorial, tendo a VE como parte dessa vigilância (LEITE *et al*, 2003). Adotar a concepção ampliada de Vigilância da Saúde, com o intuito de transformar o modelo de atenção à saúde no nível municipal, implica em avançar no processo de descentralização da gestão do sistema e investir na

articulação intersectorial. No entanto, é necessário levar em conta a heterogeneidade das situações dos municípios, tendo como principal desafio, mais do que implementar as propostas e diretrizes emanadas do nível federal e estadual, a definição da linha com que vão conduzir a política de saúde municipal articulando distintos elementos gerenciais, financeiros, programáticos, organizativos e operacionais (TEIXEIRA *et al*, 1998).

O que se sabe a respeito da descentralização das ações de VE é que a mesma tem ocorrido de forma gradual, com repasse das responsabilidades e também dos recursos da esfera federal para a esfera municipal. Na verdade, estudos têm demonstrado que este processo representa muito mais uma desconcentração de ações, haja vista que a maioria dos municípios não está estruturada para assumir efetivamente as demandas da descentralização. Por outro lado, essa descentralização tem contribuído para a melhoria de alguns indicadores de saúde, a exemplo daqueles relacionados à ampliação da cobertura vacinal e consequente redução das doenças imunopreveníveis, ratificando o pressuposto que afirma que a descentralização da VE implica em valorizar a realidade local, identificando os problemas e criando possibilidades de aumentar a capacidade de intervenção sobre estes (SANTOS; MELO, 2008; SANTOS, 2010).

No entanto, 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. Avanços como a redução da mortalidade infantil por diarreia, não podem ser atribuídos exclusivamente ao setor saúde, nem a VE, dado que se observa ao longo dos anos a implementação de outras políticas públicas, a exemplo do saneamento básico. 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 reorganização 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 (SANTOS, 2010).

Em detrimento a todo o aparato legal e oficial que subsidia as ações de VE, o que ainda se observa é um descompasso entre o discurso e a efetiva utilização da

mesma, enquanto parte integrante de um sistema e co-responsável na definição de ações prioritárias das políticas de saúde. Esse fato foi constatado num estudo que avaliou a VE e as características específicas da gestão municipal, quando ações elementares de vigilância encontraram-se fragilizadas na maioria dos municípios do estudo. Ao se analisar os resultados obtidos, observou-se que o porte populacional e a condição de gestão foram determinantes no grau de implantação da VE, uma vez que os municípios de grande porte e em Gestão Plena do Sistema de Saúde obtiveram melhor desempenho (CARVALHO *et al*, 2005). Tomando-se como referência a Portaria Ministerial 1.172/04 que normatiza as funções da VE no âmbito municipal (BRASIL, 2004b), observou-se nos municípios em questão que tais ações foram descentralizadas, não sendo mais de responsabilidade estadual. Porém, algumas delas, como o processamento e análise dos dados e a disseminação das informações ainda não fazem parte da rotina dos serviços (CARVALHO *et al*, 2005).

Historicamente, as ações de VE estão voltadas para as doenças transmissíveis e os indicadores de mortalidade em relação a essas doenças vêm apresentando uma tendência decrescente. No entanto, o modelo de vigilância proposto ainda apresenta-se fragilmente consolidado em alguns municípios, uma vez que se faz necessária a produção da informação epidemiológica e sua utilização pelo nível local com relação à admissão de ações de monitoramento e vigilância das doenças crônicas e de seus fatores de risco (CARVALHO; MARZOCCHI, 1992). Estudo realizado no estado de Pernambuco apontou uma crescente mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis e tal contexto reforça a importância da adequação da VE no sentido de apoiar o desenvolvimento de ações voltadas para esse conjunto de agravos. Cabe destacar as iniciativas apontadas pelos secretários de saúde dos municípios avaliados nesse estudo, no sentido de contribuir para o desenvolvimento de ações compatíveis com o padrão epidemiológico atual (CARVALHO, 2004).

O processo de descentralização da VE foi iniciado em 1999, mediante publicação da Portaria Ministerial 1.399/99. Na época, houve uma grande adesão dos gestores dos estados e municípios, ou seja, 100,0% das secretarias estaduais e 86,3% das secretarias municipais receberam a certificação para executar as ações

de VE (SILVA JUNIOR, 2004). No entanto, descentralizar a gestão da VE não se limita 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 descentralizatório da 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 (SANTOS, 2010).

Os resultados de um estudo realizado com municípios baianos com o objetivo de avaliar a gestão descentralizada da VE demonstraram uma acentuada fragilidade na capacidade de gestão da VE nos municípios estudados. Foi possível identificar que os municípios possuem pouca autonomia no processo decisório, face ao caráter vertical e normativo que assume a descentralização da gestão, marcado pela regulação do Estado através de leis, portarias e resoluções definindo competências, estrutura e financiamento da VE municipal sem considerar as especificidades locais. Vale destacar que a macrorregião baiana que apresentou o melhor desempenho na avaliação da gestão da VE foi também aquela que possuía o melhor desempenho dos indicadores socioeconômicos do estado, evidenciando que as desigualdades econômicas e sociais existentes entre as regiões estão diretamente relacionadas com a capacidade de gestão da VE (SANTOS, 2010, p.187). Estudo realizado em municípios de uma microrregião de Minas Gerais a respeito da descentralização das ações de controle da hanseníase também apontou diferentes estágios de descentralização nos municípios do estudo, assim determinado pela especificidade local (LANZA; LANA, 2011).

Outro ponto a ser destacado é a relação direta entre a carência de recursos humanos e a dificuldade na descentralização das ações de VE para outros níveis do sistema (BEZERRA *et al*, 2009). Essa relação foi relatada por diversos autores (GOLDBAUM, 1996; VILLA *et al*, 2002) que demonstraram a dificuldade na

descentralização das ações de VE para os níveis distritais e para as unidades básicas de saúde (UBS). Dificuldade esta devido à falta de capacitação específica, uma vez que a maioria dos membros da equipe não possui conhecimento e habilidade para realizar as ações, analisar o dado epidemiológico produzido e a infra-estrutura de trabalho para executar as ações de VE em seu território (VILLA *et al*, 2002), realidade essa possivelmente encontrada não só no nível das UBS, mas também em alguns municípios brasileiros, principalmente aqueles de pequeno porte populacional e socioeconômico.

É necessário o estabelecimento de um projeto político que assuma efetivamente a descentralização da VE como uma estratégia para reorganização da atenção a saúde no município (SANTOS; MELO, 2008). A adequação do perfil dos recursos humanos e o papel dos níveis regionais tornam-se condição indispensável como investimento na descentralização do sistema, capacitando-os para realizarem a supervisão e o acompanhamento dos municípios, propiciando a estes autonomia na consistência e consolidação das informações, análise epidemiológica e elaboração de propostas voltadas à sua realidade (SCHOUT, 1994). O processo de descentralização parece ser politicamente irreversível, mas pode e deve ser tecnicamente viável, a depender de aprimoramentos administrativos em sua estrutura e de real vontade política dos governantes (VILLELA *et al*, 2007).

4 PERGUNTAS DE INVESTIGAÇÃO

Como se processou a descentralização das ações de Vigilância Epidemiológica para a gestão municipal em Pernambuco?

Há desigualdades regionais no processo de descentralização das ações de Vigilância Epidemiológica em Pernambuco?

Há relação entre o processo de descentralização das ações de Vigilância Epidemiológica e a evolução temporal dos indicadores de monitoramento pactuados em Pernambuco?

5 OBJETIVOS

5.1 Geral

Estudar a relação entre o processo de descentralização e as ações de VE em municípios de Pernambuco, no período de 2001 a 2010.

5.2 Específicos

Descrever o processo de descentralização das ações de VE e seus aspectos histórico-institucionais em Pernambuco.

Verificar a existência de desigualdades regionais no processo de descentralização em Pernambuco.

Analisar a relação entre o processo de descentralização e a evolução dos indicadores de monitoramento das ações de VE nos municípios do estudo nos anos de 2001 a 2010.

6 QUADRO TEÓRICO

A discussão a respeito da descentralização ressurgiu no cenário internacional de modo vigoroso nos anos finais do século vinte, mais precisamente a partir da década de oitenta (AFFONSO, 2000, p.127; CAMPOS, 2005). Essa diretriz integrava a lista de recomendações neoliberais preconizada por organismos internacionais para reformular e ajustar políticas públicas, juntamente com outro movimento sistematicamente sugerido: o de privatização. Assim, as estratégias para descentralizar sistemas estatais de saúde, educação, saneamento básico ou assistência social confundiam-se com outras estratégias voltadas para distintas formas de desestatização. O intuito era de construir uma rede descentralizada de serviços públicos reorganizando-a de acordo com lógica do mercado; abrindo-a à concorrência, instituindo-se formas abertas de captação de recursos e, em geral, cessando a gratuidade na oferta de serviços, para dessa maneira, solucionar os impasses de financiamento e de funcionamento dos sistemas públicos (CAMPOS, 2005).

Pode-se afirmar que o movimento de descentralização teve no desmoronamento do socialismo real, na desestruturação do nacional-desenvolvimentismo nos países de terceiro mundo e na crise do *Welfare-State* nos países desenvolvidos, o impulso necessário para se estabelecer (AFFONSO, 2000, p.127). As transformações nas bases produtivas, os avanços tecnológicos e o foco da competição capitalista no controle dos processos produtivos em escala mundial fizeram emergir outro perfil de participação do Estado. O crescimento econômico que surge dessa conjuntura traz consigo a elevação dos índices de desemprego e o declínio das condições de vida da população, elevando assim, a demanda por serviços públicos fornecidos pelo Estado, ao mesmo tempo em que diminuía a sua capacidade de arrecadação. A crise então instalada colocou na ordem do dia a discussão sobre a descentralização, que emergiu como estratégia para diminuir a pressão e as demandas sobre o Estado. Neste sentido, descentralizar significava transferir para as instâncias locais a responsabilidade pelo fornecimento dos serviços públicos ao mesmo tempo em que deslocava o foco da pressão (RIZZOTTO, 2000, p.170), aumentando assim a eficiência do setor público como prestador de serviços à população (AFFONSO, 2000, p.127).

Em tempo, vale destacar que a diretriz da descentralização não fez parte do discurso da esquerda que defendia o socialismo ou a intervenção do Estado na economia e nas políticas sociais. Apesar da crise do socialismo real até mesmo nos países que haviam construído sistemas públicos de larga abrangência, não era comum a sugestão de que a descentralização desses sistemas nacionais poderia redundar em benefício para o país e para a população, superando a ineficiência e a burocratização do modelo centralizado vigente em grande parte do mundo (CAMPOS, 2005). Pelo contrário, a diretriz da descentralização tal como estava sendo concebida pelos reformistas liberais encontrou resistência em países da Europa e da América Latina, que produziram uma série de argumentos desfavoráveis à mesma (RIZZOTTO, 2000). Propostas de reforma sanitária resultantes de movimentos de esquerda ou de base popular, tendo como exemplo a italiana e de alguns países da América Latina, não incluíam a descentralização no seu escopo (CAMPOS, 2005).

No entanto, não se pode caracterizar a descentralização como boa e a centralização como ruim, ou afirmar que a descentralização enquanto projeto conservador ou neoliberal é ruim. É necessário estabelecer uma posição crítica a respeito dessa temática, considerando suas diferentes concepções e contextos nos quais ela está inserida (PAIM, 1992). Na política, a descentralização é instrumento estratégico de democratização e compõe a agenda de luta contra interesses de Estados autoritários, promovendo a participação direta da sociedade; já na economia, é estratégia de estabilização e redução do déficit público, contribuindo com o ajuste fiscal do Estado, uma premissa neoliberal (SILVA, 2001).

No Brasil, nos anos oitenta, ao contrário do que pôde ser observado em outros países, o movimento pela redemocratização e pela reforma do Estado brasileiro incluiu a descentralização como um de seus componentes essenciais (CAMPOS, 2005). Essa corrente se fortaleceu justamente como uma reação ao grau excessivo de centralização ocorrida durante o período ditatorial, período esse também caracterizado como burocrático, excludente e portador de intervenções sociais fragmentadas e descoordenadas (SILVA; MENDES, 2004, p.18). No bojo da redemocratização brasileira, o movimento pela reforma sanitária propôs a conformação de um sistema de saúde de caráter universal, a ser operacionalizado pelas três esferas governamentais (VIANNA; MACHADO, 2009). Assim, a descentralização mostrou-se como a única diretriz organizativa do SUS que não colidia com as idéias neoliberais. Ainda que os ideais fossem diferentes, democratização e redução do tamanho do Estado, o consenso acerca da descentralização favoreceu o avanço desse processo (LEVCOVITZ *et al*, 2001).

O movimento pela transformação do setor da saúde no Brasil teve na 8ª Conferência Nacional de Saúde, no ano de 1986, seu momento mais significativo, com a construção de estratégias para democratização da saúde e o lançamento dos princípios da reforma sanitária (ESCOREL *et al* 2005; BRASIL, 2011a), cuja principal característica foi o fato de a mesma ter sido conduzida pela sociedade civil brasileira (PAIM *et al*, 2011). Na Conferência ficou evidente a necessidade de uma reformulação profunda no setor da saúde a qual deveria extrapolar os requisitos de uma reforma de cunho apenas administrativo ou financeiro. A ampliação do conceito

de saúde como sendo “resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde”, designou ao estado a necessidade de assumir uma política de saúde integrada às demais políticas, tais como econômicas e sociais, assegurando dessa forma os meios de efetivá-la (BRASIL, 1986).

Nessa Conferência foi recomendada a criação de um Sistema Único de Saúde, a partir da reestruturação do Sistema Nacional de Saúde, que oferecesse propostas alternativas ao modo oficial de atenção à saúde vigente na época. E assim, durante a Assembléia Nacional Constituinte (1987-88), foi aprovada a criação do SUS, reconhecendo a saúde como um direito do cidadão a ser assegurado pelo Estado, com o objetivo de prover uma atenção abrangente e universal, preventiva e curativa, por meio da gestão e prestação descentralizadas de serviços de saúde e com a participação da comunidade em todos os níveis de governo (BRASIL, 1986; PAIM *et al*, 2011). Cabe ressaltar, no entanto, que o projeto de reforma sanitária encontrou certa resistência e descompromisso por parte do governo federal na década de 90 devido à conjuntura política neoliberal estabelecida, tornando-se uma prioridade política secundária (PAIM *et al*, 2011).

O contexto de crise econômica e democratização nos anos 80 proporcionou um cenário favorável ao debate político na área da saúde, a ser percebido nos avanços da Constituição Brasileira de 1988 e em mudanças objetivas no sistema (LEVCOVITZ *et al*, 2001; VIANNA; MACHADO, 2009), esbarrando, no entanto, nas contradições e indefinições do movimento político maior em que se inscreveu. Por outro lado, a década seguinte se caracterizou pela tensa conciliação dos objetivos macroeconômicos da estabilização com as metas de reformas sociais teoricamente voltadas para a melhoria da eficiência e da equidade (DRAIBE, 2000). O cenário dos anos noventa foi marcado pelo ajuste fiscal, em um período de declínio do crescimento econômico e com ênfase, a partir de 1994, nas medidas de estabilização da moeda, aumento do desemprego, inserção do país no processo de globalização e a adoção de reformas institucionais fortemente orientadas para a

redução do tamanho do Estado, ao lado de mudanças demográficas e epidemiológicas aceleradas (LEVCOVITZ et al, 2001; VIANNA e MACHADO, 2009).

Esse contexto tornou tensa a implementação de políticas sociais universais e impulsionou reformas na estrutura e modo de operação do Estado. Desta forma, pode-se dizer que a agenda da reforma sanitária brasileira foi construída na contracorrente das tendências hegemônicas de reforma dos Estados nos anos 80, e sua implementação nos anos 90 se deu em uma conjuntura bastante adversa (LEVCOVITZ *et al*, 2001; VIANNA e MACHADO, 2009). A necessidade de concretização da agenda progressista construída pelo movimento sanitário e o rompimento com o modelo distorcido sobre o qual o sistema de saúde brasileiro foi estruturado ao longo de várias décadas, em uma conjuntura político-econômica internacional e nacional bastante desfavorável à consolidação de políticas sociais abrangentes e redistributivas, indicam o grau dessa complexidade (RIZZOTO, 2000). Face ao novo cenário político nacional, a construção do SUS expressa essas tensões, sendo observados tanto avanços como dificuldades nos diversos âmbitos estratégicos para a sua implantação (LEVCOVITZ *et al*, 2001).

Entretanto, ainda assim o SUS iniciou seu processo de implantação a partir de 1990, ano que foi aprovada a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90), a qual especificava as atribuições e a organização do SUS (PAIM *et al*, 2011). O texto constitucional e a Lei 8.080/90 demonstravam claramente que a concepção do SUS estava baseada na formulação de um modelo de saúde voltado para as necessidades da população, procurando resgatar o compromisso do Estado para com o bem-estar social, especialmente no que refere à saúde coletiva, consolidando-o como um dos direitos da cidadania. A nova concepção do sistema de saúde, descentralizado e administrado democraticamente com a participação da sociedade organizada, tem o objetivo de promover mudanças significativas nas relações de poder político e na distribuição de responsabilidades entre o Estado e a sociedade e entre as distintas esferas de governo nacional, estadual e municipal, cabendo aos gestores setoriais o papel fundamental na concretização dos princípios e das diretrizes da reforma sanitária brasileira (BRASIL, 2011).

Devido à extensão territorial do Brasil, à sua complexidade e às desigualdades econômicas, sociais, culturais, demográficas e sanitárias entre suas diferentes regiões e, dentro delas, entre seus distintos estados e municípios, a descentralização se colocava como imprescindível na viabilização de políticas públicas (SILVA; MENDES, 2004, p.17). Mas para que a descentralização fosse concebida de modo coerente com o arcabouço legal em relação ao SUS e, especialmente, de acordo com os postulados da reforma sanitária, haveria a necessidade de formulação de políticas específicas, considerando as particularidades e as distintas formas e ritmos de sua implementação levando em consideração a diversidade dos municípios brasileiros (PAIM, 1992).

No âmbito da descentralização há relativo consenso sobre seus avanços no sistema de saúde. O processo de descentralização da saúde predominante no Brasil é do tipo político-administrativo, envolvendo não apenas a transferência de serviços, mas também de responsabilidades, poder e recursos da esfera federal para a estadual e municipal, com reorganização institucional e reformulação de práticas e controle social (TEIXEIRA, 1990; BRASIL, 1993). Dessa forma, ela visa à constituição de Sistemas Locais de Saúde que respondam adequadamente às demandas e necessidades da população adstrita, mas que ao invés de se caracterizarem como sistemas isolados e autônomos, sejam elementos e elos dinâmicos de Sistemas Estaduais, que por sua vez conformam um Sistema Nacional. Nesse sentido, a descentralização e a centralização têm que coexistir de forma pactuada, para garantir o fortalecimento do Sistema Nacional de Saúde e não a atomização dos Sistemas Locais (SCATENA, 2000).

A elaboração e implementação de instrumentos legais e normativos tem permeado o processo de construção do SUS com o objetivo de racionalizar as formas de financiamento e gestão dos sistemas estaduais e municipais de saúde, com também de ampliar a autonomia política dos municípios, enquanto base da estrutura político-administrativa do Estado (TEIXEIRA *et al*, 1998). Nesse contexto, a NOB 01/93 impulsionou a municipalização dos serviços de saúde, por meio da instituição das três formas de gestão: incipiente, parcial e semiplena, que expressavam, por si mesmas, graus crescentes de evolução. Posteriormente, a NOB

01/96 consolidou a política de municipalização estabelecendo o pleno exercício do poder municipal da função de gestor da atenção à saúde. Essa norma operacional instituiu a gestão plena do sistema municipal e a gestão plena da atenção básica e redefiniu as responsabilidades da União e dos Estados. Então, a municipalização que já vinha aumentando tendencialmente, acelerou-se de tal modo que, ao final de 1996, havia 3.078 municípios habilitados para a municipalização e, ao fim do ano 2000, quatro anos depois, já eram 5.398, 98% dos municípios brasileiros (SILVA; MENDES, 2004, p.22).

As Normas Operacionais do SUS se apresentaram como um importante instrumento de regulamentação desse processo de descentralização no Brasil, à medida que estabelecem, de forma negociada, mecanismos e critérios para a transferência de responsabilidades e recursos para estados e municípios. A NOB 01/93 e a NOB 01/96 foram resultantes de processos intensos de negociação entre os atores setoriais, e a descentralização impulsionada por elas apresentou resultados positivos relacionados, dentre outros, ao significativo aumento de transferências diretas de recursos no nível federal para o estadual e municipal, ao fortalecimento da capacidade institucional de diversos estados e municípios na gestão da saúde e à expansão da rede de serviços municipais de saúde. No entanto, o avanço da descentralização evidenciou a necessidade de enfrentamento de um conjunto de problemas, tanto no âmbito da gestão, quanto no que se refere à atenção à saúde. Um exemplo disso é a dificuldade no planejamento do sistema de saúde, na regulação dos prestadores de serviços e na construção de redes assistenciais adequadas nos municípios brasileiros de pequeno porte, sendo eles a grande maioria, principalmente no que diz respeito à oferta de serviços de média e alta complexidade (SOUZA, 2001).

A descentralização do sistema de saúde para o nível municipal “não se trata, portanto, de preservar a chamada “administração convenial”, tão sujeita às práticas clientelistas e à retaliação política, mas reconhecer a heterogeneidade dos municípios brasileiros e empregar meios técnicos idôneos e transparentes para a análise e vigilância da situação de saúde em cada local (...).” (PAIM, 1992). Assim, diante de todo o exposto, assume-se que a descentralização deve perseguir dois

objetivos primordiais: a democracia do Estado e a busca de maior justiça social. Sabe-se, porém, que tais objetivos não podem ser encarados como de exclusiva responsabilidade da descentralização, pois não é possível, nem desejável, atribuir a ela esse grau de exigência. O processo deve ser visto dentro de seus limites reais, como um dos instrumentos disponíveis do Estado para promover alterações político-institucionais. Outros mecanismos poderão e deverão ser acionados de forma a possibilitar à descentralização uma função coordenada e conseqüente (LOBO, 1990, p.8).

O Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE), coerente com o momento em que foi criado, no ano de 1975, era baseado no Ministério da Saúde e nas secretarias estaduais de saúde, excluindo os municípios que, naquela época, não exerciam o papel de gestores de sistema de saúde (BRASIL, 1975; BRASIL, 2011b). E somente no ano de 1999, por meio da Portaria nº 1.399, esse Sistema passou a seguir as diretrizes da descentralização, com a definição das atribuições de cada gestor - União, estados, municípios e Distrito Federal - no que se refere à prática das ações de epidemiologia, prevenção e controle de doenças e ao seu financiamento (BRASIL, 1999). Caracterizado como um conjunto articulado de ações destinadas a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios (BRASIL, 2011b), a partir de sua descentralização o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde⁶ (SNVS) se tornaria mais ágil no cumprimento de todas as suas etapas, desde a notificação dos casos até a indicação de medidas de controle e, por fim, a disseminação das informações devidamente analisadas.

Assim, o processo de descentralização da VE é condição imprescindível para que haja uma reorganização dos serviços de saúde, considerando que as aplicações de suas ações não são fatos isolados em si mesmos, mas sim um conjunto de fatos que decorrem da dinâmica institucional do setor saúde. A importância do processo de descentralização da Vigilância pode revelar-se na melhoria da capacidade de

⁶ Em 2003, o Ministério da Saúde reorganizou a área de epidemiologia e controle de doenças com a criação da Secretaria de Vigilância em Saúde. A alteração na denominação correspondeu a uma importante mudança institucional, de reunir todas as ações de vigilância, prevenção e controle de doenças numa mesma estrutura, e consolidar o processo de ampliação do objeto da Vigilância (BRASIL, 2003).

resposta aos problemas de saúde na instância municipal do SUS, onde a VE se constitui e atua diretamente, pois se trata do contexto a partir do qual emerge e se define uma situação epidêmica, e conseqüentemente, há uma maior oportunidade para que as ações de controle sejam desencadeadas com rapidez e agilidade. É importante enfatizar por tanto, no que concerne ao processo de descentralização, que uma concepção mais ampliada da Vigilância deverá fundamentar-se à luz da realidade local (ALBUQUERQUE *et al*, 2002).

No entanto, ainda que a descentralização na saúde seja uma possibilidade de ruptura de um modelo de atenção fragmentado e de baixa resolutividade, é preciso superar algumas contradições explícitas ou implícitas nesse processo. No que diz respeito à descentralização da VE, a publicação da Portaria 1.399/99 induziu os municípios à adesão dos requisitos por ela impostos, a fim de assegurar o financiamento de suas ações. Assim, pode-se afirmar que o processo de descentralização de VE assume certa verticalidade e centralidade, dado que não é concebida pelo município com a intenção real de desenvolver com efetividade as ações que estão sob a sua responsabilidade, e sim de garantir os recursos ao cumprir uma série de requisitos impostos pela legislação (SANTOS; MELO, 2008).

7 METODOLOGIA

7.1 Caracterização do estudo

Será desenvolvido um estudo descritivo e exploratório, de desenho ecológico espacial e de série temporal, com base em indicadores construídos com dados secundários. O interesse pela abordagem descritiva tem crescido na epidemiologia, sendo ela a aproximação mais imediata sobre um dado evento relacionado ao processo saúde-doença em nível coletivo. Essa abordagem consiste em buscar o padrão de distribuição da ocorrência do problema segundo as suas diversas características, representadas por uma ou por mais de uma variável circunstancial, sendo elas ligadas às medidas de tempo, lugar ou pessoa (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003). Os estudos ecológicos correspondem a um desenho de pesquisa que aborda áreas geográficas bem delimitadas, analisando comparativamente variáveis globais e correlacionando indicadores de situação de

saúde e condições de vida. Durante séculos esse tipo de estudo representou uma das principais abordagens metodológicas na construção do objeto e campo de saber da epidemiologia: a compreensão da ocorrência e distribuição dos fenômenos de saúde e doença em populações (ALMEIDA FILHO; BARRETO, 2011). Dentre as vantagens dos estudos ecológicos destaca-se a sua facilidade de planejamento e implementação, à medida que geralmente trabalha com bases de dados secundários. Esse desenho é indicado especialmente para fases exploratórias de tratamento de alguma questão epidemiológica. Evidentemente, desenhos como esse não justificam a redução ao âmbito individual de padrões observados no nível agregado; uma área ecológica pode estar sintetizando um enorme conjunto de variáveis e processos, a um alto grau de complexidade (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003).

O presente trabalho propõe-se ainda a realizar um estudo de cunho qualitativo, de caráter documental, com o objetivo de conhecer como se efetivou o processo de descentralização das ações de VE nos seus aspectos histórico-institucionais no estado. De acordo com Marconi e Lakatos (2009), a principal característica desse tipo de pesquisa qualitativa é a fonte de coleta de dados, que está restrita a documentos, escritos ou não, sendo estes fontes primárias de pesquisa. O estudo qualitativo contará ainda com a realização de entrevistas com informantes-chaves sendo as mesmas utilizadas de forma a complementar aos dados provenientes dos documentos. Dessa forma, esse estudo contemplará uma realidade que não pode ser somente quantificada, entendendo que os atores no campo da gestão da VE estão inseridos dentro de um contexto histórico e socialmente construídos. Essa interação metodológica entre as abordagens quantitativas e qualitativas mostra-se importante para responder metodologicamente aos objetivos da pesquisa em questão, uma vez que esses objetivos se configuram em planos distintos (DESLANDES; ASSIS, 2002).

7.2 Local, população e período do estudo

O estudo será realizado no estado de Pernambuco, localizado no centro-leste do nordeste. Pernambuco é composto por 184 municípios e o território de Fernando

de Noronha, sendo subdividido em onze Gerências Regionais de Saúde (Geres), as quais são responsáveis pelas atividades de avaliação, controle e apoio da implementação dos serviços de saúde nos municípios, garantindo os princípios do SUS, de acordo com as políticas de saúde estaduais. O estado possui uma extensão de 98.146 km², uma população de 8.796.448 habitantes e uma densidade demográfica de 89,63 habitantes por km². A distribuição da população no espaço geográfico do estado se deu de maneira bastante heterogênea, existindo maior concentração no litoral em especial na região Metropolitana (PERNAMBUCO, 2006; IBGE 2010).

O Estado apresenta grandes desigualdades dentro de seu território, que podem ser observadas, por exemplo, a partir do índice de desenvolvimento humano municipal (IDH-M), indicador sintético de avaliação e medida do bem-estar de uma população (municipal ou estadual), que engloba três dimensões: riqueza, educação e longevidade. Esse indicador é uma adaptação do índice de desenvolvimento humano (IDH), que é calculado para países (PNUD 2005). Assim, o estado apresentou, em 2007, IDH-M de 0,74, valor que corresponde a um índice de desenvolvimento humano médio, mas possui uma grande desigualdade dentro de seu território, apresentando municípios com índices que variaram de 0,47 (baixo), no ano 2000, a 0,86 que corresponde a um índice elevado (PERNAMBUCO, 2010).

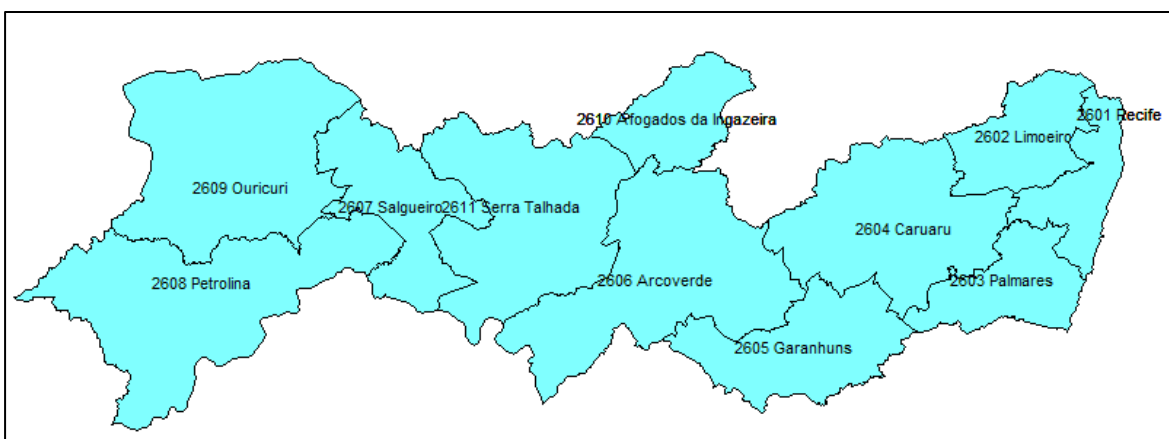
O grupo de estudo será constituído de dez municípios-sede das Gerês do estado de Pernambuco (QUADRO 1). A escolha desses municípios se deu de forma intencional, devido aos mesmos serem sede de Gerês (Figura 1) e considerando que possuem as características específicas de cada Meso-região do estado (Figura 2), sendo assim representativos dessas regiões. A ausência do município-sede da XI Gerês no estudo justifica-se pelo fato de a mesma só ter sido criada no ano de 2006.

Quadro 1 – Municípios-Sede por Geres (I a X Geres), Meso-região, população 2010 (censo) e área territorial. Pernambuco, 2010.

Geres	Município-Sede	Meso-região	População	Área Territorial (km²)
I Geres	Recife (capital do Estado)	Metropolitana	1.537.704	218
II Geres	Limoeiro	Agreste	55.439	273
III Geres	Palmares	Mata	59.526	339
IV Geres	Caruaru	Agreste	314.912	921
V Geres	Garanhuns	Agreste	129.408	458
VI Geres	Arcoverde	Sertão	68.793	351
VII Geres	Salgueiro	Sertão	56.629	1.687
VIII Geres	Petrolina	São Francisco	293.962	4.558
IX Geres	Ouricuri	Sertão	64.358	2.423
X Geres	Afogados da Ingazeira	Sertão	35.088	378

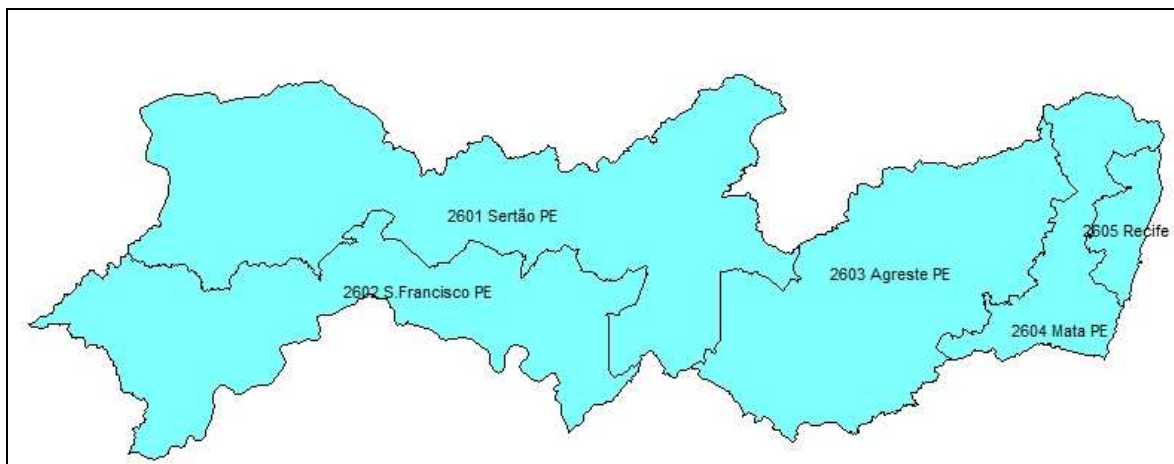
Fonte: IBGE

Figura 1 – Mapa de Pernambuco e divisão por Geres.



Fonte: Tabwin/Datusus/MS

Figura 2 – Mapa de Pernambuco e divisão por Meso-regiões.



Fonte: Tabwin/Datasus/MS

A escolha do período do estudo, compreendido entre os anos de 2001 a 2010, se deu com o objetivo de se traçar uma série história de dez anos dos indicadores a serem utilizados (análise temporal), levando-se em consideração que somente a partir do ano 2000 os municípios pernambucanos desencadearam o processo de descentralização das ações de Vigilância Epidemiológica.

7.3 Fonte de dados

Para o estudo exploratório de desenho ecológico, serão utilizados dados secundários, cujas fontes são: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc), Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), Sistema de Informação de Febre Amarela e Dengue (Sisfad). Além dessas, serão utilizados também planilhas e boletins de acompanhamento das áreas técnicas da Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde de Pernambuco. Os dados referentes à população dos municípios do estudo serão retirados das bases digitais disponibilizadas no *site* do IBGE.

Para pesquisa de caráter documental será feito um levantamento dos documentos oficiais e materiais técnicos tais como, relatórios de gestão, resoluções da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), legislações, convênios, pactos e outros dados históricos, sendo estes fontes primárias de pesquisa.

7.4 Sujeitos da pesquisa (informantes-chaves) e pesquisa de caráter documental

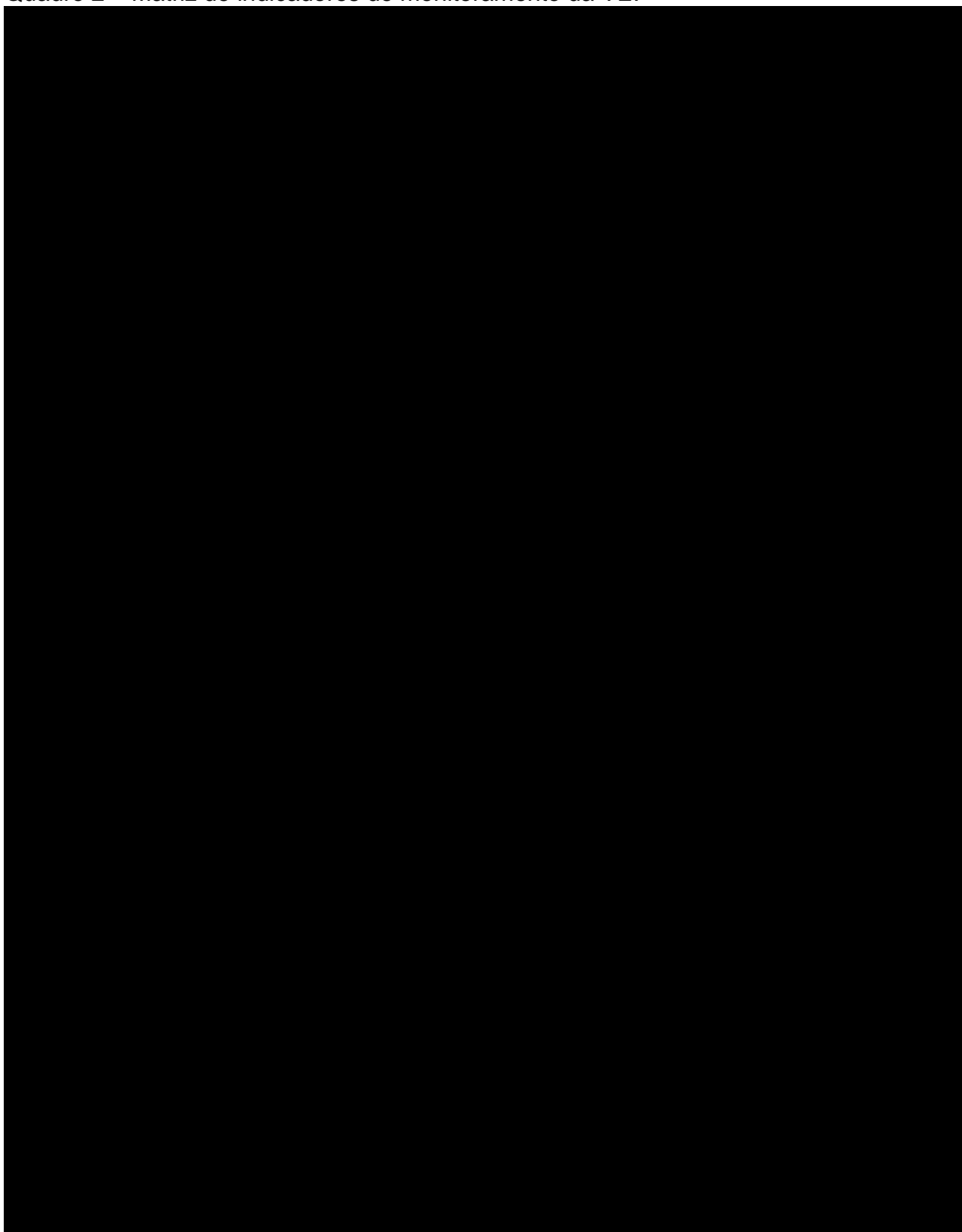
Os sujeitos que serão entrevistados serão selecionados por grupos de representação, sendo eles gestores da VE do nível estadual (três pessoas no nível central e uma por cada sede das Geres) e do nível municipal (uma pessoas, de acordo com o arranjo gerencial da secretaria de saúde do município). Serão realizadas entrevistas semi-estruturadas (APÊNDICE), com base nas seguintes categorias analíticas: período em que foi realizado o processo de descentralização, extensão da descentralização, fatores facilitadores e dificultadores da descentralização da VE, fatores positivos e negativos do processo, evolução temporal e espacial da descentralização com relação à estruturação da VE (recursos humanos, físicos e materiais) e repasse de recursos para a VE. Essas categorias também serão analisadas por meio de pesquisa documental, incluindo ainda a categoria: elementos preparatórios da descentralização (base estruturante – normatização e publicações).

7.5 Indicadores

Para o desenvolvimento do estudo quantitativo, de cunho descritivo e exploratório, serão utilizados os indicadores que compõem o Painel de Monitoramento do Desempenho da Gestão da Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde do estado de Pernambuco. Esse elenco de indicadores foi selecionado a partir do modelo lógico representativo dessa Secretaria Executiva e de suas Áreas Técnicas e passou por um processo de validação seguindo critérios pré-estabelecidos de validade, mensurabilidade e confiabilidade. Esse Painel foi ainda submetido à apreciação por um grupo de *experts* e, posteriormente, utilizado em um estudo piloto. Essa seleção de indicadores considerou ainda que nesse painel de monitoramento estão representadas as atribuições/responsabilidades estratégicas da VE para o estado de Pernambuco levando em consideração os indicadores de monitoramento da Agenda Estratégica da SVS/MS e os indicadores que compõem os Contratos Organizativos de Ação Pública - COAPS.

Essa listagem inicial de indicadores pertencentes ao Painel de Monitoramento foi submetida a uma segunda análise pela pesquisadora, quando outro critério foi considerado, a fim de se obter a listagem final a ser utilizada na pesquisa em questão. Permaneceram na matriz de indicadores dessa pesquisa aqueles cujas ações de VE permaneceram implantadas no período de 2001 a 2010. Desse processo resultou a escolha de 17 indicadores, descritos no Quadro 2.

Quadro 2 – Matriz de indicadores de monitoramento da VE.



7.6 Plano de Análise

Para descrever o processo de descentralização e seus aspectos histórico-institucionais, serão utilizadas as informações obtidas na pesquisa documental e nas entrevistas com os informantes-chaves. Será traçado o perfil desse processo em cada um dos dez municípios selecionados, com ênfase na identificação de desigualdades regionais.

A análise dos dados oriundos da pesquisa documental e das entrevistas será baseada na técnica de análise de conteúdo que se apóia na codificação da informação em categorias, de forma a dar sentido ao material estudado. Essa análise de conteúdo será composta de três fases: a pré-análise, que abrange a escolha do material, a formulação de hipóteses e objetivos e a elaboração de indicadores para a interpretação dos resultados; a análise do material, que consiste na codificação, categorização e quantificação da informação; e o tratamento dos resultados, que envolve procedimentos diversos (BARDIN, 1979).

Então, a partir da leitura exaustiva do material utilizado como fonte documental (já supracitados), serão identificados fatos ou informações que se relacionem com as ações para implementar a descentralização da VE, de acordo com as categorias analíticas já descritas. Nesta pesquisa, será realizada análise do tipo temática que segundo Minayo (2010) consiste “em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado”. As entrevistas com informantes-chaves serão utilizadas de forma a complementar os dados oriundos dos documentos. Os dados considerados relevantes, referentes às categorias analíticas, serão inseridos de forma ordenada e cronológica, em uma matriz de análise com o intuito de facilitar a compreensão, interpretação e análise do material. Uma vez preenchida, será verificado a presença de dados/informações incompletos, requerendo nova busca documental.

Para a tabulação dos dados secundários será elaborado um banco único em planilha do Excel, com os dados brutos e com os indicadores de interesse, para

exportação ao software que se pretende usar para análise estatística (STATA/SE 10.0).

O estudo propõe-se a desenvolver um estudo exploratório, com a intenção de descrever a evolução temporal dos indicadores utilizados no monitorados da VE. Para a análise de tendência desses indicadores serão utilizados gráficos, nos quais o eixo das abscissas corresponderá ao tempo (em anos) enquanto o eixo das ordenadas corresponderá ao resultado de cada indicador. Além disso, será realizada a comparação das variações percentuais entre o ano inicial e final do período do estudo.

Com base nesses indicadores, a pesquisa ainda realizará uma análise espacial dos municípios selecionados, com base nas informações obtidas a respeito do processo de descentralização e nos indicadores de monitoramento das ações de VE, a fim de classificar esses municípios de acordo com o desempenho obtido, com ênfase nas desigualdades regionais.

8 ASPECTOS ÉTICOS

Seguindo as recomendações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, o presente trabalho, apesar de não oferecer nenhum risco a seres humanos, será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia – CEP/ISC-UFBA. Os dados coletados serão utilizados apenas para alcançar os objetivos deste trabalho e a pesquisadora garante sua preservação, assim como a confidencialidade e o sigilo das informações trabalhadas.

No que diz respeito às entrevistas, será disponibilizado aos participantes um termo de consentimento livre e esclarecido, o qual garante o anonimato dos sujeitos e explicita os objetivos da pesquisa (APÊNDICE). Os participantes expressarão sua adesão à pesquisa.

9 REFERÊNCIAS

AFFONSO, R. B. A. Descentralização e reforma do Estado: a Federação brasileira na encruzilhada. **Rev. Economia e Sociedade**, n. 14, 2000.

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

ALMEIDA FILHO, N.; BARRETO, M. L. Epidemiologia & Saúde: fundamentos, métodos e aplicações. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. 700p.

BARBOSA, M. C. L. **Avaliação do impacto da descentralização de ações de vigilância epidemiológica para as unidades de saúde da família sobre o desempenho de alguns indicadores**. Dissertação (Mestrado profissional em Saúde Coletiva). Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2008.

BARBOSA, M. C. L.; COSTA, M. C.; TEIXEIRA, M. G.; MOTA, E. L. A.; PEREIRA, S. M. Efeitos da descentralização das ações de vigilância epidemiológica para as equipes de Saúde da Família. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 19, n. 4, dez. 2010.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979.

BALISTA, S. R. R.; SANTIAGO, S. M.; CORREA FILHO, H. R.. A descentralização da vigilância da saúde do trabalhador no Município de Campinas, São Paulo, Brasil: uma avaliação do processo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, Apr. 2011.

BEZERRA, L. C. A.; FREESE, E.; FRIAS, P. G; SAMICO, I.; ALMEIDA, C. K. A. A vigilância epidemiológica no âmbito municipal: avaliação do grau de implantação das ações. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, Apr. 2009.

BRASIL. Lei n. 6.259, de 30 de outubro de 1975. Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.ceaid.com.br/lei_6259.pdf>

_____. Conferência Nacional de Saúde – Relatório Final. 1986.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**, de 05 de outubro de 1988: Seção II. Da Saúde. Art. 198 – I. Brasília, DF, 2003.

_____. Lei n. 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. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>>

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica – SUS 01/93. **Diário Oficial da União nº 96**, Brasília, 24 de maio de 1993. Seção 1, p. 6961-6965.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1399, 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. **Diário Oficial da União nº 240**, Brasília, DF, 16 de dezembro de 1999. Seção 1. Disponível em:

<http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_espelho_consulta.cfm?id=3606470&highlight=&bkp=pesqnorma&fonte=0&origem=0&sit=0&assunto=&qtd=10&tipo_norma=27&numero=1399&data=&dataFim=&ano=&pag=1>.

_____. Decreto n. 4.726, de 09 de junho de 2003. Cria a nova estrutura do Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/legbras/>>

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2004**. Brasília, DF, 2004. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saude_brasil_2004.pdf>. (a)

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM 1.172/04, 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. Diário Oficial da República Federativa do Brasil [DOU] 2004 jun 17; Seção 1: 58-9. (b)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. 6ª edição. Brasília, DF, 2005. 816p.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM nº91, de 10 de janeiro de 2007. Regulamenta a unificação do processo de pactuação de indicadores e estabelece os indicadores do Pacto pela Saúde, a serem pactuados por municípios, estados e Distrito Federal. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/portaria91_10_01_07.pdf>.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº3.252, 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n.245, 23 de dezembro de 2009. Seção 1.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Brasília: CONASS, 2011. 291 p. 1ª edição, volume 1.(Coleção Para Entender a Gestão do SUS) (a)

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Vigilância em Saúde**. Brasília: CONASS, 2011. 320 p., volume 1.(Coleção Para Entender a Gestão do SUS) (b)

CAMPOS, G. W. S. Efeitos Paradoxais da Descentralização no Sistema Único de Saúde do Brasil. In: **Democracia, Descentralização e Desenvolvimento: Brasil & Espanha**. Org: Sonia Fleury – editora FGV; 2006.

CARVALHO, M. S.; MARZOCCHI, K. B. F. Avaliação da prática de vigilância epidemiológica nos serviços públicos de saúde no Brasil. **Rev Saúde Pública**; 26: p. 34-57, 1992.

CARVALHO, E. F.(coordenador). **Análise do perfil das doenças crônicas não-transmissíveis em mesorregiões e municípios de Pernambuco**: subsídios para uma proposta de vigilância epidemiológica: relatório final. Recife: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães; 2004.

CARVALHO, E. F.; CESSE, E. Â. P.; ALBUQUERQUE, M. I. N.; ALBUQUERQUE, L. C.; DUBEUX, L. S. Avaliação da Vigilância Epidemiológica em âmbito municipal. **Rev. bras. saúde matern. infant**; 5(supl.1): p. 53-62, dez. 2005.

CERQUEIRA, E. M.; ASSIS, M. M. A.; VILLA, T. C. S.; LEITE, J. A. Vigilância Epidemiológica no processo de municipalização do Sistema de Saúde em Feira de Santana-BA. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 12, n. 4, dez. 2003.

CHAVES, S. C. L.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Atenção à saúde bucal e a descentralização da saúde no Brasil: estudo de dois casos exemplares no Estado da Bahia. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 5, May 2007.

CHEBLI, I. C. F.; PAIVA, M. G.; STEPHAN-SOUZA, A. I. A Regionalização: desdobramento da descentralização? **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 13, suplemento 1, p. 84-94, 2010.

COSTA, N. R.; PINTO, L. F. Avaliação de programa de atenção à saúde: incentivo à oferta de atenção ambulatorial e a experiência da descentralização no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, 2002.

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.

DRAIBE, S. M. **A reforma dos programas sociais brasileiros: panorama e trajetórias**. XXIV Encontro Anual da ANPOCS – GT 12: Política e Economia, 2000.

SCOREL, S.; NASCIMENTO, D. R.; EDLER, F. C. As Origens da Reforma Sanitária e do SUS. In: LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C.; SUÁREZ, J. M. (Orgs.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. 504 p.

FRACOLLI, L. A. *et al.* Vigilância à Saúde: deve se constituir como política pública? **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.17. n.2. p. 184-192, 2008.

FRIAS, P. G.; PEREIRA, P. M. H.; ANDRADE, C. L. T.; LIRA, P. I. C.; SZWARCOWALD, C.L. Avaliação da adequação das informações de mortalidade e nascidos vivos no Estado de Pernambuco, Brasil. **Cad Saúde Pública**. 2010. 671-81p.

GERCHMAN, S.; VIANA, A. L. A. Descentralização e Desigualdades Regionais em Tempos de Hegemonia Liberal. In: LIMA, N. T.; GERCHMAN, S.; EDLER, F. C.; SUÁREZ, J. M. (Orgs.). **Saúde e Democracia: história e perspectiva do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. 504 p.

GOLDBAUM, M. Epidemiologia e serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, 1996; 12 Suppl 2:95-8.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2010**. Brasília, 2010. Disponível em: < <http://www.ibge.gov.br/home/> >

LANZA, F. M.; LANA, F. C. F. Descentralização das ações de controle da hanseníase na microrregião de Almenara, Minas Gerais. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 1, Feb. 2011.

LEITE, J. A.; ASSIS, M. M. A.; CERQUEIRA, E. M. Vigilância epidemiológica no sistema local de saúde. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 56, n. 2, Apr. 2003.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciênc. saúde coletiva**, São Paulo, v. 6, n. 2, 2001.

LOBO, T. Descentralização: conceitos, Princípios, Prática Governamental. **Cad. Pesq.**, São Paulo (74): 5-10, agosto 1990.

LUCHESE, P. T. R. Descentralização do financiamento e gestão da assistência à saúde no Brasil: a implementação do Sistema Único de Saúde – retrospectiva 1990/1995. **Planejamento e Políticas Públicas/IPEA**, 14: 75-156.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2009.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12ª ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

PAIM, J. S. A Reforma Sanitária e a municipalização. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 1, n. 2, 1992.

PAIM, J. S.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, London, p. 11-31, maio 2011.

PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco. **Plano Diretor de Regionalização (PDR)**. Pernambuco, 2006. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pdr_completo_pe.pdf>.

_____. Secretaria de desenvolvimento social e direitos humanos. Sistema de informação e gestão da assistência social de Pernambuco. Pernambuco, 2010.

Disponível

em:

<<http://portalsocial.sedsdh.pe.gov.br/sigas/Arquivos/Tabela%20dos%20Munic%EDpios.pdf>

PNUD – Programa das Nações Unidas para o desenvolvimento. **Relatório de desenvolvimento humano: racismo, pobreza e violência**. Brasília: PNUD, 2005. 153p.

RIZZOTO, M. L. F. **O Banco Mundial e as Políticas de Saúde no Brasil nos Anos 90: um projeto de desmonte do SUS**. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2000.

RODRIGUES, M.; BONFIM, C.; FRIAS, P. G.; BRAGA, C.; GURGEL, I. G. D.; MEDEIROS, Z. Diferenciais na adequação das informações de eventos vitais nos municípios de Pernambuco, 2006-2008. **Rev. bras. epidemiol.** São Paulo, v. 15, n. 2, Jun 2012.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & Saúde**. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. 728 p.

SCATENA, J. H. G. **Avaliação da Descentralização da Assistência à Saúde no Estado de Mato Grosso**. 2000. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Departamento de Saúde Materno-Infantil, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

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

SILVA, S. F. **Municipalização da saúde e poder local**. São Paulo: Hucitec. 2001.

SILVA, M. V. C. P.; MENDES, E. V. **Pacto de gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2004.

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

SANTOS, S. S. B. S. **Avaliação da Capacidade de Gestão Descentralizada da Vigilância Epidemiológica no Estado da Bahia**. 2010. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010.

SANTOS, S. S. B. S.; MELO, C. M. M.; COSTA, H. O. G.; TANAKA, O. Y.; RAMOS, F. M.; SANTANA, M. C. C.; TRINDADE, B. G. Avaliação da capacidade de gestão descentralizada da vigilância epidemiológica no estado da Bahia. **Ciênc. Saúde Coletiva**, 17(4):873-882, 2012.

SCHOUT, D. Municipalização da Vigilância Epidemiológica: uma proposta em construção. **Saúde e Sociedade**, 3(1): 11-28, 1994.

SOUZA, R. R. A regionalização no contexto atual das políticas de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, São Paulo, v. 6, n. 2, 2001.

TEIXEIRA, S. M. F. Descentralização dos serviços de saúde: dimensões analíticas. **RAP**, 24 (2): 78-99.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBOAS, A. L. Sistema Único de Saúde, Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**. Brasília, v.7, n.2, p.08-25, 1998.

TEIXEIRA, C. F. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.18 (Suplemento), p.153-162, 2002.

TEIXEIRA, C. F.; SOLLA, J. P. Modelo de atenção à Saúde no SUS: trajetória do debate conceitual, situação atual, desafios e perspectivas. In: LIMA, N. T.; GERCHMAN, S.; EDLER, F. C.; SUÁREZ, J. M. (Orgs.). **Saúde e Democracia: história e perspectiva do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. 504 p.

VIANA, A. L. A.; MACHADO, C. V. Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, 2009.

VILLA, T. C. S.; PALHA, P. F.; MUNIZ, J. N.; CARDOZO-GONZALES, R. I.; PINTO NETO, J. M.; ASSIS, M. M. A. A vigilância epidemiológica e a perspectiva de trabalho no território: Secretaria Municipal de Saúde - Ribeirão Preto. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 1, Jan. 2002.

VILLELA, M. M.; SOUZA, J. M. B.; MELO, V. P.; DIAS, J. C. P. Vigilância epidemiológica da doença de Chagas em programa descentralizado: avaliação de conhecimentos e práticas de agentes municipais em região endêmica de Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, Oct. 2007.