



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

Silvone Santa Bárbara da Silva Santos

**AVALIAÇÃO DA DESCENTRALIZAÇÃO
DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA PARA
A EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

**SALVADOR
2006**

Silvone Santa Bárbara da Silva Santos

**AVALIAÇÃO DA DESCENTRALIZAÇÃO
DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA PARA
A EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito para obtenção do grau de mestra na área de concentração Administração dos Serviços de Enfermagem.

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

SALVADOR
2006

Silvone Santa Bárbara da Silva Santos

**AVALIAÇÃO DA DESCENTRALIZAÇÃO
DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA PARA
A EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação, Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de mestra na área de concentração Administração dos Serviços de Enfermagem.

Aprovada em 08 de Fevereiro de 2006

BANCA EXAMINADORA

Cristina Maria Meira de Melo _____

Doutora em Saúde Pública e Professora da Universidade Federal da Bahia

Marluce Maria Araújo Assis _____

Doutora em Saúde Pública e Professora da Universidade Estadual de Feira de Santana

Oswaldo Yoshimi Tanaka _____

Doutor em Saúde Pública e Professor da Universidade de São Paulo

Norma Carapiá Fagundes _____

Doutora em Educação e Professora da Universidade Federal da Bahia

Ficha Catalográfica: Bibliotecária Marilene Abreu dos Santos

S237

Santos, Silvone Santa Bárbara da Silva

Avaliação da descentralização da vigilância epidemiológica para a equipe de saúde da família. Salvador: EEUFBA, 2006.
130f.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Escola de Enfermagem da UFBA.

Orientador: Prof^ª. Dr^ª. Cristina Maria Meira de Melo.

1. Vigilância epidemiológica. 2. Vigilância epidemiológica-descentralização. 3. Programa de saúde da família. I. Título

CDU: 616.44

DEDICATÓRIA

A meu pai (*in memorian*) por colocar o estudo como prioridade na minha formação. Este foi um dos grandes ensinamentos na minha vida

A minha mãe, mulher-criança, mãe-filha, frágil-forte, meu grande exemplo. Amarei vocês para sempre.

A meus filhos: Leo e Lipe

Vocês são presentes divinos. Através de vocês vejo que DEUS existe e me ama muito, pois me deu o privilégio de cuidar, ensinar e amar dois seres lindos, maravilhosos e cheios de luz.

A meu esposo: Nailton

Por compartilhar vinte e um anos de vida e me ensinar que viver é um grande desafio e um constante desejo de superação.

Aos meus irmãos: Aninha, Angélica, Linde, Eugênia, Marizélia, Godozinho, Neto, Zé, Joelma e Selma. Cada um de vocês me acolhe de uma forma toda especial, fazendo lembrar a todo instante o verdadeiro sentido da família.

A todos vocês que sempre me motivaram, quero compartilhar essa e muitas outras vitórias.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Prof^ª Dr^ª Cristina Maria Meira de Melo, pelo exemplo de profissionalismo, ética e compromisso com o que faz. A nossa parceria resultou neste trabalho que me fez crescer como pessoa, profissional e pesquisadora. Inicialmente, apenas a orientadora de pesquisa, com o passar do tempo, uma verdadeira amiga.

À professora Dr^ª Marluce Maria Araújo Assis. A minha admiração cresce a cada dia mais por tudo que você representa como pessoa e como profissional. Um agradecimento especial pelos ensinamentos, sugestões e comentários.

Ao professor Dr. Oswaldo Tanaka, pelas lições sobre avaliação, suas considerações e disponibilidade em avaliar este estudo desde a etapa da qualificação.

A Prof^ª Dr^ª Norma Fagundes, pelo carinho e pelas preciosas sugestões neste meu caminhar como pesquisadora.

À Prof^ª Dr^ª Maria Ângela Alves Nascimento, pelo incentivo para realização do mestrado. Serei eternamente grata.

A minha madrinha Milza (*in memoriam*), sinto a sua presença constante. Sei que continua me abençoando.

À Juliana, Taise, Vitória e Larissa, minhas afilhadas queridas e minhas pequenas/grandes inspiradoras.

À Meire, Janaina, Iara, Gel, Marivone e Lita. Cada uma de vocês contribuiu de forma especial para a realização deste trabalho.

Às queridas companheiras de viagem durante o mestrado: Eva, Juliana e Eliana. Aprendemos muito neste período. Foram trocas de experiências muito ricas. Uma verdadeira sala de aula ambulante na BR 324. Em cada uma de nós ficou um pouquinho da descentralização da vigilância epidemiológica, das representações sociais dos cuidadores de pessoas com feridas infectadas, do bebê prematuro no método canguru, do significado do cuidar para as enfermeiras e tantas outras coisas.

As colegas do mestrado de Feira de Santana. Mulheres guerreiras, que buscam vencer os obstáculos, inclusive à distância Feira – Salvador, para realização de um projeto de vida.

À Tânia, Erenilde, Maricélia, Jean Carla, Marisa, Julio, Lucineide, Jacira, Rita Catulina, e Mauricio por tudo, por qualquer coisa e acima de tudo pela amizade.

À Cristina Segatto, coordenadora nacional da vigilância epidemiológica das doenças exantemáticas - MS e Edgar Lessa, diretor da DIVEP/SESAB pelo apoio.

Aos colegas do curso, em particular, a turma de organização dos serviços de saúde. Foi um prazer o nosso convívio.

Aos Professores do Programa de Pós - graduação em Enfermagem da EEUFBA. A nossa convivência acadêmica foi fundamental para o meu crescimento como pesquisadora.

À Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana, na pessoa da enfermeira e Secretária de Saúde, Denise Lima Mascarenhas, pela permissão em realizar esta investigação.

A coordenação do mestrado, na pessoa da prof^a Dr^a Enilda Rosendo, o meu reconhecimento pelo trabalho realizado.

Aos funcionários da EEUFBA, Edivaldina e Zulmira, pela constante atenção.

Aos profissionais entrevistados (gestores e trabalhadores da saúde) pela relevante participação neste trabalho. Essa oportunidade de refletir sobre a descentralização da vigilância epidemiológica nos torna mais responsáveis em buscar sair do campo da intenção para a consolidação efetiva no campo da prática.

A todos os colegas de trabalho da DIRES, Secretaria de Saúde de Feira de Santana, DIVEP, que compartilham esse caminho rumo ao fortalecimento, não somente da Vigilância Epidemiológica, mas, sobretudo do SUS.

O inesperado surpreende-nos. É que nos instalamos de maneira segura em nossas teorias e idéias, e estas não têm estrutura para acolher o novo. Entretanto, o novo brota sem parar. Não podemos jamais prever como se apresentará, mas deve-se esperar sua chegada, ou seja, esperar o inesperado [...]. E quando o inesperado se manifesta, é preciso ser capaz de rever nossas teorias e idéias, em vez de deixar o fato novo entrar à força na teoria incapaz de recebê-lo (MORIN, 2003, p.30).

RESUMO

Este estudo avalia a implantação da descentralização das ações de vigilância epidemiológica (VE) para a equipe do Programa de Saúde da Família (PSF) no município de Feira de Santana, Bahia. O referencial teórico está embasado na evolução histórica da concepção de vigilância epidemiológica, descentralização e avaliação em saúde. Trata-se de uma pesquisa avaliativa através de um estudo de caso, com uso de técnicas adaptadas de análise temática e avaliativa, sendo adotado o modelo político da análise de implantação. Os dados primários foram obtidos através de entrevista semi-estruturada com os gestores da secretaria municipal da Saúde e trabalhadores do PSF e os dados secundários através da análise de documentos. A pesquisa demonstrou que a VE é compreendida dentro de três eixos: como uma prática voltada para o poder de polícia médica; como uma vigilância voltada para o controle das doenças transmissíveis e como vigilância de riscos e danos. Apesar das capacitações técnicas serem consideradas como um aspecto positivo para a descentralização, estas não contribuíram para remover a representação de que as ações de VE estão restritas ao controle de doenças. Os atores da pesquisa reconhecem a descentralização como necessária e apontam algumas dificuldades, a exemplo da precária infra-estrutura das unidades de saúde, flexibilização das relações de trabalho e rotatividade dos trabalhadores da saúde. Quanto à capacidade de intervenção confirma-se um desempenho positivo da equipe no PSF, ainda que relacionada à detecção da doença e adoção de medidas de controle. Conclui-se que é possível descentralizar a VE para a equipe do PSF, muito embora esta ainda não tenha ocorrido de forma efetiva, se caracterizando muito mais como uma desconcentração de atividades. Para que a descentralização das ações de vigilância epidemiológica resulte em maior impacto na proteção da saúde da população, as responsabilidades entre os gestores e os trabalhadores de saúde deverão ser compartilhadas e claramente definidas, ultrapassando o campo das intenções normativas, para se tornar uma realidade concreta.

Palavras-chave: descentralização; vigilância epidemiológica; programa de saúde da família

ABSTRACT

This study has as objective to evaluate the Epidemiologic Surveillance (ES) decentralization actions to the Family Health Team (FHT) in Feira de Santana city, Bahia. The theoretical referencial is based in the conception historical evolution of the Epidemiologic Surveillance, decentralization and health evaluation. This research is an evaluation through a case study, using suitable evaluation and thematic techniques of analysis, in which a politician model of the implantation analysis was adopted. The primary data had been obtained using half-structuralized interview with the managers of the city Health department and the FHT workers and the secondary data through document analysis. The research demonstrated that the ES is understood inside of three axles: The first one as a practical directed toward the power of medical policy; the second one as a surveillance directed toward the control of the transmissible illnesses and the third one as risks and damages surveillance. Despite of the techniques qualifications can be considered a positive decentralization aspect they did not contributed to remove the representation that the ES actions are restricted to the control of illnesses. The research actors recognize the decentralization as necessary and point some difficulties, as the example of the precarious infrastructure of the health units, the work relations becoming more flexible and the frequent work ranks changes for health workers. In respect of the intervention capacity it can be confirmed a positive performance of the team in the FHT, even though it is related to the illness detention and the adoption of control measures. It can be concluded that it is possible to decentralize the ES for the FHT, even though it has not occurred effectively yet, because it can be characterized much more as a disconcentration of activities. In order to the decentralization of the epidemiologic surveillance actions result in bigger impact to protect the population health, the responsibilities between the managers and the health workers must be shared and clearly defined, exceeding the normative intentions field, and it will become a concrete reality.

Key words: decentralization; epidemiologic surveillance; family health team.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	SOBRE A VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA	19
2.1	EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA CONCEPÇÃO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA	19
2.2	A DESCENTRALIZAÇÃO DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA	24
2.2.1	A descentralização da vigilância epidemiológica para as equipes de saúde da família	32
2.3	ASPECTOS CONCEITUAIS SOBRE AVALIAÇÃO EM SAÚDE	39
3	METODOLOGIA	47
3.1	TIPO DE ESTUDO	47
3.2	LÓCUS DO ESTUDO	48
3.3	ATORES DA PESQUISA	50
3.4	COLETA DE DADOS	52
3.5	ANÁLISE DOS ACHADOS	53
3.6	PRINCIPIOS ÉTICOS DA PESQUISA	56
4	AS CONCEPÇÕES DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA	58
4.1	A VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA COMO PODER DE POLICIA MÉDICA	59
4.2	A CONCEPÇÃO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA CENTRADA NA DOENÇA	64
4.3	A CONCEPÇÃO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA CENTRADA EM RISCOS E DANOS	70

5	O CONTEXTO DA DESCENTRALIZAÇÃO DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA PARA A EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA	73
		75
5.1	DETERMINANTE CONTEXTUAL DA IMPLANTAÇÃO DA DESCENTRALIZAÇÃO DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA: O PLANEJAMENTO LOCAL	
5.2	DETERMINANTE CONTEXTUAL DA IMPLANTAÇÃO DA DESCENTRALIZAÇÃO DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA: A CAPACITAÇÃO DOS TRABALHADORES DE SAÚDE	79
5.3	DETERMINANTE CONTEXTUAL DA IMPLANTAÇÃO DA DESCENTRALIZAÇÃO DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA: A ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE	84
5.4	DETERMINANTE CONTEXTUAL DA IMPLANTAÇÃO DA DESCENTRALIZAÇÃO DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA: A ARTICULAÇÃO INTRA-INSTITUCIONAL	90
5.5	DETERMINANTE CONTEXTUAL DA IMPLANTAÇÃO DA DESCENTRALIZAÇÃO DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA: ORGANIZAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA	95
5.6	ANALISE AVALIATIVA DA IMPLANTAÇÃO DA DESCENTRALIZAÇÃO DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA PARA A EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA	103
5.6.1	Avaliação da Capacidade de Intervenção da Equipe de Saúde da Família em Vigilância Epidemiológica	103
5.6.2	Avaliação do Processo de Descentralização da Vigilância Epidemiológica para a Equipe de Saúde da Família	105
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	108
	REFERÊNCIAS	113
	APÊNDICE	120
	ANEXO	126

1 INTRODUÇÃO

A Vigilância Epidemiológica (VE), segundo a Lei Orgânica de Saúde (Lei 8080/90), é o conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção e a prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual ou coletiva, e tem como finalidade recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle de doenças ou agravos. Essa concepção busca romper com um modelo de atenção à saúde com enfoque biológico centrado na doença. Adota um novo paradigma, que procura conhecer os fatores que determinam e condicionam o aparecimento de um agravo nos espaços coletivos, para implementar medidas de controle eficazes.

Barata (1992) afirma que o conceito de VE aponta para a superação da dicotomia entre as práticas coletivas, que são a vigilância sanitária e epidemiológica, e as práticas individuais, que são a assistência ambulatorial e hospitalar. Sabe-se, no entanto, que as práticas de saúde ainda estão centradas no controle das doenças, especialmente as transmissíveis. Assim, existe ainda uma dicotomia entre vigilância sanitária e epidemiológica, bem como não foi superada a fragmentação entre a prática ambulatorial e hospitalar que, conforme afirma a mesma autora, seriam condições essenciais para o delineamento e consolidação do modelo de Vigilância à Saúde.

Concordo com Mendes (1996, p.243) quando afirma, em relação a uma concepção de vigilância à saúde, que não basta apenas articular vigilância epidemiológica e sanitária. Para esse autor: “a vigilância da saúde é uma nova forma de resposta social, organizada aos problemas de saúde, referenciada pelo conceito positivo de saúde e pelo paradigma da produção social de saúde”.

Para enfrentar os determinantes do processo saúde-doença, o modelo de Vigilância à Saúde adota a epidemiologia como instrumento fundamental. No entanto, esse instrumento tem sido insuficiente para mudar o modelo de atenção. Afirmar isto não significa desconsiderar a importância da epidemiologia, porém, é preciso articulá-la com o saber clínico de forma ampliada. Isto implica em uma articulação entre saberes para intervir sobre os problemas individuais e coletivos, entendendo que as pessoas necessitam de projetos terapêuticos individualizados. Nas palavras de Campos (2003), o modelo de Vigilância à Saúde utiliza-se de métodos de promoção e de prevenção para assegurar saúde à coletividade. No entanto, muitas vezes, as intervenções não levam em consideração as necessidades individuais dos sujeitos.

Embora existam divergências entre as concepções de Mendes (1996) e Campos (2003), entendo que é possível a conjunção destes modelos de atenção (Vigilância à Saúde e da Clínica Ampliada), especialmente no âmbito local, pois conforme aponta Teixeira (2003), nenhuma proposta isolada de mudança de modelo consegue promover transformações nas práticas de saúde. Para esta autora:

Um dos “nós críticos” a serem desatados no momento atual, diz respeito à compreensão dos limites e possibilidades de cada uma das propostas em debate e experimentação, para que possa, inclusive, conjugar elementos conceituais, metodológicos e operacionais de cada uma delas, à medida que não apresentem incoerências e incompatibilidades entre si. (TEIXEIRA 2003, p.272).

Neste sentido é preciso assegurar a integralidade da atenção nos diversos níveis de complexidade do sistema, de modo a articular ações e serviços de saúde no âmbito coletivo ou individual, na prestação de ações de caráter preventivo ou curativo.

Compreendo que, para mudar o modelo assistencial e assegurar a integralidade da atenção, as decisões deverão ser compartilhadas entre gestores, profissionais e

usuários dos serviços, na perspectiva de implementar modelos alternativos de atenção à saúde.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002) são funções da Vigilância Epidemiológica: a coleta e processamento de dados; análise e interpretação dos dados processados; recomendação das medidas de controle apropriadas; promoção das ações de controle indicadas; avaliação da eficácia e efetividade das medidas adotadas e divulgação das informações pertinentes. Portanto, as funções da VE estão pautadas na tríade informação-decisão-ação. Nessa perspectiva, é necessário o seu fortalecimento, ampliando o escopo de atuação para além do controle das doenças transmissíveis, com a inclusão de outros agravos relevantes para a saúde da população.

Em outras palavras, a atuação da Vigilância deve ultrapassar o enfoque da doença, procurando identificar fatores que determinam o processo saúde-doença, e assim desenvolver uma prática voltada para a promoção da saúde, em que o Programa de Saúde da Família (PSF) assume papel fundamental, na medida em que deve se constituir na porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS).

O modelo de Vigilância à Saúde foi concebido por Mendes (1995) e incorporado no governo do presidente Fernando Henrique Cardoso como eixo estruturante do PSF. No momento atual, o governo de Luis Inácio Lula da Silva apresenta como proposta de modelo de atenção a articulação dos saberes da clínica ampliada, da epidemiologia e da gestão em saúde, integrando uma gestão coletiva e interdisciplinar.

Entendendo que o PSF foi implementado na perspectiva de modificar as práticas sanitárias, na medida em que as ações operadas estariam direcionadas para as famílias de cada território, permitindo conhecer mais de perto o estado de saúde da população local, a proposta do atual governo poderá desencadear uma mudança mais

efetiva na forma de organização dos serviços de saúde. Dada essas considerações, compreendo também que existem maiores possibilidades do PSF desenvolver com eficácia as funções inerentes à VE, implicando na melhoria dos indicadores de saúde dos grupos populacionais, partindo do pressuposto que as Equipes de Saúde da Família (ESF) convivem mais de perto com os problemas de saúde da população e têm condições de intervir oportunamente sobre os fatores determinantes do processo saúde-doença.

Por sua vez, a implantação do PSF se processa sob a responsabilidade dos municípios, que também se constituem em instâncias privilegiadas para o desenvolvimento das ações de saúde. Tomando como referência a definição ampliada de VE, este é o momento de reconstruir as práticas de saúde, na tentativa de melhorar os indicadores de saúde da população e assegurar os princípios do SUS.

Assim sendo, um grande passo para a reorientação das práticas de saúde é a descentralização da Vigilância Epidemiológica para as Equipes de Saúde da Família, na medida em que os profissionais incorporarem-na como uma atividade que faz parte de seu cotidiano de trabalho, e desde que o contexto político seja favorável a esse processo de mudança.

A descentralização da Vigilância Epidemiológica para os municípios ocorreu de forma gradual, com repasse das responsabilidades e também dos recursos da esfera federal para a esfera municipal. Na verdade, este processo representou muito mais uma desconcentração de ações, haja vista, que a maioria dos municípios não estavam estruturados para assumir efetivamente a descentralização da VE. Devido às diferenças regionais e políticas, alguns municípios avançaram mais do que outros na implantação da descentralização. Do ponto de vista financeiro, em muitos municípios os recursos são

escassos e/ou mal utilizados, produzindo como consequência ações incipientes e de baixo impacto.

Feira de Santana, o segundo maior município do estado da Bahia e lócus desse estudo, assume as ações de VE no ano de 1993, com a criação da Divisão de Controle Epidemiológico da Secretaria Municipal da Saúde. Vale destacar que essas ações eram de competência da 2ª Diretoria Regional de Saúde (DIRES), órgão ligado à Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB), que tem como responsabilidade prestar apoio técnico a vinte e seis municípios da Região. Através da Divisão de Controle Epidemiológico, iniciou-se em 2001 a implantação da descentralização das ações de vigilância epidemiológica para as ESF. (BAHIA, 2001).

Com base nesse processo, este estudo tem como objeto de investigação a implantação da descentralização da VE para as ESF no município de Feira de Santana. Assim, aponto a seguinte questão norteadora: Como ocorre a implantação da descentralização de VE para as ESF no município de Feira de Santana?

Para tanto, trago como objetivo geral avaliar a implantação da descentralização da VE para as ESF. Os objetivos específicos definidos para a investigação são: analisar a influência da descentralização da VE na organização da Unidade de Saúde da Família; identificar os determinantes contextuais no processo de implantação da descentralização da VE para as ESF. Cabe salientar que, para efeito desse estudo, foram definidos como determinantes contextuais: as relações entre os atores que participam da implantação (se são modificadas ou não); apoio ou não dos trabalhadores da saúde à implantação; apoio ou não dos atores que controlam a base de poder (gestores) e se as estratégias utilizadas pelos trabalhadores da saúde e gestores favorecem ou dificultam o alcance dos objetivos visados pela intervenção.

Como pressuposto traçado para o estudo considera-se que o SUS tem como uma das suas diretrizes a descentralização, com vistas à reorientação do modelo de atenção e gestão. Nesta mesma direção, a estratégia da Saúde da Família foi concebida com o propósito de reordenar os serviços da rede básica e construir um novo modelo de atenção. Portanto, descentralizar a VE para as ESF implica em valorizar a realidade locorregional, identificando os problemas e criando possibilidades de aumentar a capacidade de intervenção sobre estes.

O meu interesse por este objeto decorre inicialmente pela minha inserção profissional no campo de atuação da VE. Num primeiro momento, como enfermeira de um centro de saúde de uma pequena cidade do interior, onde realizava consulta de enfermagem, fazia investigações epidemiológicas, realizava vacinação na zona rural e acompanhava o tratamento dos portadores de tuberculose, dentre outras atividades.

Transferida desta cidade para Feira de Santana, atuei em um centro de saúde recém-inaugurado, situado em um bairro populoso. Nesse centro de saúde assumi as atividades preconizadas pelo Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (imunização, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, controle das doenças diarréicas, acompanhamento das infecções respiratórias agudas e incentivo ao aleitamento materno), entendendo que a vigilância epidemiológica permeava todo esse conjunto de ações.

Em seguida passei a trabalhar na 2ª Diretoria Regional de Saúde, também em Feira de Santana, atuando no período de 1998 a 2000 no Programa de Controle de Mortalidade na Infância (PRMI) e na Coordenação do Programa de Erradicação do Sarampo e Controle da Rubéola. Posteriormente assumi a coordenação da Divisão de Controle Epidemiológico no mesmo município, entre fevereiro de 2001 a julho de 2004, período em que se iniciou a implantação da descentralização da vigilância epidemiológica para as ESF.

Neste momento, como consultora estadual na área de vigilância epidemiológica das doenças exantemáticas do Ministério da Saúde, percebo que essa trajetória profissional permitiu acumular conhecimentos, experiências e questionamentos que me conduziram à delimitação da pesquisa que ora apresento.

Em linhas gerais, a minha atuação no campo da VE, associada ao trabalho que realizei como professora substituta na Universidade Estadual de Feira de Santana, como docente da disciplina Gerência em Serviços de Saúde e Enfermagem, me fez optar por este objeto de estudo, que é relevante para a implementação do SUS municipal e ainda pouco pesquisado, porque também é uma iniciativa recente no campo da saúde coletiva.

2 SOBRE A VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

2.1 EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA CONCEPÇÃO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

A concepção de Vigilância Epidemiológica se redefine acompanhando cada momento histórico das políticas de saúde no Brasil¹.

Para entendimento deste processo vale a pena reportar-se ao início do século XX, período marcado pela existência exclusiva de hospitais filantrópicos, mantidos por contribuições e auxílios governamentais. Apesar da frequência das doenças pestilenciais, como a cólera, peste bubônica, febre amarela, e as doenças infecciosas e parasitárias, como a tuberculose, hanseníase e febre tifóide, não existiam hospitais públicos. Os hospitais filantrópicos constituíam verdadeiros depósitos de pessoas portadoras de doenças transmissíveis, com o objetivo de mantê-los isolados da sociedade, para não contaminá-la. (BAHIA, 1998; BRASIL, 2000a).

Paradoxalmente, o Brasil apresentava um crescimento econômico nas primeiras décadas do século XX, ao mesmo tempo em que convivía com as doenças pestilenciais que ameaçavam a produção e trocas no campo da economia. O caráter

¹ O termo Vigilância, citado por Augusto (2003, p. 180), “tem sua origem nas ações de isolamento e quarentena. Após a II Guerra Mundial, especialmente nos Estados Unidos da América (EUA) do período da Guerra Fria, o conceito de Vigilância esteve associado à idéia de inteligência, em razão dos riscos de guerra química ou biológica. Hoje, assistimos à retomada desse discurso, principalmente diante das ameaças do chamado bioterrorismo”.

agro-exportador da economia vigente sofria os efeitos do panorama sanitário da época, principalmente porque os navios estrangeiros não atracavam nos portos brasileiros evitando que seus tripulantes contraíssem doenças. (BAHIA, 1998).

Buscando reverter esta situação, surgem, como principal medida de intervenção, as campanhas de vacinação, dentro de um contexto policialesco, onde as pessoas eram obrigadas a se vacinarem. Na década de 20 foi criado o Departamento Nacional de Saúde Pública, sob a direção de Oswaldo Cruz. Este adotou um modelo campanhista de atenção à saúde, direcionado para as camadas mais pobres da população, na tentativa de resolver os problemas de saúde pública (BRASIL, 2000a), modelo esse ainda presente nos dias atuais.

Segundo Paim e Teixeira (1992), a VE tratava mais da vigilância de pessoas através do isolamento e quarentena, não sendo observados os fatores determinantes e condicionantes das doenças. Cerqueira (2001) afirma que essas medidas de controle (quarentena e vigilância de espaços) deram origem à prática da VE. Para essa autora, o termo vigilância epidemiológica começa a ser empregado na década de 40 do século passado, sendo utilizado de forma mais ampla nos anos 50, quando se iniciou o acompanhamento sistemático das doenças da comunidade e a adoção das medidas de controle.

A concepção inicial de vigilância epidemiológica era a “observação sistemática e ativa de casos suspeitos ou confirmados de doenças transmissíveis e de seus contatos”. (BRASIL, 1998a, p.1). Em outros termos, isto significava dizer que as ações deveriam ser voltadas para o indivíduo, desconsiderando os grupos de população e os fatores determinantes do processo saúde-doença.

A partir da década de 60, a VE foi solidificada internacionalmente, e adotada uma concepção mais ampliada da mesma, entendendo-se que o conhecimento da história natural da doença, assim como dos seus fatores condicionantes, permite indicar medidas eficazes e eficientes para prevenir e controlar determinadas doenças. (CERQUEIRA, 2001).

Na década de 1970, com o processo acelerado de industrialização e fim da primazia da economia agro-exportadora, é exigida do governo brasileiro a adoção de uma política de saneamento dos espaços de circulação de mercadorias exportáveis, além da erradicação e controle de doenças.

A rigor, a vigilância epidemiológica, enquanto atividade dos serviços de saúde é introduzida “oficialmente” no Brasil durante a campanha de varíola, no início da década de 70. As transformações no quadro sanitário do país e as demandas políticas e econômicas de uma nova forma de organização das ações de saúde pública apontam para consolidação de uma prática mais institucionalizada. (BRASIL, 2000a, p. 19).

Em 1973, em plena epidemia de meningite, foi realizado o I Seminário Regional dos Sistemas de Vigilância Epidemiológica de Enfermidades Transmissíveis e Zoonoses das Américas, sendo apresentado um documento contendo uma proposta de organização da VE e controle das doenças transmissíveis.(PAIM; TEIXEIRA, 1992). Segundo os autores, em decorrência do referido seminário, a VE passa por uma revisão conceitual, estabelecendo-se uma concepção ampliada que não mais se limitava à vigilância de pessoas e sim dos fatores determinantes e condicionantes dos agravos, ratificando a importância da informação para o desenvolvimento de ações voltadas para prevenção e controle das doenças.

No ano de 1975, o Ministério da Saúde promoveu uma reunião propondo a criação do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, referendado na V Conferência Nacional de Saúde e formalizado através da Lei 6.259/75. O Decreto

78.231, publicado em 1976, regulamentou a referida Lei e a Portaria 314/76, e especificou as doenças objeto de notificação em todo o território nacional.

A década de 70 foi marcada pela forte centralização da esfera federal nas decisões e na execução de ações de saúde pública. Dentro desse contexto, foi criado o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica e de Vigilância Sanitária. Apesar de não ser objeto deste estudo aprofundar esta discussão, a criação dos referidos sistemas, definindo responsabilidades distintas, consolida a desarticulação entre a Vigilância Epidemiológica e a Vigilância Sanitária. (BRASIL, 2001).

Com a promulgação da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/90), o conceito de VE passou a ser mais abrangente, envolvendo um “conjunto de saberes e campos de ação de epidemiologia (vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, programação em saúde etc.), no sentido de redimensionar o escopo das intervenções sanitárias”. (PAIM; TEIXEIRA, 1992, p.96). Essa nova abordagem transcende o fazer baseado na história natural da doença, em que se busca apenas conhecer os integrantes da cadeia epidemiológica. Em outras palavras, o novo conceito de VE exige o monitoramento constante dos fatores determinantes e condicionantes do processo saúde-doença.

É importante observar, conforme afirmam Cerqueira *et al.* (2003, p.214) que:

Embora a VE seja uma das práticas mais antigas nos serviços de saúde, somente com o avanço do processo de municipalização essas práticas começam a ser descentralizadas para os municípios, que passam a incorporá-las, cada vez mais, no cotidiano das suas unidades de saúde.

Em 1993 é editada a Portaria Ministerial de n. 1399 de 15/12/1999, a qual regulamenta as competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal na área de epidemiologia e controle de doenças, bem como define a sua forma de

financiamento. No Capítulo VI fica definido no Art. 22, inciso III, que, para maior efetividade no desenvolvimento das ações de epidemiologia e controle de doenças, recomenda-se às secretarias estaduais e municipais de saúde “incorporar ações de vigilância, prevenção e controle da área de epidemiologia e controle de doenças às atividades desenvolvidas pelo Programa de Agentes Comunitários e Programas de Saúde da Família”. (BRASIL, 2000, p.11).

Considero de fundamental importância o cumprimento pelos municípios do que está estabelecido no referido artigo, pois permitirá fortalecer as ações de VE de forma a ampliar a capacidade de identificar mais oportunamente os riscos, e de desenvolver ações multissetoriais que reduzam ou evitem a exposição da população aos mesmos.

A nova concepção de VE acompanha o momento histórico atual, em que se busca a re-organização do modelo de assistência, pautado nos princípios doutrinários do SUS - a universalidade, integralidade, equidade no acesso aos serviços e na atenção à saúde - assumindo como princípios organizacionais: a descentralização dos serviços e ações de saúde, a regionalização e a hierarquização da rede e a participação popular². É neste contexto que se desenvolve este estudo de caso.

² **Integralidade**, em que, tanto na ação individual ou coletiva, sejam englobadas as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde; **Universalidade** significa dizer, que toda e qualquer pessoa tem direito a todo e qualquer serviço, seja público ou conveniado ao SUS; **equidade**, ou seja, discriminação positiva que consiste em oferecer mais a quem mais precisa; **participação e controle social**, entendida como espaços democráticos de negociação e articulação entre as distintas representações sociais; **descentralização**, que confira real transferência de poder, segundo cada esfera de governo, com a devida alocação de recursos (BRASIL, 1990).

2.2 A DESCENTRALIZAÇÃO DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Ao resgatar a história do processo de descentralização na área de saúde no Brasil, me reporto ao período compreendido entre o pós 1964³ até o início da década de 80, período esse marcado pela forte centralização no processo de tomada de decisão. A política social desta época era caracterizada pela excessiva fragmentação das ações, privatização e maximização de interesses particulares em detrimento dos interesses coletivos. Como consequência, as ações governamentais eram de baixa efetividade social, o que se traduzia em pequena ou nenhuma participação das classes sociais subalternas na riqueza gerada, e no mínimo ou nenhum esforço governamental em criar mecanismos que garantissem esta participação, e a alteração das precárias condições de vida da população brasileira. (FUNDAP, 1989).

Notadamente, entre o período de 1969 a 1984, com a expansão de subsídios garantidos pelo governo federal através de financiamento do Banco Mundial, o setor privado, especialmente na área hospitalar, cresceu em 465%. (MENDES, 1995). Essa aceleração do setor privado reforçou as propostas do projeto neoliberal também no setor saúde, que estão pautadas na tríade: privatização, focalização e pequena regulação por parte do Estado.

Assim, o setor privado passou a exercer forte pressão no processo de tomada de decisão do governo, estabelecendo um hiato entre o que era realmente necessário para a população e o que era definido como prioridade na política governamental, gerando forte exclusão e marginalidade social.

³ Desde o início dos anos 50, especificamente na III Conferência Nacional de Saúde, já havia um movimento, embora incipiente, que defendia a descentralização na saúde. O golpe de 64 e a instauração do regime militar impuseram uma lógica centralizadora e privatizante ao sistema nacional de saúde. (FUNDAP, 1989).

Este quadro de desigualdades no Brasil permanece nos dias atuais. O Relatório de Desenvolvimento Humano da Organização das Nações Unidas revela que no País, os 20% mais ricos possuem condições de vida trinta e duas vezes superior as dos 20% mais pobres. (COHN, 2002). Este panorama se reflete na área da saúde, particularmente na determinação do perfil epidemiológico da população.

O Brasil apresenta uma situação epidemiológica das doenças transmissíveis bastante complexa, caracterizada por três grandes tendências: **doenças transmissíveis com tendência descendente**, a exemplo das doenças evitáveis por vacinação; **doenças transmissíveis com quadro de persistência**, como a tuberculose, hepatites, leishmaniose visceral e tegumentar; **doenças transmissíveis emergentes** como a hantavirose e Aids e **doenças re-emergentes**, como a dengue e o cólera. (BRASIL, 2004a).

Ainda com relação aos agravos à saúde da população, não se pode deixar de mencionar o grupo das doenças não transmissíveis. Diante do atual cenário de saúde, em que a expectativa de vida no Brasil passou de 62,6 anos em 1980 para 71,7 anos em 2004 com o conseqüente aumento da população idosa (BRASIL, 2005) e crescendo por sua vez a prevalência das doenças crônico-degenerativas “emergem questões bastante sérias a respeito das modalidades de organização de cuidados, nos sistemas de saúde, capazes de dar conta das várias transições em curso”.(GOULART, 1999, p.24). Esse é um grande desafio a ser enfrentado, não só pelos gestores na esfera federal, como também nas esferas estadual e municipal.

Retomando a década de 80, esta foi marcada por uma grave crise econômica no país, e por forte tensão entre a população, originando movimentos sociais que provocaram grandes repercussões na área de saúde, o que culminou com o movimento da Reforma Sanitária. Este movimento buscava superar a crise no setor, que não

resolvia os problemas de saúde da população, impulsionando a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde em Brasília, em 1986, onde foi defendida a criação de um sistema de saúde universal, integral, igualitário, descentralizado e com participação popular.

O movimento da Reforma Sanitária reuniu atores diversificados em uma batalha política pelo reconhecimento da saúde como um direito social, pela universalização do acesso aos serviços de saúde e pela integralidade da atenção à saúde, na luta mais ampla pela construção da cidadania que marcou o final do regime militar. (BRASIL, 2003, p.13).

Segundo Luz (2001), foi inédito esse movimento no País, quando pela primeira vez, pôde-se falar em uma política pública que defendia a descentralização e participação popular através dos conselhos estaduais, municipais e locais de saúde. Neste contexto, o setor saúde tornou-se pioneiro na implantação de políticas públicas descentralizadas e com controle social.

A grande maioria das propostas da VIII Conferência Nacional de Saúde foi referendada na Constituição Federal de 1988 e Leis Orgânicas da Saúde (8080/90 e 8142/90). A Constituição Federal de 1988 estabeleceu o SUS (BRASIL, 1990), sendo que a descentralização da saúde tem as suas bases legais consolidadas pela Lei 8080/90. Assim, a descentralização passou a ser entendida como uma prioridade para a consolidação do SUS, uma vez que teoricamente garantiria o controle social e romperia com a centralização das políticas governamentais, envolvendo redistribuição de poder, competências e recursos.

A proposta de transformação da política de saúde no Brasil acompanhou o momento histórico da Nova República, com o fim da ditadura militar. Esta transformação teve como eixo orientador a descentralização, que não deveria ser

entendida como desconcentração de recursos, pulverização e segmentação das ações governamentais. (LUZ, 2001).

No entanto, conforme aponta Luz (2001, p. 20) o Estado “faz o que pode para se livrar do ônus político, social e econômico que representam saúde e previdência”. Assim, a descentralização pode ser vista como uma forma do Estado central desresponsabilizar-se das funções que lhes são inerentes.

Por outro lado, conforme aponta Carvalho (2001), o governo brasileiro utiliza-se das Normas Operacionais Básicas (NOB) e das Instruções Normativas para fazer operacionalizar o que já se encontra estabelecido nas Leis Orgânicas de Saúde, se constituindo, portanto, em medidas burocráticas e burocratizantes. Para o autor, a NOB 91 e 92, ambas editadas no governo Collor, representou um retrocesso sob vários aspectos. Em particular quanto ao sistema de pagamento por produção de serviços; do repasse de recursos através de convênios, em que a liberação de recursos ficava atrelada à condição político partidária dos municípios; e a omissão nas referidas normas, das ações de vigilância sanitária e epidemiológica.

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

A implementação da NOB 96, editada no governo Fernando Henrique Cardoso, permitiu segundo Barata *et al.* (2004), avanços no processo de descentralização, ao definir as formas de gestão, de financiamento *per capita* para a atenção básica e de incentivos específicos para áreas estratégicas do sistema. Porém, para os mesmos autores (BARATA et al, 2004, p.19) “a descentralização não tem conseguido, por si só,

determinar transformações significativas no modelo assistencial adotado nas regiões, repetindo na escala municipal, erros anteriores”.

Compreendo que a descentralização deve ser assumida como um processo em que cada esfera de governo, de forma articulada, seja responsável pela condução da política de saúde com correspondente participação nos processos de tomada de decisão, formulação, implementação e gestão dessas políticas.

Nessa mesma direção, Assis (1998a) afirma que a descentralização não deve ser compreendida apenas como transferências de atribuições, e sim como transferências de poder para as autoridades eleitas localmente, com o correspondente poder decisório.

Há de se considerar, no entanto, que no momento em que se propõe uma lógica diferente para os rumos da política de saúde no País, devem ser criadas condições para a estruturação desta proposta. O enfrentamento de algumas questões tornava-se indispensável, especialmente no que concerne à forma de articulação entre as esferas de governo na formulação e implementação das políticas, e quanto às alternativas de financiamento, de forma a garantir a participação financeira na saúde não só da esfera nacional, como também estadual e municipal.

Nota-se que, ao longo dos anos, avanços importantes foram obtidos no SUS, principalmente no que concerne aos instrumentos jurídico-normativos, especificamente no que diz respeito à descentralização. (BRASIL, 2004b). Destacam-se, dentre eles:

- A Constituição Federal, que define no seu Artigo 198 a organização de ações e serviços públicos de saúde numa rede regionalizada e hierarquizada, organizada de acordo com as diretrizes de descentralização, integralidade da atenção e participação da comunidade.
- A Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990, que no seu no Artigo 7º atribui ao município a organização de redes regionalizadas de saúde, onde a esfera municipal deve participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do SUS, em articulação com a esfera estadual.
- A Norma Operacional Básica 01/93, que estabelece como uma das diretrizes para o processo de construção do SUS, a regionalização com base nas características geográficas, epidemiológicas, organizacionais etc.
- A Norma Operacional Básica 01/96 que define os instrumentos de planejamento, como Plano de Saúde, Relatório de Gestão e a Programação Pactuada Integrada (PPI)⁴.
- A NOAS-SUS 01/2001, a qual enfatiza o planejamento como condição essencial para a constituição de redes regionais de saúde, tendo como objetivo possibilitar maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde. Através dessa norma, foi introduzida a concepção de módulos assistenciais e regionalização. Posteriormente, foi editada a NOAS 01/2002, que, no entanto, não altera as diretrizes preconizadas pela NOAS 01/2001. Pode-se inferir que a NOAS

⁴ A Programação Pactuada Integrada é um instrumento que busca a efetividade quanto ao que foi definido no Plano Diretor de Regionalização. O Plano de Saúde define o planejamento por um período de quatro anos em cada esfera de governo. O Relatório de Gestão funciona como uma prestação de contas, correlacionando as metas estabelecidas, os resultados alcançados e a aplicação de recursos (BRASIL, 2002b).

priorizou a assistência, em detrimento das ações de vigilância sanitária e epidemiológica.

Apesar de todo esse aparato legal, como considera o próprio Ministério da Saúde, “os avanços do processo de descentralização da saúde não impediram a conformação de sistemas municipais de saúde fragmentados, atomizados e o aprofundamento das desigualdades na oferta e no acesso aos serviços, comprometendo a legitimidade do SUS”. (BRASIL, 2004b, p.4).

Penso que os grandes pontos de estrangulamento para a efetivação dos princípios do SUS estão relacionados à privatização, que é reforçada por mecanismos de subsídio estatal às empresas. Quanto à descentralização, sua aplicação está permeada pelo enfoque neoliberal de um Estado mínimo, com pequena regulação deste e com a focalização, com propostas de atenção primária seletiva. Este direcionamento político se fortaleceu na década de 90, com a eleição de Collor de Mello para presidente da República.

Segundo Luz (2001, p.18) “começava ali um processo de desmonte de políticas construídas não apenas na década anterior, mas em outras, recuando-se até o governo de Getúlio Vargas e a política previdenciária dos anos 30”.

Com o movimento em torno da municipalização esperava-se maior operacionalização da política de saúde, com conseqüente melhoria na qualidade e acesso aos serviços de saúde. Porém, quando o governo Collor assume a sua face neoliberal, as políticas de saúde afastam-se cada vez mais do ideário da Reforma Sanitária, fortalecendo amplamente o setor privado, a focalização e a idéia do Estado mínimo.

Quanto ao estado da Bahia, este foi considerado até o ano de 1997, um dos estados mais atrasados em relação ao processo de descentralização no país. No período

compreendido entre 1991 a 1994, a municipalização não foi colocada na agenda de prioridade do governo ACM (Antonio Carlos Magalhães). Somente a partir de 1995, apesar da mesma linha partidária, o então governador Paulo Souto; passou a incorporar na agenda de governo a descentralização da saúde, muito embora, este processo estava permeado pelo jogo de interesses com relação a liberação de recursos para saúde pela esfera federal (GUIMARÃES,2000).

Para Guimarães (2000) a inclusão da descentralização na agenda de governo, esteve muito mais relacionada aos mecanismos de pressão impostos pela esfera federal, do que por iniciativa própria do governo. Para esta autora (2000, p.180):

Os estados foram induzidos a buscar formas de envolver e sensibilizar o maior número possível de municípios da sua área de jurisdição a aderirem a este processo, pois o saldo desta adesão é requisito para o nível federal avaliar o avanço do estado e acatar seus pleitos de mudanças na sua forma de gestão do SUS. Assim, por exemplo, até o ano de 1995, o estado da Bahia estava habilitado na condição de gestão incipiente, passando, a parti daí, à condição de gestão parcial de acordo com a NOB/93, em decorrência principalmente dos municípios habilitados, condição que autorizou a gerir os recursos financeiros transferidos pela esfera federal para o pagamento de ações de saúde ambulatoriais e hospitalares contratados de outros prestadores.

Ainda que a descentralização seja vislumbrada como 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, observa-se que foi necessária a publicação de uma portaria para a adesão dos municípios, o que implica no cumprimento de uma série de requisitos (formalização do pleito pelo gestor municipal, comprovação de estrutura e equipe etc.) para liberação do financiamento. Assim, pode-se afirmar que o processo de descentralização de VE assume certa verticalidade e centralidade.

Penso que uma das razões é que a descentralização não é idealizada pelo município, ou seja, alguns gestores municipais acabam aderindo aos requisitos da Portaria 1399/99 para assegurar mais recursos e, não necessariamente, com uma intenção real de desenvolver com efetividade as ações de VE que estão sob a sua responsabilidade.

O atual cenário político aponta para o fortalecimento da descentralização do Sistema Único de Saúde. Como estratégia para o fortalecimento da comunicação entre os diferentes gestores e instituições formadoras e de pesquisa, foi criada a rede Cooperasus, que consiste em um espaço de intercâmbio que permite trocas de experiências e informações que possam contribuir para a qualificação do processo de descentralização do SUS e desenvolvimento de iniciativas conjuntas com vistas à gestão descentralizada. Penso que essa estratégia pode fortalecer o processo de descentralização, na medida em que existir maior participação dos gestores e profissionais de saúde na rede, compartilhando, apreendendo e adotando experiências inovadoras que possam contribuir para fortalecer a gestão do SUS.

2.2.1 A Descentralização da Vigilância Epidemiológica para as Equipes de Saúde da Família

O PSF foi institucionalizado pelo Ministério da Saúde em 1994, a partir da experiência do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), implantado no País em 1991. O PACS surgiu como uma forma de minimizar as tensões sociais naquela época, pois o quadro epidemiológico se mostrava bastante complexo e os mecanismos de gestão existentes não respondiam a situação do estado de saúde da população.

O PACS foi inicialmente implantado no Nordeste, com a clara intenção de diminuir os indicadores de morbi-mortalidade, mais elevados nessa Região. Nasce dentro de uma proposta focalizada e direcionada para uma das regiões do País com maior desigualdade social.

Com a epidemia do cólera em 1991, o programa foi ampliado em caráter de urgência para a Região Norte, dando uma maior visibilidade ao agente comunitário, devido a relevância do seu trabalho na redução da morbi-mortalidade por este agravo. A partir de 1993, o PACS foi se estendendo para outras regiões do País (SILVA, 2003).

Nesta trajetória de institucionalização e ampliação do PACS, observa-se que originariamente as suas ações eram voltadas para a promoção da saúde com vistas à redução de doenças e agravos. Nesse sentido, o PACS sempre esteve estreitamente ligado às ações de Vigilância Epidemiológica.

O agente comunitário passou a ser considerado o elo entre a comunidade e a unidade de saúde, com vistas a atender as demandas de saúde da população.

Em 1998, o PSF passou a ser preconizado como estratégia estruturante do SUS, o qual deveria priorizar as ações de promoção, proteção e recuperação, não só do indivíduo como também da família.

O PSF assume, no atual cenário de saúde, papel de destaque. Este foi desenhado com a pretensão de reestruturar o modelo de atenção à saúde hegemônico, predominantemente centrado no hospital e na prática médica, com características assistencial individualizada e curativa. Reorientar estas práticas passa pela consolidação da atenção básica com vistas à transformação do modelo de atenção à saúde. Modelo de atenção à saúde, nas palavras de Teixeira (2003) envolve três dimensões: a dimensão gerencial, que está relacionada aos mecanismos de condução do processo de reorganização dos serviços; dimensão organizativa, a qual considera a hierarquização

dos serviços; dimensão técnico-assistencial, a qual envolve as relações entre os sujeitos das práticas e seus objetos de trabalho.

Concordo com Teixeira (2003) quando afirma que existe uma possibilidade de conjugação e articulação entre as propostas de mudança do modelo de atenção. Segundo a autora:

O processo de mudança do modelo de atenção à saúde é extremamente complexo, exigindo um conjunto heterogêneo de iniciativas “macro”-sistêmicas, quais sejam, a formulação e implementação de políticas que criem condições para as mudanças ao nível “micro”. (TEIXEIRA, 2003, p. 263).

Entendo que o PSF só poderá causar mudanças se for concebido realmente como uma estratégia, onde os atores sociais sejam co-participantes no modo de fazer saúde. Nessa direção, é interessante citar Campos (2003) quando propõe uma gestão colegiada, com a democratização do poder, descentralização sem burocratização e manutenção de espaços permanentes de negociação.

No entanto, o PSF pode se propor ao ajuste neoliberal se for encarado pelos gestores de forma focalizada⁵, como uma medicina de pobres para pobres. Essa assertiva não está muito distante da realidade brasileira, tendo em vista que o Banco Mundial atualmente financia vários projetos com caráter focalizado na área de saúde. Essa organização financia o Projeto de Expansão de Saúde da Família (PROESF) no Brasil, reforçando que o projeto procura converter o atual sistema de saúde num modelo de alcance ampliado, segundo o qual os provedores de saúde familiar prestam cuidados

⁵ Focalização, nas palavras de MENDES (1995), se refere aos gastos sociais públicos que chegam em pequena proporção aos setores pobres da sociedade, sendo que esses recursos são alocados prioritariamente para os programas sociais, aparecendo a focalização com clareza nas propostas de atenção primária seletiva, especialmente na medicina simplificada e nas diferentes estratégias de sobrevivência de grupos de risco. Em outras palavras, significa dizer, medicina de “pobres para pobres”.

de saúde básica diretamente **às famílias pobres** [destaque da autora]. (BANCO MUNDIAL, 2004).

Essa afirmação é contrária à concepção ideológica preconizada pelo Ministério da Saúde (MS), dado que o PSF é considerado como estratégia para reorganização de modelo de atenção à saúde. Nessa direção, o MS (BRASIL, 1998b, p. 9) destaca que é um equívoco identificar o PSF como um sistema de saúde de pobres, com utilização de baixa tecnologia:

[...] o Programa deve ser entendido como modelo substitutivo da rede básica tradicional de cobertura universal, porém assumindo o desafio do princípio da equidade e reconhecido como uma prática que requer alta tecnologia nos campos do conhecimento e do desenvolvimento de habilidades e de mudanças de atitude.

Nas palavras de Lima (2003) há de se considerar os sérios desvios praticados nos municípios, especialmente os menores, que além da corrupção, amadorismo e autoritarismo, apresentam uma estrutura de poder patrimonialista, havendo pouca distinção entre os serviços públicos e os privados.

Direcionando para a especificidade do sistema de saúde do município de Feira de Santana, esse apresenta uma lógica de funcionamento fragmentado, caracterizado pela dicotomia entre o público e privado, não diferindo do sistema de saúde brasileiro, haja vista que a oferta e a produção de serviços ocorrem de forma “discriminatória, seletiva e centrada na atenção médica” (ASSIS 1998a, p.91), possuindo caráter focal.

A implantação do Programa de Agentes Comunitários (PACS) no referido município ocorreu em 1992, alcançando uma cobertura de 18,83%, com maior concentração de Agentes Comunitários na zona rural. Somente em 1998 o programa foi ampliado, passando a um percentual de cobertura de 58,8% (BAHIA, 1999). Foram

priorizados para implantação do PACS os bairros situados na periferia e os distritos (zona rural), onde a população convive com situações bastante adversas para a saúde. Concordo que a população residente nessas localidades necessita de maior acesso aos serviços de saúde, porém o programa começa a ser implantado no município com utilização de baixa tecnologia e sem assegurar um sistema de referência e contra-referência.

Quanto ao PSF, esse foi implantado no município no ano de 2000 com apenas duas equipes, adotando-se como critério para definição da área de implantação a comunidade mais pobre, nascendo também dentro de uma proposta focalizadora. (BEZERRA, 2004). Para essa mesma autora, outra característica marcante no processo de implantação do PSF naquele ano foi o interesse político do gestor municipal, tendo em vista que se tratava de um ano de eleições municipais.

Não sendo reeleito o prefeito, as equipes foram desativadas. No entanto, a gestão municipal do período de 2001-2004 decidiu por iniciar uma nova implantação e/ou reestruturação do PSF. No entanto, as Unidades de Saúde da Família não foram organizadas antes da alocação das equipes. (BEZERRA, 2004).

Mas onde situar o PSF e, conseqüentemente, as ESF na perspectiva da descentralização da Vigilância Epidemiológica?

Sabe-se que as Equipes de Saúde da Família participam de um mesmo espaço de convivência com o cidadão, através dos trabalhadores que nelas atuam. Conseqüentemente, a equipe pode se tornar mais visível no seu território de atuação. Isto, segundo Mendes *et al.* (1995), não pode ser entendido como um resultado homogêneo e simétrico, cabendo a ESF perceber a diversidade do contexto onde atua e trabalhar nessa perspectiva.

O Ministério da Saúde, por sua vez, estabelece dentre as atribuições dos trabalhadores das Equipes de Saúde da Família: conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, com ênfase nas suas características sociais, demográficas e epidemiológicas; identificar os problemas de saúde prevalentes e situações de risco a qual a população está exposta; executar ações básicas de vigilância epidemiológica e sanitária na sua área de abrangência, segundo sua qualificação profissional. (BAHIA, 2002).

No que concerne à VE, não se trata apenas de repassar mais uma função para as equipes do PSF, e sim de assumir a responsabilidade sanitária sobre a área de abrangência, realizando intervenções tanto diretamente como indiretamente, através da articulação intersetorial. Entendo também que os problemas de saúde da área de abrangência deverão ser direcionados conforme a complexidade e disponibilidade de recursos, assegurando a integralidade da atenção e a melhoria dos indicadores de saúde.

Baseada na minha inserção profissional de quase vinte anos na saúde coletiva e nas reflexões teóricas, vejo que o novo momento político brasileiro representa uma possibilidade de se buscar novas estratégias que possam promover mudanças na forma de gestão do sistema de atenção à saúde da população.

Nesse contexto, refletindo quanto ao processo de descentralização, para viabilizar transformações e mudanças efetivas no setor saúde os gestores, profissionais da saúde, representantes das distintas organizações deverão estar comprometidos com o princípio ético e legal que é a garantia do direito à saúde.

A partir de todas essas considerações, o PSF poderá se constituir em um caminho para a reorganização do modelo de atenção à saúde. No entanto, defendo que o PSF somente poderá se constituir em uma estratégia viabilizadora de mudanças quando o processo de trabalho em saúde tomar como eixo o reconhecimento das especificidades

locais e, conseqüentemente, das famílias cuidadas, construindo práticas que se traduzam em melhoria dos indicadores de saúde da população, da satisfação do usuário e do trabalhador da saúde.

Diante do exposto entendo que a implantação da descentralização da Vigilância Epidemiológica para as ESF representa um caminho para a organização da atenção básica, pois permitirá operacionalizar o trabalho das ESF, voltado para as necessidades do indivíduo ou dos grupos de uma determinada área de abrangência.

Dentro deste contexto, compete à ESF desenvolver ações de promoção da saúde, prevenção da doença, prestação de cuidados aos indivíduos e famílias. Deve realizar também análise da situação de saúde da sua área de abrangência, identificando os problemas prioritários e as alternativas de intervenção.

Destaco, no entanto, algumas questões que são cruciais para o êxito da descentralização, tais como: a participação dos cidadãos no sistema de saúde, através dos conselhos municipal e local; a autonomia dos profissionais na realização das ações, avaliando sistematicamente os resultados obtidos; a utilização de protocolos para situações previamente definidas pelo ministério da Saúde e secretaria municipal da Saúde, agregando o conhecimento da clínica; educação permanente das equipes e, sobretudo, vontade política do gestor local. Trata-se de um processo que envolve a dimensão administrativa, técnica e política da organização do SUS municipal.

Isto implica em assumir que os desafios são muitos para a efetivação da descentralização da Vigilância Epidemiológica para as Equipes da Saúde da Família, em particular no município de Feira de Santana, pois segundo afirma Bezerra (2004, p113), “a implantação do PSF no município acabou sendo conformada pelo particularismo e pelo clientelismo, características do modo de produzir política em municípios oligárquicos”.

2. 3 ASPECTOS CONCEITUAIS SOBRE A AVALIAÇÃO EM SAÚDE

Considerando o caráter avaliativo do estudo proposto nesta investigação, neste capítulo sistematizo alguns aspectos do campo de saber da avaliação em saúde. Ao analisar a literatura no que diz respeito à avaliação, observa-se que sempre existiram mecanismos de avaliação dos serviços de saúde e da prática médica. Essa era realizada através do uso de estatísticas, acompanhando a tendência da corrente positivista que considerava o não quantificável como não científico.

Historicamente, os estudos avaliativos utilizavam predominantemente indicadores epidemiológicos, com uma abordagem quantitativa, com o foco no controle dos serviços de saúde. Drumond Junior (2003) afirma que a epidemiologia, ao tentar explicar problemas de saúde através de probabilidades, coaduna-se com o paradigma moderno, sendo que a explicação dos problemas de saúde, dentro de uma perspectiva exclusivamente positivista, não responde à complexidade do quadro sanitário, traduzindo-se em intervenções de baixa eficácia.

A prática de avaliar foi se configurando após a 2ª Guerra Mundial, especialmente nos programas públicos. No entanto, seu foco era sobre a maximização dos recursos, realizando análises de custo-benefício. Ao longo dos anos este modelo de análise foi se tornando insuficiente, exigindo a adoção de métodos numa perspectiva multidisciplinar. Na década de 70 a avaliação toma impulso na saúde, tendo em vista que se tornava indispensável o controle de custos pelo Estado, devido a sua participação no financiamento dos serviços de saúde. (INOJOSA, 1996).

No Brasil, “o controle e avaliação, como espaço de poder exercido pela organização gerenciadora do sistema de saúde, têm sua origem no Inamps.” (INOJOSA,

1996, p.89). Afirma a autora que o controle era exercido pelo grupo que detinha o poder regulador. Assim, mesmo identificando fraudes que sugeriam a necessidade de nova regulamentação, permaneciam vigentes as mesmas normas. Neste contexto, a avaliação não se constituía em um instrumento de mudanças, e sim para manter a situação favorável aos detentores do poder.

O Estado regulava a prestação de serviços de assistência médica, chegando a financiar a rede privada para depois comprar os serviços oferecidos por esta. O controle era desenvolvido de forma cartorial, voltado para a execução de procedimentos. (INOJOSA, 1996).

Frente aos avanços obtidos pelo movimento de Reforma Sanitária, em que se pretendia superar a dicotomia existente entre ações preventivas e curativas, culminando com a criação do SUS, surgiu a necessidade de mudar o enfoque da avaliação, que passou a priorizar a avaliação dos resultados.

As avaliações começaram a ser desenvolvidas de forma pontual, fragmentada, não buscando relacionar os efeitos das ações geradas pelo sistema de saúde na qualidade de vida dos usuários e dos trabalhadores.

A necessidade de se realizar avaliações está definida na Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990, p.3 -8) em diversos capítulos:

- No Capítulo I, Artigo 5º, parágrafo I, quanto à identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;
- No Capítulo II, Artigo 7º, parágrafo VI sobre a “divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário”;

- No Capítulo IV, Seção I, Artigo 15, parágrafo III, sobre o acompanhamento, avaliação e divulgação do nível de saúde da população e das condições ambientais;
- Ainda na Seção II do mesmo Capítulo IV, o Artigo 18 do parágrafo I, estabelece que à direção municipal do Sistema Único de Saúde compete “planejar, organizar, controlar e avaliar os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde”.

Como visto, está explícito na Lei a importância da avaliação em vários artigos. No entanto, recorrendo à citação de Silva e Formigli (1993, p.18) observa-se que “como componente indispensável do processo de planejamento, a avaliação, entre nós, é muito lembrada, pouco praticada e, quando realizada, não é muito divulgada, sendo dificilmente utilizada para a tomada de decisão”.

Ainda que o governo federal estabeleça instrumentos normativos para a avaliação, como é o caso da Programação Pactuada Integrada (PPI), acaba por limitar esta avaliação ao cumprimento de metas relativas a assistência à saúde, enfatizando a dimensão administrativa e excluindo a dimensão técnica e política.

Figueiredo e Tanaka (1996, p. 100), referem que a avaliação, quando realizada, deve ser necessária, útil e exata:

Necessária, para reordenar o Sistema de Saúde atual e construir em processos os atos de medir, comparar e emitir juízo de valor em cada espaço institucional. Útil, para fundamentar a tomada de decisão, como parte de uma política descentralizada e hierarquizada, e articular as ações de assistência para que cheguem aos usuários. Deve ser exata como a maquinaria de um relógio, oportuna para poder retardar mortes precoces ou doenças evitáveis e articuladas na dimensão técnico-política, para estabelecer uma nova ordem no sistema de saúde.

Existem várias abordagens sobre avaliação, porém não é minha intenção referi-las totalmente nesse capítulo. No entanto não poderei deixar de mencionar a abordagem considerada como uma proposta bem sucedida de avaliação. Trata-se da sistematização da avaliação no campo da saúde que tem como idealizador Avedis Donabedian (SILVA; FORMIGLI, 1993) a qual está assentada na tríade da estrutura, processo e resultado.

O estudo da estrutura avalia quantos e quais são os recursos (humanos e materiais) empregados no desenvolvimento de uma determinada ação. O processo relaciona-se ao que é feito e como é feito nas organizações para atender as demandas daquela população. Enquanto que o resultado, como o próprio nome já revela, identifica qual o impacto da ação desenvolvida pelo serviço de saúde, sendo este apresentado através de indicadores de saúde (morbidade, mortalidade, entre outros), e pelo grau de satisfação do usuário. Com essa sistematização, outras proposições de avaliação foram criadas, porém agregando a tríade original de Donabedian.

O que significa avaliar? No senso comum, a palavra avaliação pode ser traduzida como pontuar algo, atribuir notas, valores. Nas palavras de Tanaka e Melo (2001, p.13)

“Para quem está trabalhando em programas e/ou serviços de saúde a avaliação é um processo técnico administrativo destinado à tomada de decisão que envolve momentos de: medir, comparar e emitir juízo de valor”.

Para Contandriopoulos *et al.* (2002, p.29) a avaliação pode ser denominada normativa e é considerada como uma atividade que busca julgar uma intervenção, comparando os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços ou bens produzidos (processo) com os resultados obtidos, coincidindo com a proposição de

Donabedian, que estabelece uma correlação onde a estrutura influencia no processo que, por sua vez, influencia nos resultados.

Segundo Bonniol e Vial (2001, p.23) “a avaliação não se reduz à busca de soluções para resolver os problemas”. Afirmam estes autores que na avaliação não se trata de encontrar o bom modelo para resolver problemas, e sim articular os modelos existentes, mesmos que sejam contraditórios, caminhando assim para a adoção de uma multirreferencialidade no campo da avaliação.

Uma distinção pertinente no campo da avaliação se faz necessária entre a avaliação como instrumento de gestão e a pesquisa avaliativa.

Quanto à primeira, Bonniol e Vial (2001, p.13) concebem a avaliação em três formas: a avaliação como medida, dando prioridade aos produtos; a avaliação como gestão, com ênfase nos procedimentos e a avaliação como problemática do sentido, focalizando os processos.

Do ponto de vista da pesquisa avaliativa, na concepção de Contandriopoulos *et al.* (2002, p.29) essa “consiste em fazer um julgamento *ex-post* de uma intervenção usando métodos científicos”. A pesquisa avaliativa tem como propriedade considerar a interdependência das variáveis, sua inserção contextual, exigindo multiplicidade de abordagens metodológicas e a compreensão do fenômeno avaliado em toda sua complexidade. (HARTZ, 2002).

De qualquer modo é importante destacar que nenhuma avaliação é neutra ou inócua. A avaliação não é um processo autolimitado, não é, portanto, desprovida de intencionalidade. A avaliação carrega em si um componente político muito forte, pois a depender do que se está avaliando e de quem avalia, os resultados da avaliação podem ser interpretados e divulgados de diferentes maneiras.

O modelo da caixa preta, por exemplo, utilizado frequentemente nas avaliações normativas, trata a intervenção de forma dicotômica, ou seja, quanto a sua existência ou não existência. (DENIS; CHAMPAGNE, 2002). Essa não sofre influência do meio externo, não sendo especificados os processos envolvidos na produção das mudanças observadas. É um modelo fechado, pois analisa os efeitos sem os relacionar com os fatores que influenciaram nos resultados.

Já a análise de implantação difere do modelo da caixa-preta, pois busca entender as condições da implantação das intervenções, reconhecendo que o contexto político e social influencia nos resultados das ações e da avaliação, e esses fatores devem ser percebidos em toda a sua subjetividade.

A conotação de avaliação que me reportarei nesse trabalho será a de pesquisa avaliativa, a qual poderá ser decomposta em seis tipos de análise, segundo Contandriopoulos *et al.* (2002):

- A análise estratégica, que verifica se a intervenção adotada foi adequada à situação-problema;
- A análise de intervenção, que consiste em avaliar a relação entre os objetivos da intervenção e os recursos alocados;
- A análise de produtividade, que busca fundamentar o modo como os recursos são usados para produzir serviços;
- A análise dos efeitos, que relaciona a influência dos serviços sob o estado de saúde da população;
- A análise de rendimento ou de eficiência, que consiste em relacionar o custo-benefício entre o recurso empregado e a produção daquela ação;

- A análise de implantação, que consiste não só em medir a influência que pode ter a variação do grau de implantação de uma intervenção nos seus efeitos, como também em verificar a influência do ambiente e do contexto no qual a intervenção está sendo implantada.

Adotei, para o propósito desse estudo, o modelo de análise de implantação que, segundo Denis e Champagne (2002, p.55) “se interessa, portanto, de modo geral, ao estudo dos determinantes e da influência da variação na implantação nos efeitos trazidos pela intervenção”.

Esse modelo de análise, segundo os mesmos autores, está pautado em três pilares: análise da influência dos determinantes contextuais no grau de implantação das intervenções; análise da influência das variações da implantação na sua eficácia; análise da relação entre o contexto da implantação e a intervenção nos efeitos observados.

Para realizar a análise de implantação, definindo a influência do contexto nos efeitos produzidos, se faz necessária, a partir das teorias das organizações, a adoção de um determinado modelo. Dentre os modelos existentes (modelo racional, modelo de desenvolvimento organizacional, modelo psicológico, modelo estrutural e modelo político) opto pelo modelo político. A razão dessa escolha está apoiada nos fatores utilizados pelo modelo político para avaliar a eficácia de uma intervenção: o suporte dado à intervenção pelos seus agentes; se esses agentes estão aptos a operacionalizar com eficácia a intervenção; se existe coerência entre os objetivos e a sustentação que é dada à intervenção. (DENIS; CHAMPAGNE, 2002).

Para entendimento desse modelo de avaliação se faz necessário explicitar o que é política. Embora existam várias definições quanto ao termo, opto pela concepção de que política envolve o exercício do poder e as consequências emanadas por esse exercício. (RIBEIRO, 1998). Acrescento a essa definição que política implica na adoção

de uma série de decisões ou de não-decisões, que vão gerar ação ou inação dos diversos atores sociais, ou seja, a ação ou a falta de ação pode ser resultado do jogo de poder entre grupos e pessoas inseridas no contexto.

Para fundamentar tais definições, apóio-me nas inferências do GAPI-UNICAMP (2002, p.3), conforme apresentado a seguir:

- Existe distinção entre política e decisão, ou seja, a política é gerada por uma série de decisões inter-relacionadas, mais ou menos conscientes dos diversos atores sociais, e não apenas por tomadores de decisões;
- Deve-se levar em conta a diferença entre política e administração;
- Política envolve intenções e comportamentos;
- A ação política pode ocasionar impactos não esperados;
- Os propósitos da ação política podem ser estabelecidos *ex post*;
- A ação política envolve múltiplos atores.

Ao adotar o modelo político da avaliação, pretendo fazer emergir aspectos ocultos da implantação da descentralização da VE, o que permitirá redirecionar este processo e/ou validar a sua importância.

Particularmente, na área da saúde, a avaliação pode viabilizar mudanças de práticas ou manter determinada ação, dependendo do interesse de quem avalia e de como avalia. Assim, a avaliação não deve ser entendida como uma atividade exclusivamente técnica, devendo incorporar o componente político, sendo esse aspecto considerado no estudo de análise da implantação do processo de descentralização das ações de vigilância epidemiológica para um micro espaço de intervenção que é a equipe de saúde da família.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Este estudo tem caráter qualitativo e, segundo Mercado-Martinez e Bosi (2004), a focalização do seu objeto é de natureza subjetiva. É também reconhecida, em estudos como este, a não neutralidade do investigador, e a impossibilidade de generalizar os seus resultados e de replicá-lo. Conforme os mesmos autores, na pesquisa qualitativa não existem verdades universais e absolutas.

Trata-se também de uma pesquisa avaliativa que, como define Contandriopoulos *et al.* (2002), é um procedimento que permite fazer julgamento de uma intervenção utilizando métodos científicos. É importante destacar que o fenômeno investigado acontece simultaneamente ao desenvolvimento da própria pesquisa, que busca responder à pergunta – Como ocorre a implantação da descentralização da VE para as ESF no município de Feira de Santana? – através de um estudo de caso.

Segundo Yin (2005), o estudo de caso é uma estratégia de pesquisa apropriada quando a questão de estudo é do tipo “como” e “por que”. Para Laville e Dionne (1999), a grande vantagem desta estratégia é a possibilidade de aprofundar o conhecimento sobre os fenômenos, permitindo ao pesquisador ser criativo e imaginativo, podendo explorar elementos que necessariamente não estavam previstos no início da investigação.

Em decorrência do objeto de estudo, selecionei a análise de implantação, como antes explicitado, pois, segundo Denis e Champagne (2002), esse tipo de análise demonstra a conjuntura de fatores que influenciam os resultados obtidos após a

implantação de uma intervenção. Assim, foram trabalhados dois componentes: análise dos determinantes contextuais e análise da influência da interação entre o contexto da implantação e a intervenção sobre os efeitos observados neste processo. Esta escolha se deve ao fato de que, para avaliar a implantação da descentralização da VE para as ESF, se faz necessário compreender em qual contexto este processo ocorre, pois entendo que a implantação da descentralização encontra-se diretamente ligada ao modelo do sistema organizacional do município.

3.2 LÓCUS DO ESTUDO

O estudo tem como campo de investigação o município de Feira de Santana, no estado da Bahia. Este é um importante entroncamento rodoviário, o que favorece um intenso fluxo migratório. Possui uma população de 480.692 habitantes, com predominância do sexo feminino, correspondendo a 251.183 mulheres, contra 229.509 homens. Apresenta densidade demográfica de 359,23 hab/km² (IBGE, 2000).

Ocupa uma extensão territorial de 1.344 km, com oito distritos, além da sede: Jaíba, Maria Quitéria (São José), Humildes, Tiquaruçu, Bonfim de Feira, Jaguará e Ipuacu (Governador João Durval Carneiro). Dista 108 km da capital do estado, e situa-se no Centro-Norte baiano.

Feira de Santana acompanha as tendências nacionais quanto ao quadro de morbidade, pois convive com o recrudescimento de doenças consideradas como re-emergentes, a exemplo da dengue, doenças com quadro de persistência como a tuberculose e emergentes como a Aids. Participa favoravelmente no panorama nacional

para a erradicação e eliminação de agravos redutíveis por imunização, como o sarampo e o tétano neonatal. (BAHIA, 2002).

Encontra-se habilitado na Gestão Plena do Sistema Municipal desde março de 2004. Dispõe de setenta e duas (72) Equipes de Saúde da Família, sendo que dezenove (19) equipes estão localizadas na zona rural e cinquenta e três (53) na zona urbana, com cobertura de 50% do total do município.

A Vigilância Epidemiológica foi implantada no município em 1993, atendendo o disposto na Lei Orgânica de Saúde (CERQUEIRA *et al.*, 2003) que no Artigo 18, define o que compete à direção municipal do SUS: executar serviços de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, de alimentação e nutrição, de saneamento básico e de saúde do trabalhador.

O governo municipal (BAHIA, 2003) estabeleceu através do Decreto n. 6763 de 11 de dezembro de 2003, o regimento interno da secretaria municipal da Saúde, onde as ações de vigilância epidemiológica ficam sob a responsabilidade da Divisão de Controle Epidemiológico, subordinada ao Departamento de Atenção à Saúde. A competência definida para a Divisão de Controle Epidemiológico é analisar e acompanhar o comportamento das doenças e agravos no âmbito do município, e promover a articulação com as unidades de saúde para realizar notificação e investigação de doenças e agravos.

Como se trata de um estudo de caso foi selecionada uma Unidade de Saúde da Família desse município, implantada em 25 de maio de 2002. A Equipe de Saúde da Família tem sob a sua responsabilidade sete microáreas, com 883 famílias (BAHIA, 2003a). A escolha dessa unidade está baseada nos seguintes critérios estabelecidos antes do início do trabalho de campo:

- Maior tempo de implantação das ações de vigilância epidemiológica;
- Menor rotatividade de profissionais na equipe do PSF;
- Melhor organização interna da unidade, ou seja, existência de uma articulação entre os trabalhadores de saúde no processo gerencial da unidade, a exemplo da enfermeira e do médico que se revezam trimestralmente nas funções gerenciais. Por outro lado, percebe-se um grande esforço por parte da equipe na prestação de um serviço de qualidade, mesmo considerando que a unidade de saúde funciona em um imóvel alugado, que apresenta problemas de ordem estrutural. (BAHIA, 2003a).

3.3 ATORES DA PESQUISA

Como analiso a implantação da descentralização da VE para as ESF, observando os diversos elementos de explicação do fenômeno e relacionando-o dentro do contexto organizacional, os atores da pesquisa foram assim agrupados:

- Grupo 1: Trabalhadores da Equipe Saúde da Família: médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS).
- Grupo 2: Gestores da Secretaria Municipal da Saúde: ex-secretária (gestão 2001-2004) e atual secretária municipal da saúde; chefe da divisão de VE; chefe da divisão da Atenção Básica; coordenadores do programa de controle da hanseníase, tuberculose e do PSF. Os coordenadores dos programas de controle da hanseníase e tuberculose foram selecionados no

momento exploratório pela constante citação desses agravos durante as entrevistas.

Os trabalhadores da saúde foram selecionados segundo a categoria profissional. Como só existe um médico e uma enfermeira na equipe, esses foram escolhidos intencionalmente. Quanto ao auxiliar e o agente comunitário, foram selecionados aqueles que tinham maior tempo de trabalho na unidade de saúde. No que diz respeito aos gestores, foram entrevistados aqueles que participaram e/ou participam do processo de implantação da descentralização da VE para as ESF (Quadro 1).

Quadro 1–Número de participantes do estudo segundo grupo de atores, Feira de Santana-Ba, 2005.

Grupo	Categoria Profissional/Função	Número de Atores
Grupo 1 – Trabalhadores da Equipe Saúde da Família	Enfermeira	01
	Médica	01
	Auxiliar de Enfermagem	01
	ACS	01
Grupo 2 - Gestores da Secretaria Municipal da Saúde	Enfermeira/Secretária Municipal de Saúde	01
	Bióloga / Chefe da Divisão de VE	01
	Enfermeira/Chefe da Divisão da Atenção Básica	01
	Enfermeira/Coordenadora do Programa de hanseniose	01
	Enfermeira:/Coordenadora do Programa de tuberculose	01
	TOTAL	09

As entrevistas foram gravadas (com duração média de 35 minutos) e transcritas pela autora. Houve impedimento, por indisponibilidade de tempo, da participação de um gestor selecionado como informante da pesquisa.

A minha entrada no campo foi facilitada por ter trabalhado na VE do município. Em contrapartida, considero que o fato de ter atuado como gestora da VE no período em que se iniciou a descentralização, também se constituiu em uma dificuldade, haja vista que participei ativamente como sujeito da implantação da descentralização da VE para as ESF e isto pode ter inibido ou levado os atores da pesquisa a emitir respostas que fossem agradáveis para mim, enquanto pesquisadora. Para evitar que as respostas sofressem algum tipo de influência decorrente deste fato, expliquei aos entrevistados qual o objetivo da pesquisa e como seriam trabalhados os depoimentos. Mesmo sendo um exercício difícil, enquanto sujeito da ação e avaliadora dessa mesma ação, foi possível realizar a investigação.

Através das falas destes atores, identifiquei e analisei se as estratégias utilizadas inibem ou favorecem a implantação da descentralização da VE e como esses trabalhadores avaliam o processo de implantação da descentralização da VE para as Equipes de Saúde da Família.

3.4 COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados primários apliquei a entrevista semi-estruturada, que, segundo Laville e Dionne (1999, p.333), consiste em uma “série de perguntas abertas feitas oralmente em uma ordem prevista, mas na qual o entrevistador tem a possibilidade de acrescentar questões de esclarecimento”. As entrevistas foram

realizadas conforme roteiro (Apêndice A e B) com a utilização de gravador, após a aceitação do informante.

Segundo Yin (2005, p. 116-117), a entrevista se constitui em uma das fontes de informação mais importante para um estudo de caso. Para esse autor, ao longo do processo da entrevista, cabe ao pesquisador “seguir sua própria linha de investigação, como reflexo do protocolo de seu estudo de caso, e fazer as questões reais (de uma conversação) de uma forma não tendenciosa que também atende às necessidades de sua linha de investigação”.

Para Yin (2005), um dos pontos fracos da entrevista é a flexibilidade, ou seja, o entrevistado dá ao entrevistador o que ele quer ouvir. Para superar, mesmo que parcialmente esse viés, procurei não interferir no momento em que estava realizando as entrevistas, introduzindo poucas questões esclarecedoras, à medida que os informantes expunham as suas idéias.

Os dados secundários foram obtidos através da análise de documentos, tais como: Relatório de Gestão, Plano Municipal de Saúde, Relatório de Atividades das ESF, Relatórios da VE e Boletins Epidemiológicos. Não foi possível localizar normas e protocolos escritos da vigilância epidemiológica das principais doenças e agravos. Foram destacados para efeito de análise, apenas os documentos que faziam referência à descentralização e aos temas centrais do estudo.

Tais fontes de informação, como assevera Yin (2005), foram úteis para corroborar e valorizar as evidências obtidas nas entrevistas.

3.5 ANÁLISE DOS ACHADOS

Para a análise dos achados utilizei a técnica de análise temática, com base nos fatores definidos pelo modelo político assumido pela análise de implantação. Também foi utilizada a técnica de análise de avaliação (BARDIN, 1977), adaptada por Melo (2001), que permitiu analisar as representações dos atores da pesquisa na emissão de enunciações avaliativas sobre a implantação da descentralização das ações de VE para as ESF.

Portanto, utiliza-se na análise uma abordagem multirreferencial. Segundo Fagundes e Burnham (2001, p. 48), “a multirreferencialidade pode ser entendida como uma pluralidade de olhares dirigidos a uma realidade”. Neste sentido, a abordagem multirreferencial busca contextualizar o fenômeno, captar suas múltiplas relações e explicações para amplamente apreendê-lo, relacionando-o com o contexto global. Essas relações são dinâmicas e encontra-se em constante movimento. Por sua vez, tais movimentos são plurais do ponto de vista do método e das experiências de análise, o que me permitiu estar na pesquisa numa posição também de ator, buscando uma relação intrínseca entre o sujeito avaliador e o fenômeno avaliado.

O primeiro movimento de análise foi efetuado a partir dos dados extraídos das entrevistas, relacionando-os com o contexto organizacional. Busquei perceber, através das falas dos entrevistados, o grau de adesão à implantação da descentralização da VE para as ESF.

Assim, com base em Melo (2001), operacionalizei a análise dos achados da seguinte forma:

- Leitura geral e exaustiva de todo material coletado nas entrevistas, procurando já neste momento realizar uma primeira categorização;
- Processamento dos achados relacionando-os com as unidades de análise e com as unidades temáticas (tema central);
- Análise das enunciações avaliativas, que consiste em identificar juízos de valor dos atores em relação à implantação da descentralização de VE para as ESF. Nesta etapa, foram classificadas as enunciações como positiva ou negativa para o processo da descentralização;
- Elaboração de três quadros esquemáticos: o primeiro representando as concepções dos atores da pesquisa com relação à VE; o segundo representando os determinantes contextuais no processo de implantação de VE para as ESF e a influência da descentralização na organização da Unidade de Saúde da Família e por último a análise avaliativa da descentralização de VE para as ESF.

A partir da organização dos quadros esquemáticos, foi possível identificar a categoria empírica central: A implantação da descentralização da VE para a ESF, sendo retratada em duas subcategorias:

- As concepções da Vigilância Epidemiológica.
- O contexto da descentralização da vigilância epidemiológica para a equipe de saúde da família.

O segundo movimento foi realizado após revisão e análise dos documentos, destacando-se algumas variáveis relativas à estrutura organizacional e administrativa: capacitação de recursos humanos; diretrizes prioritárias estabelecidas no Plano Municipal de Saúde; grau de implantação segundo os relatórios de gestão. Para análise

dos documentos foi elaborada uma matriz de pré-análise, sendo destacados nesta pesquisa aqueles que faziam referência à descentralização.

Estabeleci uma relação entre o material coletado nas entrevistas e nos documentos, identificando as divergências e convergências enunciadas pelos atores envolvidos nesta pesquisa.

3.6 PRINCÍPIOS ÉTICOS DA PESQUISA

Conforme protocolo estabelecido pelo Conselho Nacional de Pesquisa (Conep) observando os seus princípios éticos, foi encaminhado um ofício pela coordenação do Programa de Pós-graduação da Escola de Enfermagem da Ufba à secretaria municipal da Saúde de Feira de Santana, solicitando permissão para realização desse estudo. O projeto obteve parecer favorável do Comitê de Pesquisa recomendado pelo Conep (Anexo 1).

Conforme o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice C) foi solicitado ao entrevistado sua autorização para realização da entrevista, sendo fornecido previamente informações quanto à pesquisa e seu objetivo. Após concordância do entrevistado, foi solicitada a assinatura em duas vias do termo de consentimento, conforme preconiza a Resolução 196/96, que considera pesquisa em seres humanos aquela que “[...] individual ou coletivamente envolva o ser humano, de forma direta ou indireta em sua totalidade ou partes dele, incluindo o manejo de informações ou materiais”. (BRASIL, 1996, p.5).

Busquei respeitar o direito do indivíduo em aceitar participar ou não do estudo e de poder desistir ou anular o consentimento em qualquer fase da pesquisa. Por razões igualmente éticas a unidade de saúde da família não foi identificada, assim como foi assegurado o anonimato do entrevistado, utilizando-se pseudônimos na transcrição e divulgação da sua fala, buscando respeitar a sua integridade intelectual, social e cultural. (BRASIL, 1996). É importante salientar que o material da gravação será arquivado pela pesquisadora por um período de cinco anos e após esse período será destruído.

Os resultados desse estudo serão publicados na dissertação, artigos científicos e apresentados em eventos técnicos e científicos. A pesquisadora e os entrevistados não foram remunerados pela participação neste estudo. As despesas do projeto foram de responsabilidade da pesquisadora.

Os resultados obtidos com essa pesquisa permitirão contribuir com os gestores do SUS municipal na implementação da vigilância epidemiológica, área de atuação estratégica para consolidação do Sistema Único de Saúde. Os profissionais da saúde obtiveram como benefício a oportunidade de refletir quanto ao processo de descentralização da Vigilância Epidemiológica para as Equipes de Saúde da Família. Espero também que ao ler os resultados da pesquisa, estes contribuam para que reflitam sobre a importância do trabalho que realizam e sua necessidade para enfrentar os problemas de saúde da população sob sua responsabilidade.

4 AS CONCEPÇÕES DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

[...] eu vejo que (a vigilância epidemiológica) é o cérebro e o coração de uma secretaria (Gestor).

Reporto-me a enunciação na abertura desse capítulo como ponto de partida para a descrição e análise das concepções de VE. O depoimento registrado expressa que a VE não se constitui apenas em um mero conjunto de métodos e técnicas, mas em uma área estratégica, que permite compreender o processo saúde-doença, e que é crucial para a organização do sistema municipal de saúde.

Considero que a VE possui uma dimensão estratégica para a saúde pública, seja na adoção de medidas de controle, seja influenciando no estabelecimento de políticas públicas voltadas para melhoria da qualidade de vida da população. No entanto, a VE, conforme apresentado nos depoimentos a seguir, ainda é vista de uma forma reducionista, com suas ações direcionadas predominantemente para o poder de polícia médica⁶; ou voltadas para o controle de doenças transmissíveis, e episodicamente atuando como uma vigilância que acompanhe, além dos agravos, os fatores condicionantes e determinantes da saúde da população.

A análise que se segue destaca as concepções de VE na perspectiva dos atores desta pesquisa, destacando-se as convergências e divergências entre tais concepções.

⁶ Poder de polícia médica é a: “ação que restringe e condiciona as atividades particulares, individuais, em nome da proteção do interesse coletivo, social. Seu fundamento está na supremacia que o Estado exerce sobre as pessoas, bens e atividades.” (FIOCRUZ,2002, p.3).

4.1. A VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA COMO PODER DE POLÍCIA MÉDICA

As enunciações dos entrevistados no Quadro 2, revelam uma concepção de vigilância epidemiológica como poder de polícia médica.

Quadro 2 – Descrição da concepção de Vigilância Epidemiológica, segundo ator.

Tema Central	Como é descrito	Termo destacado	Ator
Poder de polícia	Vigilância epidemiológica é... se começa principalmente através de uma investigação, de uma denúncia, onde o profissional atuante do agravo, ele vai para o local detectar se realmente existe... as suspeitas de alguns agravos....	Denúncia. Profissional atuante sobre o agravo.	Gestor
	[...] Por exemplo, essa semana a gente identificou um de tuberculose, uma suspeita, pediu os exames, foi confirmado, a gente encaminhou para o setor de tratamento, ele tá em tratamento. [...] como eu tava falando tá atrás do Agente de Saúde para ficar ali colado na família, pra poder fazer com que todos façam o tratamento.	Ação de controle sobre o Agente de Saúde. Vigilância sobre a família para que todos se tratem.	Trabalhador da Saúde (Nível Universitário)
	[...] achar a família para poder tratar todos os casos, fazer com que ... orientações, né, para que eles tomem atitudes como lavar as mãos, tomar banho, essas coisas assim de prevenção, pra poder não ocorrer mais.	Busca da família para tratamento. Imposição de medidas consideradas preventivas.	Trabalhador da Saúde (Nível Universitário)

As enunciações, e o tom em que as mesmas foram ditas, deixam perceber claramente a imposição, pelo profissional, de normas e medidas às famílias ou grupos assistidos pela ESF. O traço marcante desta concepção de vigilância epidemiológica, recorrendo a Foucault (1998), é o controle da vida do indivíduo e da família, inclusive os mais íntimos, em nome do bem estar da comunidade. Portanto, as questões relativas às crianças, grávidas, alimentação, vestuário, recreação, higiene deveria e deve, segundo os entrevistados, ficar sob a égide da medicina. Para esse autor “constitui-se,

igualmente, uma ascendência político-médica sobre uma população que se enquadra em uma série de prescrições que dizem respeito não só a doença mas às formas gerais de existência e de comportamento.” (FOUCAULT, 1998, p. 202).

Por outro lado, Foucault (2005) assevera que o poder e o saber estão diretamente relacionados. Para esse autor, não existe relação de poder sem correlação com um campo de saber, e nenhum saber que não venha acompanhado de poder. As falas dos entrevistados confirmam este pressuposto, pois, tanto o profissional da saúde quanto o gestor, se apropriam de um saber específico para poder decidir e interferir na vida do indivíduo, da família e da comunidade.

Como se observa nos depoimentos, o poder não está relacionado apenas com a ocupação de cargos. As falas referentes a esta unidade de análise são de um gestor e de um profissional da saúde, o que revela que o poder encontra-se em espaços macro e micro-localizados. O poder se configura como uma categoria analítica que é construída nos espaços das organizações por pessoas que pensam e agem de modo diferente, mas visando a objetivos comuns. Segundo Ribeiro (1998), faz parte da conduta humana o jogo de poder. Para esse autor, quando esse jogo de poder envolve o interesse público, a comunidade e a sociedade, este é considerado um ato político.

Entendo que a VE envolve o interesse público, a comunidade e a sociedade, constituindo-se, portanto, em um ato político. Penso que compromete a implantação da descentralização da VE para a ESF que esta seja concebida e executada pelo gestor como ação de denúncia, e de poder decisório centrado na figura do profissional que trabalha na divisão de Vigilância Epidemiológica da secretaria municipal da Saúde. Igualmente preocupante é o discurso do profissional da saúde, que atua no PSF, que deveria ter como estratégia o acolhimento e o vínculo, referir a ação do Agente

Comunitário dentro de um contexto impositivo e policialesco, porque tal discurso é revelador de uma prática também coercitiva.

É como se fizesse um retorno no túnel do tempo, quando a família real chega ao Brasil e com ela incorpora-se no País a ação denominada polícia médica, que tem suas origens na Alemanha do século XVIII (BRASIL, 2001). Tais ações tinham como premissa básica intervir nas condições de vida e saúde das pessoas, com o objetivo de vigiar e controlar o aparecimento de doenças, visando a preservação e manutenção da força de trabalho.

Para Foucault (1998, p.83), a polícia médica, originada na Alemanha, efetivamente posta em prática no final do século XVIII para o início do século XIX, caracterizava-se por:

[...] um sistema muito mais completo de observação da morbidade do que os simples quadros de nascimento e morte. Observação da morbidade pela contabilidade pedida nos hospitais e aos médicos que exercem a medicina em diferentes cidades[...] Um fenômeno importante de normalização da prática médica e do saber dos médicos[...]

Segundo Foucault (1979, p.97), a prática médica era voltada fundamentalmente “para o controle da saúde do corpo das classes mais pobres para torná-las mais aptas ao trabalho e menos perigosas às classes mais ricas”. Não diferente disto, a preocupação do poder público brasileiro era as doenças pestilenciais como a cólera, peste bubônica, febre amarela, varíola, entre outras que poderiam ameaçar as relações comerciais e a política de atração e retenção de mão-de-obra e as relações econômicas com os países estrangeiros. (BRASIL, 2001).

Através de lei promulgada em 1904, Oswaldo Cruz implanta em nome do governo a política de vacinação obrigatória contra a varíola. As campanhas de vacinação, como as destinadas à higiene, tinham cunho impositivo, sendo utilizados atos jurídicos para obrigar as pessoas a acatar todas as determinações advindas do poder executivo. (BRASIL, 2001).

No período da Primeira República do Brasil, datada de 1889 a 1930, o processo de organização e implementação dos programas de saúde pública tinha como principal característica a centralização do poder decisório e a imposição coercitiva e policialesca (SOUTO-DE-MOURA e SOUTO-DE-MOURA, 1997). As medidas de quarentena e isolamento também merecem destaque, pois marcaram as políticas públicas de saúde naquela época. Tratava-se de ações restritivas, voltadas exclusivamente para o indivíduo, excluindo-se da sua vida os aspectos sociais, alienando-o. O corpo é apenas um instrumento para o exercício do poder. Recorrendo a Foucault (2005, p.118-119):

Esses métodos que permitem o controle minucioso das operações do corpo, que realizam a sujeição constante de suas forças e lhes impõem uma relação de docilidade-utilidade, são os que podemos chamar as disciplinas.[...] O momento histórico das disciplinas é o momento em que nasce uma arte do corpo humano, que visa não unicamente o aumento de suas habilidades, nem tampouco aprofundar sua sujeição, mas a formação de uma relação que no mesmo mecanismo o torna tanto mais obediente quanto é mais útil, e inversamente. Forma-se então uma política das coerções que são um trabalho sobre o corpo, uma manipulação calculada de seus elementos, de seus gestos, de seus comportamentos.

Estabelecia-se então uma relação de dominação constante, não que o objetivo primordial fosse o bem-estar do indivíduo e sim o bem-estar da economia do país.

Trazendo essa discussão para os dias atuais, os depoimentos destacados configuram um cenário ainda autoritário e intervencionista, presente nos diferentes

níveis do sistema de saúde de Feira de Santana, haja vista que tanto um profissional da saúde como um gestor da VE concebe a vigilância epidemiológica dentro de um contexto policialesco.

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

Tomando por base esses depoimentos, me permito inferir que as práticas de VE no município não refletem uma concepção ampliada de vigilância e ainda foca uma docilidade de pessoas a normas e procedimentos. Pessoas essas que convivem com situações de vida bastante adversas, que não compreendem, ou quando compreendem a necessidade de adotar certas medidas que possam influenciar no seu estado de saúde, as suas condições de vida não permitem adotá-las.

O indicador de analfabetismo da população do município me permite esta inferência, visto que a população de 7 a 14 anos de analfabetos corresponde a 13,87% e a população acima de 25 anos a 16,46% (PNUD, 2006). Os dados do último censo (IBGE, 2002), demonstram que apenas 34,4% da população residente no município possuem rede geral de esgoto, utilizando com maior predominância para o destino dos dejetos a fossa rudimentar (40,4%). Quanto ao consumo de água canalizada observa-se que 27,4% da população ainda não dispõem deste serviço.

As falas revelam que o poder exercido pelos atores (gestor e profissional da saúde) possui como característica principal o extremo controle com objetivo de

influenciar o comportamento das pessoas. Trata-se de uma relação hegemônica de poder dos atores em detrimento da abnegação, submissão do indivíduo e da coletividade.

Este aspecto é bastante negativo para a descentralização da VE no município estudado, pois descentralizar a VE inclui o compartilhamento de poder nas decisões e práticas de saúde. Isto implica em abolir uma relação predominantemente autoritária entre gestores, trabalhadores e usuários dos serviços de saúde para uma relação participativa, valorizando o saber do indivíduo sobre si, sobre a sua vida e possibilitando que as práticas de saúde sejam questionadas, analisadas e não simplesmente legitimadas.

4.2 A CONCEPÇÃO DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA CENTRADA NA DOENÇA

Além da concepção anterior, apresentada no Quadro 2, predomina também nas enunciações dos entrevistados uma concepção de vigilância epidemiológica centrada na doença, conforme apresentado a seguir:

Quadro 2a – Descrição da concepção de Vigilância Epidemiológica, segundo ator.

Tema central	Como é descrito	Termo destacado	Ator
Modelo biomédico centrado na doença/ênfase nas doenças transmissíveis	Bem, eu vejo a vigilância epidemiológica como uma maneira de você traçar o perfil da sua população através dos agravos que são acometidos e assim criar políticas e diretrizes para atender a esses agravos...	Políticas e diretrizes para atender aos agravos identificados.	Gestor
	[...] Traçar estratégias para é... solucionar, avaliar e até mesmo direcionar como tratar cada agravo, prevenindo, até mesmo tratando e lançando mão de condições para melhorar a situação de saúde desse município.	Tratar o agravo.	Gestor
	A VE é um trabalho que se faz em conjunto para visar a prevenção de algumas doenças que podem ser fácil... é diagnosticada e curada se é feito o tratamento antes, com antecedência, para que possa é... diminuir o índice na população.	Prevenção de doenças fáceis de diagnosticar e tratar. Diminuir a incidência de doenças.	Trabalhador da Saúde (Nível Médio)
	Eu entendo que é um órgão que detecta, previne e cuida das doenças epidemiológicas... doenças que podem se alastrar em toda a comunidade. A dengue, tuberculose, hanseníase, são doenças que podem atingir, assim, toda uma população.	Prevenção da disseminação e tratamento da doença.	Trabalhador da Saúde (Nível Médio)
	Eu acho que VE são as ações que a gente desenvolve né, para detectar precocemente alguns agravos ... principalmente aqueles agravos que tem uma transmissão que pode comprometer a comunidade em geral .	Controle das doenças	Trabalhador da Saúde (Nível Universitário)

As práticas de saúde voltadas para o controle das doenças transmissíveis são antigas. As ações de VE, conforme expresso nas unidades de análise, ainda são predominantemente de controle, voltadas para as doenças e estão pautadas no modelo de atenção biomédico.

Durante a realização das entrevistas, vários trechos dos discursos, tanto dos gestores como de profissionais da saúde, apontaram para o entendimento de VE como ação de controle, vinculando-a basicamente às doenças infecto-contagiosas. Em outras palavras, o objeto da VE no caso estudado é a vigilância de casos em detrimento da vigilância dos fatores que determinam e condicionam o aparecimento das doenças e agravos na população.

Recorrendo a Passos (2003, p.103), a VE dentro dessa perspectiva “denota ação sempre em conseqüência a um problema já instalado ou com indícios de instalação, que por sua vez traz o entendimento de VE como prevenção”.

Vale destacar que esta prática continua sendo uma das formas de controlar as doenças, através do estabelecimento de protocolos e normas. Há de se considerar, portanto, que estas práticas tiveram e têm, em determinados momentos, sua importância para a redução de diversas doenças. Porém, não se pode reduzir a VE somente a este aspecto, pois esta é apenas uma das atividades da vigilância.

Nas falas dos entrevistados é ressaltada uma prática reducionista, voltada para a doença. O discurso de prevenção da doença sobrepõe o da promoção da saúde. A doença é vista como um fenômeno individual, não se estabelecendo nenhuma relação com as condições de vida e de saúde da população local.

É possível relacionar as falas dos entrevistados com a teoria microbiana das doenças, a qual explica o aparecimento da doença devido à interação do agente etiológico com o hospedeiro, devendo, portanto, instituir ações restritivas ao indivíduo portador para quebrar a cadeia de transmissão.

Cerqueira (2001, p.43), ao estudar as práticas da VE em Feira de Santana, confirma o que foi dito anteriormente. Para a autora “nas falas dos entrevistados é

possível identificar um reducionismo das ações de VE ao controle e prevenção de doenças de notificação compulsória”.

Isto demonstra que, mesmo se passando alguns anos, e possivelmente com a participação de outros atores na pesquisa citada, o discurso em torno da prática da VE voltada para o controle das doenças transmissíveis continua prevalecendo. Isto indica também que o processo de descentralização não tem levado em conta um investimento continuado na mudança de concepções e práticas dos profissionais e gestores, sem as quais não se compartilha a responsabilidade sobre a saúde em uma microárea de intervenção.

O Sistema de Informação das Doenças de Notificação Compulsória historicamente tem sido o principal instrumento da VE.

A Campanha de Erradicação da Varíola (CEV) no período de 1966 a 1973, é reconhecida como marco da institucionalização das ações de vigilância no país, tendo fomentado e apoiado a organização de unidades de vigilância epidemiológica na estrutura das secretarias estaduais de saúde. O modelo da CEV inspirou a Fundação Serviços de Saúde Pública (FSESP) a organizar, em 1969, um **sistema de notificação semanal** [grifo da autora] de doenças selecionadas[...] Tal processo fundamentou a consolidação, nos níveis nacional e estadual, de bases técnicas e operacionais que possibilitaram o futuro desenvolvimento de ações de impacto no controle de doenças evitáveis por imunização (BRASIL,2005. p19).

Através de instrumentos jurídicos (Lei n. 6.259/75 e Decreto 78.231/761) tornou-se obrigatória a notificação de algumas doenças transmissíveis. Atualmente a Portaria n. 2325/2003 define a relação de doenças de notificação compulsória (não só de doenças transmissíveis) para todo o território nacional. (BRASIL, 2005).

A tendência atual é incluir, cada vez mais, na lista nacional de agravos de notificação compulsória, doenças e agravos não transmissíveis. Inclusive o Artigo 3º da

Portaria n. 2325/2003 estabelece que os gestores municipais e estaduais do SUS poderão, no âmbito de sua competência, adicionar, de acordo com o perfil epidemiológico local, outras doenças e agravos no elenco das notificações compulsórias.

Porém, o município de Feira de Santana pouco avançou neste aspecto, limitando-se a seguir a lista nacional de agravos de notificação compulsória. E ainda assim, com ação que prioriza as doenças transmissíveis, situação também relatada no estudo de Cerqueira (2001, p. 43).

Embora os municípios tenham conquistado através da Lei 8080, a autonomia técnico-gerencial para resolução dos seus problemas de saúde, e, no âmbito da VE, a legislação tenha sinalizado inclusive, a ampliação da lista de agravos não transmissíveis, em Feira de Santana não se tem conseguido avançar muito nesse sentido, tendo-se limitado a seguir a lista de Notificação das Doenças Compulsórias [...]

Considero que a atenção à saúde não pode ficar limitada ao tratamento exclusivo da doença. É preciso avaliar em qual contexto e em quais condições a doença ocorreu ou ocorre, e assim estabelecer alianças com os diversos segmentos da sociedade civil organizada, com objetivo de mobilizar recursos que possam dar conta de enfrentar o problema.

O modelo biomédico, ainda hegemônico, é centrado no saber clínico. Privilegia a atenção às pessoas, independente dos determinantes e condicionantes sobre o processo saúde-doença. Ficar doente ou ter saúde depende unicamente da condição individual das pessoas. As ações de prevenção são direcionadas para o estabelecimento de diagnóstico, medidas de isolamento e tratamento. Trata-se de vigilância de casos com o objetivo de quebrar a cadeia epidemiológica da doença.

Por outro lado, os discursos apresentados no Quadro 2b revelam que a responsabilidade de adoecer ou não adoecer é repassada totalmente para o usuário. Trata-se de desresponsabilizar o serviço e o sistema de saúde e responsabilizar o usuário, que por outro lado não pode conhecer e decidir sobre sua própria saúde.

Quadro 2b – Descrição da concepção de Vigilância Epidemiológica, segundo ator.

Tema central	Como é descrito	Termo destacado	Ator
Dificuldade da ação imputada ao usuário	A gente tem muita dificuldade [...], principalmente quando a gente precisa adotar uma terapêutica, de ter a adesão do paciente. Então, por exemplo, da parasitose a pessoa tem preguiça de tomar o remédio, da tuberculose a pessoa não quer fazer o tratamento durante os seis meses.	A pessoa tem preguiça de tomar o remédio. A pessoa não quer fazer o tratamento.	Trabalhador da Saúde (Nível Universitário)
	A gente chega a encontrar pessoas aqui que a gente pergunta, que tem cinco casos de parasitose na família, pergunta como é a água de vocês, como é que vocês tratam a água? “gelada!”, como se gelar fosse tratamento, a gente tem essas dificuldades, assim, mais educacionais né?, e também ambiental e de aderência ao tratamento.	Dificuldades em aderir ao tratamento pelo usuário.	Trabalhador da Saúde (Nível Universitário)

Com as mudanças no padrão de morbimortalidade nas últimas décadas, no Brasil e em particular no município de Feira de Santana, assume importância epidemiológica novos agravos à saúde, muitos deles decorrentes de modo e estilo de vida. Assim, essas mudanças exigem a adoção de um modelo de vigilância articulado com as dimensões biológicas, psíquicas, sociais e ambientais, e que permita avaliar o problema de saúde e desenvolver ações estratégicas nos diferentes âmbitos do sistema. Entretanto, os padrões de atuação da VE expressos pelos sujeitos da pesquisa se traduzem em ações pouco efetivas e distantes deste paradigma.

Compreendo que, para a adoção desse modelo, a implantação da VE para as ESF torna-se essencial, pois se pressupõe que o foco de atuação dessas equipes fundamenta-se no conceito positivo de saúde, o que implica em deixar uma atuação predominantemente voltada para o indivíduo doente, para uma atuação fundamentada na clínica ampliada, co-responsabilizando a população na resolução dos problemas da saúde coletiva.

Este seria o padrão esperado de ação com a implantação da descentralização da VE. No entanto, baseando-me no caso estudado, percebo que não foi revelada na fala dos sujeitos que controlam a base de poder do sistema local de saúde, bem como, na fala dos trabalhadores de saúde, esta visão ampliada de fazer VE, que incorpora o entendimento de que vigilância epidemiológica encontra-se inserida nas práticas cotidianas de trabalho, e que estas deverão responder às necessidades individuais e coletivas dos usuários.

Volto a afirmar que é de fundamental importância a superação do modelo de vigilância voltado para o modelo ecológico da doença e da epidemiologia clássica, pois um modelo centralizado na doença é inócuo ou pouco eficaz para responder o atual perfil epidemiológico da população do município.

Fazendo relação com as idéias de Campos (2003a), com as quais concordo, se faz necessário que seja adotada uma visão ampliada da vigilância como uma organização composta por equipe técnica, normas, saberes e poder, que estão inter-relacionados e ao mesmo tempo expressam uma multiplicidade de interesses e de valores, incluindo os interesses e valores da população local, buscando uma efetividade técnica e política.

Trazendo essa discussão para o caso de Feira de Santana, entendo que a descentralização da VE para as ESF, conforme apontado na maioria das falas dos

entrevistados, ainda está distante de ocorrer de forma efetiva uma vez que ainda está cristalizada entre os sujeitos que controlam a base de poder e os trabalhadores da saúde uma VE voltada predominantemente para a prevenção da doença em detrimento da promoção da saúde, o que se traduz em fazer uma vigilância exclusivamente da doença, em detrimento da vigilância dos fatores que determinam o processo saúde-doença.

4.3 A CONCEPÇÃO DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA CENTRADA EM RISCOS E DANOS

Como dito anteriormente, a VE deve estar fundamentada na vigilância da saúde e não exclusivamente da doença, se traduzindo em uma vigilância voltada para o controle das condições de vida e de seus determinantes ambientais. Isto inclui também a identificação de riscos e danos para a saúde da população.

Os depoimentos registrados no Quadro 2c revelam que fazer VE não se limita apenas a conhecer o doente, e sim quais os fatores de risco, ou seja, quais os fatos ou situações que possam causar danos à saúde do indivíduo ou da coletividade. Verifica-se nestas falas uma concepção que amplia a capacidade de intervenção dos trabalhadores da ESF. Contudo, apenas os gestores percebem a VE centrada na identificação de riscos e danos. E, ainda assim, apontam para a identificação dos riscos sem indicar que se pode utilizar a situação identificada no sentido de adotar estratégias de ação que possam reduzir os danos à saúde da população.

Quadro 2c – Descrição da concepção de Vigilância Epidemiológica, segundo ator.

Tema central	Como é descrito	Termos destacados	Ator
Riscos e danos	Vigilância epidemiológica é você identificar os fatores de risco de determinado agravo, buscar as ações e as medidas de controle pra aquele agravo e identificar fatores de risco que venha favorecer a... e desencadear vários outros agravos.	Identificar fatores de risco.	Gestor
	A vigilância epidemiológica... está inserida na vigilância a saúde. E ela...é tem como objetivo reduzir os agravos e danos a saúde da população.	Redução de agravos e danos.	Gestor

É importante salientar que para prevenir riscos e danos, a vigilância epidemiológica deve atuar de forma integrada com a vigilância sanitária e ambiental.⁷ No entanto, as práticas das vigilâncias no município permanecem segmentadas, cada uma com recortes específicos de atuação, conforme demonstrado nos relatórios de gestão entre o período de 2001 a 2004, em que não se observa nenhum registro de atuação integrada entre essas vigilâncias. Vale destacar também que, em nenhum depoimento, foi enunciada, mesmo que em teoria, a ação da VE integrada com as demais vigilâncias.

É preciso entender que com as mudanças do perfil epidemiológico da população brasileira, e em particular a população de Feira de Santana, assume importância nesse perfil as causas externas e as doenças crônico-degenerativas. Neste contexto, tanto o modelo biomédico como o modelo sanitarista não têm condições de enfrentar uma série de problemas.

Diante da complexidade do quadro epidemiológico do município, a lógica fragmentada de intervenção não responde as reais necessidades da população.

⁷ Vigilância Sanitária: conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde. (Lei 8080/90).
Vigilância Ambiental em Saúde: é o conjunto de ações que proporciona o conhecimento e a detecção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de identificar as medidas de prevenção e controle dos fatores de risco ambientais relacionados às doenças ou outros agravos. (FNS, 2002).

Obviamente é preciso agregar os conhecimentos da clínica, da vigilância epidemiológica, da vigilância sanitária e ambiental, em uma intervenção dentro do contexto interdisciplinar. Os depoimentos revelam uma preocupação com a identificação de riscos e danos em detrimento dos fatores determinantes das condições de vida e saúde, contrariando as palavras de Mendes (1996), quando afirma que a saúde é o resultado do processo de produção social que expressa a qualidade de vida de uma população, que se traduz pelo nível de acesso a bens e serviços econômicos e sociais.

Neste sentido, a saúde é resultante de políticas públicas, práticas e processos de tomada de decisão intra e extra-setorial. Este entendimento é fundamental para a construção de modelos alternativos de atenção.

Isso posto, penso que é de baixa efetividade um modelo de saúde restrito às ações intra-setoriais, partindo do princípio de que muitos fatores que determinam o processo saúde-doença não estão necessariamente sob a governabilidade do setor saúde. Assim, é preciso que tanto os gestores como os profissionais de saúde do município construam alianças no sentido de mobilizar recursos que possam contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população, e não ficar intervindo na situação de saúde de forma isolada e fragmentada.

Portanto, é imprescindível direcionar as políticas públicas de saúde do município, não para os agravos, conforme a fala do gestor máximo do sistema municipal de saúde “[...] e assim criar políticas e diretrizes para atender a esses agravos”, mas para os processos sociais que promovem ou agravam a saúde da população, o que implica em descentralizar as ações, promover a equidade, desenvolver uma gestão compartilhada entre trabalhadores e usuários do SUS, investir na educação permanente dos trabalhadores e praticar a intersetorialidade.

Tomando por base as enunciações em torno das concepções de VE, posso inferir que o município pode avançar muito lentamente no processo de implantação da descentralização, dado que os responsáveis por tal processo concebem as práticas de VE num modelo que não responde ao perfil epidemiológico da população local. Isto faz com que a descentralização, neste contexto, se constitua apenas em um processo que meramente repasse as atividades da divisão de Vigilância Epidemiológica da secretaria municipal da Saúde para as ESF, sem responsabilidade sobre os resultados que estas ações possam produzir.

5 O CONTEXTO DA DESCENTRALIZAÇÃO DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA PARA AS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Busquei a produção de Bezerra (2004) para resumidamente fazer um resgate histórico da implantação do PSF em Feira de Santana. Segundo a autora, a implantação do PSF se iniciou em novembro de 2000 como projeto piloto, instituindo apenas duas ESF em um bairro pobre da cidade. Entretanto, a implantação do PSF no município foi permeada por diversas dificuldades, a exemplo de ser um ano eleitoral; dos recursos financeiros insuficientes; da falta de compromisso e resistência dos profissionais que já trabalhavam no município, profissionais das ESF selecionados pelo critério político, entre outros.

A implantação do PSF neste ano ocorreu não para atender as necessidades da comunidade, e sim, os interesses da secretaria municipal da Saúde, uma vez que se tratava de um ano para eleições municipais. (BEZERRA, 2004).

No período compreendido entre 2001-2004, sob nova gestão municipal, o PSF passou por uma reestruturação, ampliando o número de equipes, muito embora ainda abaixo do que continha no plano de implantação em que foi projetado implantar no período de 2001 a 2002 98 equipes e somente 25 foram implantadas. (BEZERRA, 2004).

Ao analisar esta situação específica, percebo que o PSF surge dentro de uma proposta de focalização, especialmente em direcionar as ESF para os bairros mais pobres da cidade e para unidades de saúde inadequadas para realização do trabalho dessas equipes, pois todas as unidades de saúde da família foram implantadas em imóveis alugados, que serviam de residências. Muito desses imóveis não possuem uma boa infra-estrutura tanto quanto a aeração, iluminação, revestimentos de pisos e paredes

e divisão dos cômodos, que às vezes são separados por estantes tipo prateleira, como é o caso da unidade deste estudo.

Assim, neste capítulo, analiso os depoimentos dos atores desta pesquisa na perspectiva dos determinantes contextuais da implantação da descentralização da VE para a ESF, no município de Feira de Santana.

Diante disto, trago autores que permitem estabelecer um diálogo com os dados empíricos apresentados nas entrevistas, como também nos documentos institucionais, para compreender os encontros e desencontros entre as falas dos atores desta pesquisa e as diretrizes e concepções estabelecidas no Plano Municipal de Saúde, Relatórios de Gestão e Informes Epidemiológicos.

Assim, ao analisar os dados empíricos, mediante leitura exaustiva e repetida das entrevistas, surgiram cinco temas relevantes e que estão relacionados ao contexto da implantação da descentralização da VE para as ESF no município de Feira de Santana. São eles:

- Planejamento;
- Capacitação de Recursos Humanos;
- Organização do Processo de Trabalho;
- Articulação Intra-institucional;
- Organização da Unidade de Saúde da Família.

A partir daí, elaborei quadros esquemáticos que apresentam o tema central, segundo a descrição do ator da pesquisa, atribuindo a eles um valor positivo ou negativo para o processo de implantação da descentralização.

Assim, os quadros que se seguem apresentam os determinantes contextuais da implantação da descentralização da VE para a ESF e a influência deste processo na organização da USF.

5.1 DETERMINANTE CONTEXTUAL DA IMPLANTAÇÃO DA DESCENTRALIZAÇÃO DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA: O PLANEJAMENTO LOCAL

Ao analisar as falas dos entrevistados, registradas no quadro abaixo, emerge com força a idéia de planejamento centralizado, contrariando a lógica da descentralização, onde as ações devem ser planejadas em cada âmbito do sistema, com correspondente poder decisório.

Isto provoca uma reflexão, tendo em vista que a idéia do planejamento emerge somente dos gestores, numa concepção centralizada e pontual. Os trabalhadores da saúde não relatam participação no planejamento, o que pode indicar que o sujeito que faz a ação não planeja a mesma. Verifica-se um paradoxo nos discursos dos entrevistados, pois ao mesmo tempo em que reforçam a centralização do planejamento, defendem a descentralização da VE.

Tal paradoxo pode indicar que o cenário atual ainda não é favorável ao desencadeamento de processos de mudanças no modo de pensar e fazer VE no município.

Quadro 3 – Atribuição de valor ao processo de descentralização da vigilância epidemiológica para a equipe de saúde da família relacionado ao tema planejamento, segundo ator, Feira de Santana, Bahia, 2005.

Tema central	Como é descrito	Ator	Valor para o processo da descentralização
Planejamento	Sabemos da grande importância de ter definido esse perfil epidemiológico da cidade, dos municípios, dos estados, porque assim com certeza a nível da esfera maior poderão ser traçadas medidas de controle que venham realmente atingir a 100% da população.	Gestor	Negativo: planejamento a partir do perfil epidemiológico atribuído à esfera central
	A descentralização da VE se deu de acordo com as necessidades. Então os problemas...os problemas de saúde iam acontecendo em cada área de abrangência do PACS ou do PSF e a ... o setor de VE da Secretaria Municipal de Saúde que fazia a... como é... que fazia as investigações epidemiológicas...	Gestor	Negativo: Falta de planejamento; ações pontuais para responder às necessidades imediatas.

Baseando-me nas entrevistas, volto a afirmar que a descentralização da VE para a ESF pode se constituir em um mero repasse de funções do âmbito central para o local, pois, pensar em descentralização, quando é enfocada uma idéia de planejamento centralizado, é no mínimo contraditório.

Entendo também que não se pode alcançar a equidade, se o planejamento é feito em “[...] níveis hierárquicos superiores” ou “a nível de esfera maior”, não considerando portanto, a especificidade de cada território e a necessidade de cada área de abrangência .

Compreendo que a opção por este tipo de planejamento encontra-se na contramão da descentralização. Portanto, pensar em planejamento com vistas à descentralização é pensar no planejamento dentro de enfoque estratégico e participativo. Compreendo que um dado planejamento não se aplica uniformemente a todas as áreas

de abrangências das ESF e, no momento em que os trabalhadores participam do processo de planejar, aumenta a sua responsabilidade em executar o que foi planejado.

São considerados pelo ministério da Saúde como instrumentos de planejamento o plano municipal de saúde, a agenda de saúde, o quadro de metas, a PPI e o relatório de gestão. A minha experiência de trabalho, inclusive no município estudado, é que esses instrumentos são pouco compartilhados entre os trabalhadores da saúde na sua elaboração e execução, especialmente os que trabalham na ponta do sistema, limitando-se a repassar para os mesmos as metas que devem ser alcançadas.

Conceber o planejamento no enfoque estratégico implica em compartilhamento e distribuição de poder; em garantir que os atores sociais participem no processo de tomada de decisão, sendo necessário que o município estudado avance nesta direção.

Nos relatos dos entrevistados se percebe que o poder de decisão está sempre em um outro ator ou em outra esfera. É como se a responsabilidade de cada ator se resumisse em executar o que o outro determina, sem refletir sobre as consequências e resultados da sua prática.

Não obstante, a fala de um dos gestores aponta para a implantação da descentralização sem um planejamento prévio. É como se as ações fossem repassadas para as ESF com objetivo de resolver problemas pontuais e urgentes, com intenção de evitar apenas ocorrência de epidemias. O gestor enfocou que a implantação da descentralização da VE para as ESF foi iniciada a partir do aparecimento e frequência de determinadas doenças, conforme observado no depoimento:

Então isso (refere-se às ações de VE) era bem centralizado. Depois, como as doenças estavam acontecendo com mais frequência na época mesmo que teve a dengue, os casos de cólera [...].

Permito-me considerar um aspecto relacionado ao planejamento: em que circunstâncias um planejamento centralizado ou a falta de um planejamento pode apoiar ou enfraquecer o processo de implantação da descentralização da VE para as ESF?

Ao enfrentar essa questão, devo enfatizar que apenas a legitimação de um documento, de um plano definindo diretrizes, não garante a sua operacionalização. A minha experiência como profissional da saúde ao longo desses anos permite inferir que a apresentação pelos municípios de planos municipais de saúde e relatórios de gestão tem, geralmente, um caráter meramente cartorial, com objetivo de cumprir alguns dos requisitos para se manter habilitado em uma das formas de gestão.

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

É interessante destacar que no Plano Municipal de Saúde de Feira de Santana foram encontradas referências quanto ao planejamento. Em um primeiro momento é colocado que o planejamento das ações de vigilância à saúde “é ainda incipiente, não hierarquizado e apresenta inconsistência em sua regionalização.” (BAHIA, 2002a, p.14). No segundo momento, quando estabelece como diretriz prioritária a adoção do planejamento e organização funcional do sistema, afirma que:

Nesse processo, a decisão de planejar dentro de uma visão estratégica significa o reconhecimento da necessidade de se buscar não só maior racionalidade na gestão dos recursos e na implementação de ações de

saúde, mas também da existência de projetos políticos diversos, conflitantes e requerer espaços de discussão para formação de “pactos” sociais provisórios e efetivos que viabilizem a implementação das políticas do setor. (BAHIA, 2002, p.16).

Fica evidenciado no documento citado, que é definido como uma diretriz política, a adoção do planejamento dentro de uma visão estratégica, muito embora os discursos não reflitam essa intenção. Possivelmente, trata-se de uma diretriz política da secretaria municipal da Saúde que não está inserida nas representações dos atores desta pesquisa e, conseqüentemente, no cotidiano das práticas em saúde.

5.2 DETERMINANTE CONTEXTUAL DA IMPLANTAÇÃO DA DESCENTRALIZAÇÃO DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA: A CAPACITAÇÃO DOS TRABALHADORES DA SAÚDE

Nas falas dos entrevistados, conforme apresentado no Quadro 3a, a capacitação aparece como uma das principais estratégias utilizadas para a implantação da descentralização da VE para as ESF.

Quadro 3a - Atribuição de valor ao processo de descentralização da vigilância epidemiológica para a equipe de saúde da família relacionado ao tema capacitação, segundo ator, Feira de Santana, Bahia, 2005.

Tema central	Como é descrito	Ator	Valor para o processo da descentralização
Capacitação	Inicialmente se capacitou essas equipes através de seminários, treinamentos e se iniciou esse processo de descentralização.	Gestor	Positivo: capacitação em serviço
	Mas quando a gente passa a pensar na própria equipe, no colega, no enfermeiro que tá lá na ponta, no médico, muitas vezes a gente encontra facilidades nessa comunicação. Por quê? Por conta de vários treinamentos que houve.	Gestor	Positivo: facilidade de comunicação
	A facilidade você sabe que desde quando você capacita o profissional, já há uma facilidade mas às vezes existe aquela resistência do profissional, então como é um trabalho educativo e contínuo... Você tem que sempre estar fazendo essas capacitações para que o profissional realmente ele se sinta mais seguro, mais consciente e sensibilizado.	Gestor	Negativo: ao processo de capacitação é atribuída uma facilidade não definida, vaga. Que não rompe a resistência do profissional
Às vezes a gente participa de alguma atualização, que o pessoal lá de setor (refere-se aos profissionais da Divisão de VE) faz .	Trabalhador da Saúde (Nível Universitário)	Negativo: capacitação sem significado para quem a recebe e é responsável pela execução das ações.	

Ao analisar este tema me coloco favorável ao desenvolvimento de capacitações, porém, dentro de um processo de educação permanente que tenha como referência as necessidades de saúde dos indivíduos e da coletividade, da gestão e do controle social com vistas à transformação das práticas de saúde e da organização do trabalho.

Vale destacar que as demandas de capacitação não deverão ser definidas exclusivamente por necessidades individuais ou por orientações do âmbito central das secretarias da saúde ou mesmo do Ministério da Saúde, mas prioritariamente a partir

dos problemas que ocorrem no cotidiano de trabalho. Pelos discursos, este não é o caso do município de Feira de Santana, no que diz respeito às ações de VE.

Nesta direção, o Ministério da Saúde propõe a gestão da educação permanente através dos Pólos de Educação Permanente em Saúde. Estes devem se constituir em rodas de negociações com diversas instituições comprometidas com a integração ensino-serviço, e direcionados para a identificação de necessidades e para a construção de estratégias e políticas na perspectiva de ampliação da qualidade da gestão, da qualidade e do aperfeiçoamento da atenção integral à saúde, do conceito ampliado de saúde e do fortalecimento do controle social. (BRASIL, 2003a).

Nos depoimentos dos entrevistados não ficou evidenciado a inserção da secretaria municipal da Saúde nos Pólos de Educação Permanente e também não é minha intenção aprofundar essa questão. Contudo, baseando-me nas entrevistas e nos documentos analisados, infere-se que as capacitações eram realizadas pela divisão de Vigilância Epidemiológica do município e organizadas de acordo com necessidades pontuais.

Neste aspecto, Mélo (2001, p.80), ao estudar as políticas de capacitação de recursos humanos no município, assevera que:

Como conseqüência desta desarticulação intra-institucional, surgem no interior da Secretaria movimentos de organização de processos educativos, desvinculados de um projeto coletivo e sem condições concretas de contribuir no processo de reorganização do modelo de atenção à saúde vigente no município.

Entendo que as capacitações aplicadas ao trabalho podem e devem ser realizadas, mas que no seu bojo sejam incorporadas reflexões críticas e assumam como premissa que os trabalhadores são sujeitos que pensam, que criam, que agem e são portadores de subjetividade.

Observa-se em alguns trechos das entrevistas, que a capacitação é considerada uma ação que resolverá os problemas das práticas dos profissionais de saúde, quando na verdade, existem outros problemas que devem ser enfrentados, desde a formação desses profissionais na graduação até às condições de trabalho que é oferecida aos trabalhadores da saúde.

Ainda que os processos de capacitação sejam necessários e contribuam positivamente para a implantação da descentralização da VE para a ESF, ao analisar os documentos, percebo que as capacitações realizadas foram direcionadas para descentralizar ações de agravos específicos, a exemplo da tuberculose, dengue, doenças exantemáticas, hanseníase, entre outras, conforme demonstra a matriz de pré-análise dos documentos da secretaria municipal da Saúde (Apêndice D).

Essas capacitações possivelmente permitem ao profissional conhecer a epidemiologia, a clínica, e as medidas de controle dos agravos, sendo, portanto, necessárias. No entanto, não são suficientes para mudanças da prática da VE em direção ao paradigma em que a promoção da saúde sobreponha a prevenção de doenças.

Contudo, é preciso que os gestores e trabalhadores da saúde concebam a capacitação como um ato permanente, que possibilite aos integrantes da ESF realizar análises da situação de saúde do seu território, e assim planejar e desenvolver estratégias que impactem positivamente sobre o estado de saúde da população. É preciso que essas capacitações permitam que os trabalhadores percebam a vigilância epidemiológica como parte intrínseca das suas ações cotidianas. Cito como exemplo de uma ação que faz parte do cotidiano do trabalho das equipes o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, ou seja, quando o trabalhador registra o peso no cartão da

criança e identifica se a criança é de baixo peso, peso normal ou sobrepeso, ele está desenvolvendo uma ação de vigilância, que exige desdobramentos.

É importante salientar que dos atores entrevistados, as enunciações quanto às capacitações foram dominantes entre os gestores. Apenas um profissional de nível universitário citou a capacitação como uma estratégia utilizada pela esfera central para descentralizar a VE. Porém, analisando o tom e como foi expressa a fala do entrevistado pode-se inferir que estas capacitações não foram significativas para as pessoas que estão fazendo a ação, não contribuindo para a implantação da descentralização da VE.

Por outro lado, o discurso de um gestor quanto ao mesmo tema mostra-se inconsistente, incoerente, sinalizando que, apesar de se referir às capacitações realizadas, desconhece o significado das mesmas para a implantação da descentralização de VE para as ESF.

A categoria de trabalhadores de nível médio não citou a capacitação em nenhum momento da entrevista. Isto pode significar que estes foram capacitados, porém não as consideraram como uma facilidade para sua inserção na VE ou não houve capacitações voltadas para essa categoria de trabalhadores.

Nesta direção é importante citar as considerações de Peduzzi e Palma (1996, p.241) quanto ao processo de capacitação de trabalhadores de nível médio:

Um exemplo do que foi dito encontra-se na priorização das atividades de desenvolvimento para o pessoal de nível superior [...]Para o pessoal de nível médio e elementar restam, de modo geral, treinamentos simplificados ou “adestramentos”, que mais reiteram a desigualdade social no trabalho do que impactam sua qualidade.

O município de Feira de Santana não difere dos demais municípios baianos quanto à lógica de capacitar os trabalhadores da saúde de nível médio. Geralmente a enfermeira, que integra a ESF, fica responsável em realizar as capacitações desses

profissionais, de uma forma simplificada, coadunando com as afirmações de Peduzzi e Palma (1996). Inclusive é previsto dentre as atribuições da enfermeira a de “desenvolver ações para capacitação dos ACS e auxiliares de enfermagem, com vistas ao desempenho de suas funções junto aos serviços de saúde.” (BAHIA, 2002c, p. 34).

Apesar do agente comunitário de saúde e do auxiliar de enfermagem não citarem as capacitações nos seus discursos, a forma como concebem a VE, centrada na detecção de agravos transmissíveis, pode ser reflexo das capacitações que a enfermeira recebe e como repassa para os mesmos.

Neste sentido, penso que é importante a secretaria da Saúde rever os processos de capacitação dos trabalhadores da saúde, de forma a responder às necessidades desses trabalhadores para que traduzam em ações efetivas na prática dos serviços de saúde.

5.3 DETERMINANTE CONTEXTUAL DA IMPLANTAÇÃO DA DESCENTRALIZAÇÃO DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA: A ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE

O Quadro 3b apresenta a organização do processo de trabalho em saúde, segundo as enunciações dos entrevistados.

Quadro 3b - Atribuição de valor ao processo de descentralização da vigilância epidemiológica para a equipe de saúde da família relacionado ao tema organização do processo de trabalho, segundo atores entrevistados, Feira de Santana, Bahia, 2005.

Tema central	Como é descrito	Ator	Valor para o processo da descentralização
Organização do processo de trabalho em saúde	Com relação à equipe da própria VE a gente sabe que por conta de profissionais que são contratados e não são efetivos, é enfermeiros que saíram, outros novos que chegaram, a própria coordenação que foi trocada. A visão de cada um e até mesmo a forma de se inserir no processo que já vinha ocorrendo dificultou um pouco. E com relação à mudança na ESF é, a própria rotatividade: médicos, enfermeiros que foram treinados nos programas de tuberculose, hanseníase, exantemáticas e tudo mais [...].	Gestor	Negativo: Rotatividade dos trabalhadores de saúde devido a flexibilização das relações de trabalho
	...A rotatividade muito grande de recursos humanos nas equipes do programa de saúde da família. A gente avança em alguns momentos e tem retrocessos em outros momentos. Porque quando você vai, descentraliza aquela ação, que a equipe tá completa e essa equipe fica nessa unidade o processo anda. Mas, quando você retorna lá um mês, dois meses, não encontra essa equipe você vai começar tudo novamente e aí há uma quebra nesse processo de descentralização.	Gestor	Negativo: Rotatividade dos trabalhadores de saúde devido a flexibilização das relações de trabalho

A expansão do mercado de trabalho em saúde se consolidou nos municípios através do Programa de Saúde da Família. Com a implantação do PSF houve um incremento importante no número de vagas de postos de trabalho, em particular para as enfermeiras, técnicos de enfermagem e médicos. (FERREIRA, 2002).

Entretanto, essa ampliação de postos de trabalho foi inversamente proporcional à proteção do trabalhador quanto ao vínculo empregatício, uma vez que os municípios, com a justificativa de atender a Lei de Responsabilidade Fiscal, e com a flexibilização nas relações de trabalho, adotam formas diferentes de contratação, a exemplo das cooperativas, dos contratos temporários, das prestações de serviços, entre outras.

Recorrendo a Barros e Melo (2003, p.8) é importante destacar que:

O processo de flexibilização das relações de trabalho, que favorece a precariedade do vínculo com o trabalho, tem provocado insatisfação dos trabalhadores, favorecendo a rotatividade dos mesmos, acúmulo de empregos, e a queixa sobre a disparidade de salários para uma mesma jornada de trabalho.

Os municípios possuem hoje um campo aberto para efetivar a contratação de pessoal que não seja através de concursos. Isto facilita sobremaneira a adoção de uma política clientelista, voltada para contratação de pessoal muitas vezes não pelo critério técnico, e sim pelo critério político-eleitoreiro. Este é um problema que traz repercussão negativa nas práticas da VE do município de Feira de Santana, conforme retrata bem o depoimento do gestor:

E com relação à mudança na ESF é a própria rotatividade: médicos, enfermeiros que foram treinados nos programas tuberculose, hanseníase, exantemáticas e tudo mais, esses quando saem levam o conhecimento e os demais que chegam teoricamente não trazem esse conhecimento. Então há sempre uma quebra nesse processo, nessa rotina, de tudo como deveria ser, de como deveria funcionar.

Na Unidade de Saúde em que foi feito o estudo foi evidenciada a rotatividade dos profissionais, pois um dos que participaram da entrevista trabalhava na unidade há menos de dois meses, conforme revela o depoimento do trabalhador de saúde de nível superior:

Embora eu só tenha pouco tempo aqui – menos de dois meses – eu acho o posto extremamente organizado, os agentes de saúde são muito cooperativos. Então assim, até agora eu não tive nenhuma dificuldade.

O depoimento acima revela que o trabalhador da saúde não percebe a rotatividade como um problema para ele e tampouco para o serviço. Este discurso revela que o importante para o trabalhador é que não tenha dificuldade no seu processo de trabalho e não é como esta rotatividade pode refletir negativamente no acesso da população aos serviços de saúde.

Percebe-se, de acordo com os depoimentos, que a descentralização da VE para as ESF se dá com avanços e retrocessos. Isto se traduz em descontinuidade das ações, não somente da VE, mas de todas as práticas de saúde. É difícil pensar em reversão do modelo de atenção dentro de uma relação de trabalho tão perversa, que produz incertezas para os trabalhadores em decorrência da não garantia dos direitos trabalhistas e de proteção social.

No município de Feira de Santana, os trabalhadores das equipes de saúde da família são predominantemente contratados através de cooperativas, tendo, portanto, um vínculo precário de trabalho.

Neste aspecto, Cerqueira (2001, p.48) assegura que:

Essa forma de alocação de pessoal não permite uma vinculação do profissional com os serviços, porque há uma rotatividade muito grande das pessoas pelos diversos setores da Secretaria, além de gerar uma certa ansiedade e angústia, causada pelo caráter transitório da função.

Vale destacar que nenhum trabalhador entrevistado mencionou a sua inserção precária no sistema de saúde. Possivelmente este fato pode estar relacionado ao jogo de interesses individuais de cada trabalhador no sentido de preservação do seu emprego.

Somado a isto, penso que existe uma falta de visão política dos trabalhadores que contribui sobremaneira para a manutenção desta relação precária de trabalho.

Notadamente, as falas em torno da precarização do trabalho, e consequente rotatividade dos profissionais, se concentraram no grupo de gestores, demonstrando inclusive preocupação com a ruptura no processo de implantação da descentralização da VE para as ESF, principalmente quando refere que:

[...] essa política de recursos humanos que não fixa o profissional no local de trabalho a gente vai ter dificuldade nesse processo de descentralização.

O enunciado de um gestor reflete as consequências danosas para o processo de descentralização, quando se refere que este está sempre começando. Além disto, é afirmado que ocorre um investimento nas capacitações de profissionais e que na maioria das vezes não ficam no município.

Ao analisar os documentos, a rotatividade de recursos humanos também foi apontada como um entrave para se efetivar a descentralização da VE para as ESF (Apêndice E).

Apesar de percebido o problema da precarização do trabalho, inclusive pelo gestor máximo, não foram apontadas propostas no sentido de modificar este quadro. Penso que não basta apenas perceber o problema, é preciso construir possibilidades de intervenção que garanta os direitos trabalhistas previstos pela legislação nacional, evitando todas as formas de precarização do trabalho no SUS. Analisando as falas dos entrevistados, até o momento o município não adotou nenhuma política que possa reverter esta problemática, até porque são interessantes para os gestores do município as

formas de contratação flexíveis, pois atendem aos interesses políticos partidários e não necessariamente aos interesses da população.

Coaduna com as afirmações de Assis (1998b, p.147), quando se refere à política adotada no município para ocupação dos cargos públicos:

Com algumas exceções, devem-se à desmobilização das forças sociais, à determinada “vontade política” dos dirigentes de saúde dos municípios, às divergências políticas-partidárias entre governos locais e estaduais, aliados a interesses corporativos dos empresários de saúde que, ao mesmo tempo em que ocupam cargos de comando no setor saúde dos municípios, dirigem suas instituições privadas. Demonstrando, portanto, **interesse em não efetivar a implantação de estratégias que possam viabilizar um serviço de saúde universal, igualitário e resolutivo** [grifo da autora].

Nesta linha Assis (1998a, p. 97-98), ao estudar a conformação da organização dos serviços do município de Feira de Santana, no processo de implantação da municipalização da saúde, aponta ainda:

O poder estabelecido, também, pelo ideário político partidário, sobrepõe-se aos interesses coletivos e sociais, em nome dos “cargos de confiança” desconhecem a importância estratégica de uma melhor articulação, no sentido de viabilizar ações de saúde que alcancem um novo equilíbrio no plano estrutural dessas instituições.

Imersa nesta questão me surge uma reflexão: como pensar em acolhimento, vínculo com o usuário se o próprio trabalhador não experimenta isto nas relações de trabalho? E como se processa a responsabilização e resolutividade dos trabalhadores de saúde, se a forma de contratação não ocorre pelo critério técnico, mas pelo critério político-partidário?

Contudo, concordo com Merhy (1997) que não basta apenas corrigir procedimentos organizacionais e financeiros, é preciso também alterar o modo como os trabalhadores se relacionam com o seu objeto de trabalho que é a vida e o sofrimento dos indivíduos e da coletividade. A este respeito o autor afirma que:

[...] obviamente que não se está sugerindo que ninguém se torne um “piegas” e que ninguém deixe de reivindicar os seus direitos como trabalhador, mas sim que, nós os trabalhadores de saúde, não nos recusemos a dispor de tudo que temos para defender a vida, como possuidores de que a melhor tecnologia de saúde nos fornece- que o nosso saber, o nosso conhecimento e o nosso trabalho em ato (o exercício do nosso autogoverno) [...] . (MERHY, 1997, p.126).

Não resta dúvida que a precarização do trabalho estabelece uma relação conflituosa entre o que os trabalhadores recebem e o que eles oferecem para os usuários. No entanto, a luta do trabalhador para conquistar as garantias trabalhistas não deve se apoiar no (des)serviço oferecido ao indivíduo e à coletividade. Pelo contrário, na medida em que o trabalhador fortalece o vínculo com a população, que oferece um serviço de resolutividade e demonstra responsabilização com o seu fazer, amplia o seu poder de negociação, pois passa a ter o usuário como um forte aliado na conquista dos seus direitos.

5.4 DETERMINANTE CONTEXTUAL DA IMPLANTAÇÃO DA DESCENTRALIZAÇÃO DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA: A ARTICULAÇÃO INTRA-INSTITUCIONAL

As unidades de análise selecionadas no Quadro 3c refletem a divergência quanto ao estágio de articulação intra-institucional existente no lócus estudado.

Quadro 3c - Atribuição de valor ao processo de descentralização da vigilância epidemiológica para a equipe de saúde da família relacionado ao tema articulação intra-institucional, segundo atores entrevistados, Feira de Santana, Bahia, 2005.

Tema central	Como é descrito	Autor	Valor para o processo da descentralização
Articulação Intra-Institucional	Quando a gente passa a pensar [...], na própria equipe, no colega, no enfermeiro que tá lá na ponta, no médico, muitas vezes a gente encontra facilidades nessa comunicação... as ESF, eles conhecem a VE (refere-se à divisão de VE do âmbito central da SMS), eles buscam a VE quando encontram problemas, eles na VE encontram respaldo e solução. Então eu vejo assim, que como facilidade a gente tem essa mão dupla de comunicação, né... então a vigilância se faz presente e as ESF hoje já sabem o que é fazer vigilância.	Gestor	Positivo: Existência de articulação entre a divisão de VE e a ESF
	A gente faz hoje as atividades que antes eram feitas só por eles (refere-se a Divisão de Vigilância Epidemiológica), mas eu não vejo, [...] uma ligação mais estreita entre a unidade e o setor que fica responsável por isso.	Trabalhador da Saúde-Nível Universitário	Negativo: Inexistência de articulação entre a Divisão de VE e as ESF
	[...] uma dificuldade grande é de coordenação para coordenação, quando a gente pensa assim: coordenação de saúde da família pra mim é um entrave grande, a pessoa, a coordenadora [...]	Gestor	Negativo: Desarticulação entre as coordenações

Na fala de um gestor é enfatizado como facilidade a comunicação entre a divisão de VE com as ESF, especialmente quando coloca que existe “uma mão dupla de comunicação”. Contrariando este discurso, a fala do profissional revela que a falta de articulação entre a divisão de VE e as ESF se constitui em uma dificuldade para

realização das ações na área de abrangência da Unidade de Saúde da Família. Penso que a inexistência de articulação intra-setorial implica em dificuldade para a implantação da descentralização da VE para as ESF, pois impede um compartilhamento de informações e de decisões que certamente favoreceria ao desenvolvimento de ações mais resolutivas.

Essas divergências demonstram lógicas diferentes de trabalho, tanto pela equipe que compõe a divisão de VE do município como pela ESF.

O que é identificado como desarticulação pode ser atribuída, em parte, pela forma em que historicamente se organizou o processo de trabalho da VE no município. Este trabalho sempre foi centrado em equipes treinadas exclusivamente para o desenvolvimento das ações de vigilância, delegando-se para os trabalhadores das unidades básicas de saúde apenas a atividade de notificação compulsória das doenças.

Sobre essa situação Cerqueira (2001, p.56) afirma que:

Ao longo de todo processo de implementação da VE na SMS de Feira de Santana, não se tem conseguido que os profissionais das Unidades Básicas de Saúde (UBS) incorporem em suas atividades a prática de vigilância epidemiológica. Limitam-se a notificar as doenças, ressaltando que somente as enfermeiras realizam a notificação.

Isto se explica também na análise feita quanto ao processo de capacitação dos trabalhadores das ESF, principalmente em relação aos conteúdos direcionados para a VE. O Sistema de Vigilância Epidemiológica no Brasil, e em especial em Feira de Santana, tem se caracterizado ao longo dos anos como um sistema verticalizado, normatizado, centralizado e, para se desfazer dessa herança é preciso entre outras coisas compartilhar as atividades de VE com as unidades básicas de saúde, deixando de ser um trabalho exclusivo de um setor, como refere um entrevistado (trabalhador da saúde), para ser objeto de trabalho dos profissionais que integram o sistema de saúde e as ESF.

A descentralização das ações de VE, de acordo com as falas dos entrevistados e dos documentos analisados, não acontece efetivamente, pois as ESF limitam-se ao controle das doenças transmissíveis, através da notificação de casos, investigação epidemiológica e realização de bloqueio vacinal. Sabendo que a VE deve estar pautada na tríade informação-decisão-ação, observo que as ações de VE ainda são realizadas pelas ESF de forma mecânica, como assegura um trabalhador de saúde de nível universitário:

Quando a gente trabalha com VE com números, uma falha que acho que a gente tem é que a gente vai fazendo na unidade as notificações, as investigações, fazendo de uma forma mecânica por causa das outras atribuições todas que a gente tem, termina que a gente não para com frequência pra ver quantas notificações de tal agravo, não consolida essas atividades que a gente faz.

O exemplo citado pelo trabalhador de saúde, indica que o retorno das informações da Divisão de VE (DVE) para as ESF não acontece de forma tão positiva, como relatado pelo gestor. No entanto, se por um lado a equipe da DVE concentra esforços para controlar as doenças, por outro lado os trabalhadores da ESF esperam passivamente que as informações cheguem até eles, bem como não transformam os dados gerados na própria unidade de saúde em informação, se constituindo assim, em meros repassadores de dados para o âmbito central.

Como consequência, não analisa o estado de saúde da população, e as ações desenvolvidas podem não responder às necessidades daquela área. Deste modo, as informações obtidas, relevantes para direcionar tanto a gestão quanto as práticas dos trabalhadores na unidade de saúde da família, só são utilizadas para assegurar o repasse de recursos financeiros ou para a obtenção de metas de trabalho quase sempre estabelecidas aleatoriamente.

Quanto a DVE da secretaria municipal da Saúde, analisando-se os documentos institucionais observa-se que entre os anos de 2002 e 2004 houve publicação de informes epidemiológicos destacando a situação de alguns agravos no município.

Em 2002, foram publicados dois informes epidemiológicos, sendo um sobre a dengue e outro sobre a raiva. Tais agravos se configuravam como os principais problemas a serem enfrentados pelo município (BAHIA, 2002b; BAHIA 2002), pois neste período se convivia com uma epidemia de dengue (4767 casos notificados) e com um número alarmante de casos de raiva animal (43,2% dos crânios de animais encaminhados para exame foram positivos para a raiva).

No ano de 2003 foram publicados quatro informes, destacando a vigilância epidemiológica do sarampo e rubéola, tuberculose e hanseníase, leishmaniose visceral e as doenças sexualmente transmissíveis.

Em 2004, houve uma redução do número das publicações em relação ao ano de 2003, sendo publicado apenas um informe epidemiológico, o qual destacava a situação da hanseníase, da tuberculose e da raiva. Esses dados revelam que a DVE iniciou um processo de retro-alimentação das informações através dos informes epidemiológicos, com uma ampliação importante em 2003. No entanto, não manteve o mesmo ritmo de divulgação em 2004, e nada foi publicado em 2005.

Este fato me leva a uma indagação: A divulgação das informações deixou de ser prioridade para os gestores?

Considero esse fato um retrocesso para a descentralização das ações de VE, pois além de não favorecer a divulgação das informações para os diversos segmentos da sociedade quanto ao perfil epidemiológico do município, não subsidia o processo de tomada de decisão, ficando os gestores e profissionais da saúde sujeitos a imprevisibilidade e intempestividade das informações.

O relatório de gestão de 2004 da secretaria municipal da Saúde aponta que as ações de controle de tuberculose, hanseníase e doenças exantemáticas foram descentralizadas para as ESF. Dentre as atividades atribuídas à ESF estão a notificação, investigação e adoção de medidas de controle. E entre os compromissos estabelecidos pela DVE está a retro-alimentação das informações para as unidades de saúde. Baseando-me na fala do profissional da saúde, apresentada no Quadro 3c, posso inferir que esta mão dupla da informação não vem ocorrendo.

Esta desarticulação não é somente observada entre a DVE e as ESF. O depoimento de um gestor revela que existe falta de comunicação entre as coordenações. A falta de comunicação entre a DVE, ESF e outros segmentos da secretaria repercute negativamente no desenvolvimento das ações de VE, sendo um aspecto que deve ser superado para que a implantação da descentralização da VE para as ESF ocorra efetivamente.

Sabendo que para responder aos problemas de saúde da população se faz necessário desenvolver ações intersetoriais, percebo através das falas dos sujeitos que os gestores e profissionais da saúde estão distantes de atuar em direção ao estabelecimento de alianças fora do setor saúde, haja vista que não conseguem manter sequer uma articulação intra-setorial, se constituindo este quadro em um aspecto negativo para a descentralização.

5.5 DETERMINANTE CONTEXTUAL DA IMPLANTAÇÃO DA DESCENTRALIZAÇÃO DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA: ORGANIZAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Pensar na lógica da Equipe de Saúde da Família é pensar em um trabalho multidisciplinar, com compartilhamento do processo decisório, planejamento das ações, organização do trabalho de forma horizontal e efetivo controle social.

No caso estudado posso inferir que o trabalho é hierarquizado e fragmentado. O trabalho tem como ênfase a realização de tarefas, seguindo a abordagem científica da administração. Os trabalhadores não se percebem como componentes da equipe, apesar de referirem o oposto, conforme demonstra o depoimento do profissional da saúde, registrado no Quadro 3d, a seguir:

Quadro 3d - Atribuição de valor ao processo de descentralização da vigilância epidemiológica para a equipe de saúde da família relacionado ao tema organização da unidade de saúde, segundo ator, Feira de Santana, Bahia, 2005.

Tema central	Como é descrito	Ator	Valor para o processo da descentralização
Organização da Unidade de Saúde	[...] a gente trabalha sempre em conjunto. O que a gente vê a gente passa para a Unidade, para a equipe de saúde da família para que possa reunir e ver como podemos ajudar para que não se dissemine tal doença... A nossa equipe trabalha em conjunto. Sempre em conjunto. [...] quando a médica não está na unidade, a gente comunica à enfermeira, gerente do posto. Ela vai ver o que é que temos que fazer com o paciente pra que possa resolver o problema.	Trabalhador da Saúde (Nível Médio)	Negativo: não trabalha de forma horizontalizada
	Tem sido um trabalho bom com a equipe, a gente tem conseguido realmente uma equipe que se entenda, que discuta os problemas, que tire as dúvidas, não tenho queixas da nossa equipe não, a nossa equipe tem conseguido fazer um trabalho razoável.	ACS	Positivo: boa inter-relação entre os membros da ESF.
	Eu acho o posto extremamente organizado, [...] Eu acho que é mais em relação a estrutura da unidade. Em relação como os cômodos do posto são divididos e também a questão de material, de equipamento, que às vezes a gente precisa aqui e não dispõe na hora que precisa usar no paciente.	Trabalhador da Saúde (Nível Universitário)	Negativo: estrutura física inadequada da unidade. Falta de equipamentos.

Para alguns entrevistados, trabalhar em equipe na saúde é simplesmente comunicar ao outro a ocorrência de um fato, para que esse outro defina o que fazer. Contudo, trabalhar em equipe é trabalhar de forma horizontalizada, desenvolvendo ações integradas, aglutinando o saber e os sujeitos desse saber, considerando as singularidades da prática de cada profissão, na perspectiva de construir propostas e respostas coerentes com as necessidades da população.

Neste aspecto, fundamentando-me nas concepções teóricas de Peduzzi e Palma (1996), a equipe de saúde da família do caso estudado opera variados objetos e saberes não articulados entre si; convive e reproduz vários planos de fragmentação, seja na organização do trabalho, seja na articulação desses saberes.

Entretanto, conforme aponta o depoimento do agente comunitário da saúde, registrado no Quadro 3d, um aspecto positivo para o processo da descentralização é a inter-relação entre os membros da equipe.

Recorrendo a Peduzzi e Palma (1996), se faz necessário superar a lógica de trabalho evidenciada nesse estudo, para que a equipe de saúde da família não se reduza apenas a uma equipe multiprofissional no plano do trabalho, mas que seja também uma equipe interdisciplinar no plano do saber, construindo novos saberes apropriados às necessidades de trabalho em saúde, mediante a criação de novas práticas.

Outro aspecto a ser destacado quanto à organização da unidade diz respeito a infra-estrutura disponível para o trabalho da ESF. Conforme depoimento, registrado no quadro acima, a Unidade de Saúde da Família não possui estrutura física compatível para o que se destina. Existe também falta de materiais e equipamentos.

O depoimento citado reflete o cenário de todo o município quanto às condições de infra-estrutura, pois as unidades de saúde da família implantadas em Feira de Santana são todas em casas alugadas e a maioria delas não possui condições estruturais (pisos e paredes não laváveis, teto sem forro, cômodos sem pia etc.).

Ao analisar o fazer da VE pela ESF, na visão dos sujeitos desta pesquisa, conforme demonstra o Quadro 3e, observo outro elemento que se constitui em valor negativo para a descentralização, isto é, o fato de que a VE é considerada uma atividade secundária, e que pode ser realizada de forma mecânica, como mais uma das muitas tarefas do cotidiano de trabalho.

É salientado por alguns dos entrevistados que existem facilidades para desenvolver as ações de VE, relatando que a implantação da descentralização não modificou a dinâmica da unidade. Como facilidades são apontadas a disponibilidade do veículo para realizar as ações e a programação semanal da unidade que já contempla visitas domiciliares a serem realizadas pelos profissionais da saúde. Fato este que me permite reforçar a idéia de que a VE representa uma atividade secundária para a ESF. Esta é uma representação incorporada por um grande número de profissionais, face ao não entendimento da VE como uma ação que está inserida em várias outras ações de saúde.

Quadro 3e - Atribuição de valor ao processo de descentralização da vigilância epidemiológica para a equipe de saúde da família relacionado ao tema organização da unidade de saúde, segundo ator, Feira de Santana, Bahia, 2005.

Tema central	Como é descrito	Ator	Valor para o processo da descentralização
O fazer da VE	Quando a gente trabalha com VE, com números, uma falha que acho que a gente tem é que a gente vai fazendo na unidade as notificações, as investigações, fazendo de uma forma mecânica por causa das outras atribuições todas que a gente tem. Termina que a gente não para com frequência pra ver quantas notificações de tal agravo, não consolida essas atividades que a gente faz. Então o que eu acho é que deveria ter um <i>feedback</i> do setor lá da secretaria, da vigilância, pra gente.	Trabalhador da Saúde (Nível Universitário)	Negativo: Ações de VE como uma atividade mecânica, secundária.
	Por outro lado, também, quando a gente tem uma equipe que abraça essa questão, a gente tem uma resolutividade bem maior, porque tem algumas doenças que tem ainda muito estigma como é o caso da tuberculose.	Gestor	Negativo: Apesar de aparente adesão da equipe ao trabalho, o tempo verbal é colocado no futuro
	É, não podemos ter uma unidade apenas de vigilância epidemiológica (refere-se a divisão de Vigilância Epidemiológica), quando na realidade as equipes que estão na ponta estão vivendo o dia-a-dia da população. Elas teriam condições de fazer todo esse levantamento dos agravos, assim como acompanhando as medidas de controle, de notificar. Eu acredito que com isso nós daremos uma assistência de maior qualidade no que se tange a VE diretamente a população e através de pessoas que já tem esse vínculo com a população e assim possa fazer um acompanhamento diário, um acompanhamento permanente ao lado a lado com a população.	Gestor	Negativo: Redução das ações de VE a adoção de medidas de controle e notificação; toda a enunciação expõe uma tese do ator e não o que efetivamente está sendo feito.

O relato de um gestor da VE demonstra que o processo da descentralização da VE vem ocorrendo de forma muito lenta, especialmente pelo descompasso entre o que é preconizado e o que é realizado efetivamente na prática:

Agora, de que forma eu estou vendo esse processo hoje: ainda muito lento. Muito lento por ene situações que têm atrasado esse processo [...], a própria filosofia das equipes que não condiz com a realidade, com a teoria né?, e também o próprio processo que é algo novo né? [...] A visão de cada um e até mesmo a forma de se inserir no processo que já vinha ocorrendo dificultou um pouco.

Para melhor compreender a distância entre teoria e prática referida pelo gestor é importante destacar as atribuições técnicas previstas pelo Ministério da Saúde para os enfermeiros, médicos, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde que fazem parte da ESF (BAHIA, 2002b, p. 26-27):

- Cadastramento das famílias residentes em sua área de abrangência;
- Diagnóstico das condições sócio-econômicas e de saúde da população sob sua responsabilidade;
- Identificação das pessoas e famílias sujeitas à situação de risco de adoecer e morrer;
- Priorização das ações a serem desenvolvidas para enfrentamento dos problemas identificados;
- Ênfase no enfoque da promoção da saúde;
- Atuação intersetorial.

Estas atribuições estão intimamente ligadas ao fazer da VE. Porém, os sujeitos desta pesquisa não demonstram essa concepção ampliada e revelaram nas entrevistas que executam ações fragmentadas, sem que participem do processo de planejamento e decisão sobre o que deve ser feito no âmbito microlocal. Para o processo da descentralização, isto é negativo, pois se o entendimento sobre o fazer da VE é limitado,

provavelmente que na execução das ações também serão, podendo não contribuir de forma efetiva para a mudança dos indicadores de saúde.

São pertinentes as discussões de Almeida e Mishima (2005) quando trazem a idéia de que não basta definir as atividades dos profissionais para o alcance de um trabalho compartilhado, humanizado, com responsabilização e vínculo com a comunidade. E trazendo esta discussão para o trabalho efetivo da VE, concordo com as autoras quando afirmam que as intervenções devem se sustentar no conhecimento que contemple os fatores determinantes do processo saúde-doença-cuidado e na autonomia e responsabilização dos profissionais com os usuários, famílias e comunidade.

Merece destaque o depoimento de dois gestores quando falam sobre o fazer da VE pelas ESF. Apesar da aparente adesão da equipe à descentralização, o tempo verbal que é colocado nos depoimentos, sempre se reportando ao futuro, permite inferir que as ações de VE ainda não estão sendo realizadas efetivamente pela ESF. A fala dos gestores reflete uma prática do que deve ser feito e não do que está sendo feito realmente. Além disto, a visão de um destes gestores quanto ao fazer da VE é reducionista, pois o restringe à adoção de medidas de controle e notificação.

Neste sentido, de que maneira a implantação da descentralização da VE influenciou na organização da unidade de saúde da família?

De acordo com os depoimentos, a descentralização da VE para a ESF não sobrecarregou os profissionais da saúde, pois esta atividade não é vista como prioridade pela equipe. As ações são desenvolvidas de acordo com uma programação pré-estabelecida. No entanto, influenciou positivamente na capacitação de pessoal para o desenvolvimento das ações. Contudo, pode-se inferir que a capacitação desenvolvida não agregou elementos que contribuam para a mudança da prática dos trabalhadores, já

que a visão destes e dos gestores de saúde quanto à vigilância epidemiológica ainda se reduz à notificação e investigação de casos.

Partindo do princípio de que Feira de Santana possui uma extensa área geográfica, uma população de quase 600 000 habitantes com condições diferenciadas de vida, portanto, com diferentes problemas de saúde, não se pode mais desenvolver ações de VE dentro de uma lógica centralizada. Neste sentido, concordo com o depoimento de um entrevistado quando se refere a descentralização da VE para as ESF:

A descentralização de VE para unidades de saúde da família é algo que tem que ocorrer. Independente de como está, se já houve um avanço, mas é um processo que não pode mais deixar de existir.
(Gestor)

A descentralização da VE se por um lado encontra-se permeada por dificuldades e retrocessos, por outro lado, já se observa avanços, especialmente nos indicadores de saúde, permitindo-me inferir que é possível prosseguir com este processo, buscando, entretanto, corrigir as distorções identificadas.

5.6. ANÁLISE AVALIATIVA DA IMPLANTAÇÃO DA DESCENTRALIZAÇÃO DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA PARA A EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Através da técnica de análise de avaliação (BARDIN, 1997; MELO, 2001) apresento os resultados da avaliação sobre a implantação da descentralização da VE para as ESF, através dos Quadros 4 e 4a, onde estão registradas as enunciações avaliativas segundo os atores entrevistados. Os quadros foram construídos a partir da identificação dos objetos de avaliação na enunciação dos atores entrevistados. São eles: capacidade de intervenção e o processo de descentralização, identificando se os atores que participam da implantação apóiam ou não esta intervenção.

Devo salientar que as categorias destacadas para esta análise avaliativa foram selecionadas intencionalmente, visando atender aos objetivos da investigação.

5.6.1 Avaliação da Capacidade de Intervenção da Equipe de Saúde da Família em Vigilância Epidemiológica

No balanço final da avaliação enunciada pelos atores da pesquisa quanto à capacidade de intervenção, confirma-se um desempenho positivo, conforme o Quadro 4. Observo, no entanto, que o desempenho positivo encontra-se relacionado sobretudo à detecção da doença e adoção de medidas de controle, o que reforça a análise anterior da existência de uma prática fragmentada na ESF e de uma concepção de VE voltada para o controle das doenças transmissíveis. Revela mais uma vez que o modelo de atenção no município é centrado na doença, distante da concepção filosófica que originou o PSF no Brasil.

Quadro 4 - Enunciações avaliativas sobre à implantação da descentralização de VE para a ESF, segundo ator, Feira de Santana, Bahia, 2005.

Objeto da avaliação: capacidade de intervenção

Ator	Como é descrita	Termo Avaliativo	Resultado da avaliação
Gestor	Temos alcançado avanços nesse processo e temos também retrocedido em alguns aspectos. Esses avanços a gente considera muito pontuais e favoráveis porque são os avanços que a gente vê, resultados favoráveis nos indicadores das doenças específicas [...] como no programa de tuberculose que a gente começou a descentralizar visando atingir os indicadores pactuados na PPI.	Avanços pontuais	Desempenho positivo
		Retrocesso	Desempenho negativo
Gestor	Facilidade que eu vejo é a gente levar o tratamento pra próximo do doente, porque a maioria da população é de poder aquisitivo baixo. Então ela não tem como estar se deslocando.	Facilidade	Qualidade positiva
		Tratamento próximo ao doente	Desempenho positivo
Trabalhador da Saúde (Nível Médio)	Os casos que até aqui nós conseguimos detectar na área como alguns que já tivemos de hanseníase e tuberculose, nós temos conseguido tratar sem dificuldades.	Detecção de casos na área	Desempenho positivo
		Tratamento sem dificuldades	
Gestor	Nós temos visto os resultados positivos visto que as ações que nós descobrimos são imediatas, se nós não tivéssemos essa descentralização, com certeza os agravos chegariam para nós de uma maneira mais demorada e assim claro, as ações de controle também teriam um retorno mais demorado.	Resultados positivos	Desempenho positivo
		Ação imediata	
Trabalhador da Saúde (Nível Universitário)	Eu acho que são satisfatórias (refere-se às ações de VE). Embora assim, fique muito limitado ao âmbito da unidade mesmo, né?	Satisfatória	Qualidade positiva
		Muito limitada ao âmbito da unidade	Desempenho negativo
Gestor	Eu acredito que cada vez mais nós estamos vendo crescer as ações de vigilância dessas equipes.	Crescer o número de intervenções da equipe	Desempenho positivo

Comparando a avaliação feita pelos atores deste estudo aos resultados favoráveis apontados no Plano Municipal de Controle da Tuberculose do ano de 2005, o qual registra a avaliação operacional do Programa de Controle da Tuberculose através de estudo de coorte, em 2003 e 2004, comparando-os com os anos de 2001 e 2002, posso afirmar que realmente houve melhora nos indicadores (Apêndice F).

Este exemplo demonstra que a implantação da descentralização da VE para as ESF traz resultados positivos nos indicadores de saúde. Sendo necessário, portanto, acelerar este processo no município de Feira de Santana. Contudo, não basta apenas a vontade e o compromisso de alguns atores, é necessário, sobretudo o estabelecimento de um projeto político, em que a descentralização da VE seja uma diretriz da Secretaria Municipal de Saúde e não apenas um projeto de alguns trabalhadores.

5.6.2 Avaliação do Processo de Descentralização da Vigilância Epidemiológica para a ESF

As enunciações avaliativas quanto ao processo da descentralização, segundo ator da pesquisa, encontram-se registradas no Quadro 4a.

Quadro 4a–Enunciações avaliativas quanto à implantação da descentralização da VE para a ESF, segundo ator, Feira de Santana, Bahia, 2005.

Objeto de avaliação: Processo de descentralização

Autor	Como é descrita	Termo Avaliativo	Resultado da avaliação
Gestor	Eu vejo tanto entrave que né a coisa (refere-se à descentralização) acontece muito lentamente, eu não consigo pensar, eu não tenho facilidade pra falar isso.	Muitos entraves Acontece muito lentamente	Qualidade negativa Desempenho negativo
Gestor	Pensar em facilidade é um pouco difícil quando a gente esbarra com muitas dificuldades, com muitos entraves (refere-se à implantação da descentralização)	Muitas dificuldades Muitos entraves	Desempenho Negativo
Gestor	O processo de descentralização hoje é algo importantíssimo, positivo, e que já acontece ainda em algum programa de forma lenta, em outros bem mais avançados, mais é algo muito positivo. Hoje eu vejo que descentralizar a vigilância epidemiológica faz parte do avanço da própria secretaria de Saúde. Hoje a gente não pode pensar numa estratégia de Saúde Pública sem uma vigilância descentralizada.	Processo importantíssimo Processo positivo Forma lenta Avançado Muito positivo	Qualidade positiva Desempenho negativo Qualidade positiva
Trabalhador da Saúde-Nível Universitário	Eu acho que é um ponto (refere-se à descentralização) muito importante. Sabemos que nós não podemos trabalhar sozinhos, sem as ESF.	Muito importante	Qualidade positiva
Gestor	Bom, no momento da implantação (refere-se à implantação da descentralização da VE) tudo ocorreu normalmente e... conforme deveria ser.. Entretanto, no caminhar dessa história a gente percebe hoje que a gente vem retrocedendo um pouco.	Ocorreu normalmente Está retrocedendo	Qualidade positiva Desempenho negativo

Apesar da maioria dos depoimentos apontar os atores como favoráveis ao processo de descentralização, tendo, portanto, uma qualidade positiva, o desempenho deste processo já se apresenta como negativo, permeado por avanços e retrocessos.

É importante destacar que mesmo a pergunta no momento da entrevista estar direcionada para que o entrevistado identificasse as facilidades no processo de implantação da descentralização, a maioria das falas sempre iniciava afirmando que não existiam facilidades. Ou seja, os atores não conseguiam identificar prontamente facilidades, muito embora todos os entrevistados se posicionassem a favor da descentralização. Este elemento de análise guarda coerência com as discussões anteriores quando é desvelado que existe muito mais uma desconcentração de atividades de VE do que efetivamente uma descentralização.

Em alguns depoimentos são reveladas enunciações avaliativas contraditórias, às vezes destacando avanços, em outras destacando retrocessos, principalmente quando se refere à rotatividade dos trabalhadores de saúde.

Diante das enunciações avaliativas, posso inferir que a implantação da descentralização da VE para as ESF no município de Feira de Santana é inibida tanto pelos atores que controlam a base de poder (gestores) como pelos trabalhadores de saúde. Ainda que se declare um aparente apoio a esta intervenção, tendo em vista que os discursos tanto dos trabalhadores da saúde, quanto dos gestores, apontam como favoráveis à descentralização da VE, as estratégias que foram e estão sendo utilizadas não contribuíram para que esta ocorra efetivamente.

A inexistência de um projeto político definindo a descentralização da VE como uma ação estratégica reflete o descompasso entre o que é dito e do que realmente acontece. Somado a isso, a forma como estes atores ainda concebem a VE certamente se constitui um fator determinante neste processo. Assim, a implantação da descentralização da VE para a ESF representa não somente uma questão técnica e administrativa, como também uma questão conceitual e política.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo, ao avaliar como ocorre a implantação da descentralização da VE para a ESF no município de Feira de Santana, identificou que tanto os trabalhadores de saúde como os gestores compreendem a VE dentro de três eixos. O primeiro como uma prática voltada para o poder de polícia médica; o segundo como uma vigilância voltada para o controle das doenças transmissíveis e o terceiro como uma vigilância de riscos e danos. A concepção de vigilância para o controle das doenças transmissíveis, pode significar que a VE do município continua mantendo uma prática que não se traduz em reversão do modelo de atenção, podendo não atender as reais necessidades da população. Além disto, o processo de descentralização pode se constituir em uma mera desconcentração de atividades para o âmbito local.

A prática da VE na ESF se conforma através das notificações compulsórias das doenças e agravos, investigação epidemiológica e medidas de controle. A tríade informação-decisão-ação sofre ruptura na medida em que a ESF não trabalha com as informações geradas na unidade, não subsidiando, portanto, o processo local de tomada de decisão. Isto pode significar certa docilidade da ESF em acatar as determinações da esfera central, mantendo um trabalho hierarquizado e mecânico do cumprimento de tarefas, que não têm um significado para o processo de trabalho da equipe, que deve ser voltado para a responsabilização sobre a saúde da população local.

A prática da VE no município de Feira de Santana é centrada no controle de doenças e agravos direcionado para o indivíduo e operada de modo compartimentalizado. As ações de prevenção da doença se sobrepõem à promoção da saúde, pois conforme afirma um entrevistado, estas ficam “muito limitado ao âmbito da

unidade mesmo”, numa clara organização do trabalho centrada no atendimento da demanda quase sempre espontânea. Em outras palavras, espera-se que aconteça a doença para depois intervir, não se trabalhando com os fatores determinantes do processo saúde-doença.

Entretanto, é importante destacar que houve avanços nas ações operadas no campo da VE, pois quando Cerqueira (2001) realizou o estudo sobre as práticas de VE no município, as unidades básicas de saúde realizavam somente notificações e estas ficavam sob a responsabilidade da enfermeira. Atualmente, já se ampliou o escopo de atuação da VE nas unidades, pois como dito anteriormente, além das notificações, são feitas as investigações e as ações de controle. Vale destacar que existe uma maior participação dos outros profissionais.

Os atores desse estudo de caso não referem mudança na dinâmica interna da unidade de saúde após a implantação da descentralização da VE. Argumentam que a sobrecarga de outras atividades impede que se faça uma análise da situação de saúde da área de abrangência. No entanto, não se trata apenas de sobrecarga de trabalho, e sim da concepção e do valor que é dado pela equipe quanto ao fazer da VE, que na verdade foi considerada como uma prática secundária na organização do processo de trabalho.

Notadamente, as capacitações técnicas realizadas pela divisão de Vigilância Epidemiológica foram consideradas pelos atores da pesquisa como um aspecto positivo para a descentralização. Entretanto, é necessário que as capacitações abordem uma dimensão coletiva do processo saúde-doença, para que a compreensão sobre a VE passe a ser ampliada, no sentido de que se deve percebê-la como uma prática que permeia todas as outras práticas de saúde. É necessário também um investimento continuado e pedagogicamente diferente, especialmente para os agentes comunitários de saúde e auxiliares de enfermagem, que demonstraram pouco entendimento sobre as práticas de

vigilância epidemiológica. Assim, poderá ser configurado um novo pensar e agir em VE.

A forma como se originou a VE contribuiu para ancorar a representação de que as suas ações são para ser realizadas por técnicos especializados, e que as atividades estão restritas ao controle de doenças. Isso significa que os processos de capacitação não levam tal aspecto em conta ou não fazem nada para remover tal compreensão, o que denota que nas práticas tal situação repercute negativamente: profissionais desenvolvendo ações pontuais voltadas para evitar surtos e epidemias.

Nesta pesquisa foi possível constatar que os trabalhadores e gestores privilegiam a consulta médica e as atividades dela decorrentes, como estabelecimento de diagnóstico, realização de exames, medicalização em detrimento de atividades coletivas, que possam permitir aos usuários e as famílias estabelecer, em parceria com a equipe de saúde, projetos terapêuticos individualizados, estimulando assim, a co-responsabilização pela saúde e o controle social sobre o sistema local.

Os profissionais desconhecem o perfil epidemiológico da sua área de abrangência e não utilizam esta informação para o planejamento das ações. E os gestores, por sua vez, percebem o planejamento como uma ação de caráter centralizado. No entanto, se faz necessário que este instrumento de gestão, hoje centralizado, se transforme em uma prática de planejamento estratégico e participativo. Isto implica também em uma mudança no modelo de gestão. Recorrendo a Campos (2003), pode-se sugerir que para o município é necessário um sistema de co-gestão que acolha demandas dos usuários, trabalhadores da saúde, intelectuais, especialistas, prestadores etc. e submetendo estas demandas a processos de discussão, negociação e pactuação, com vistas à construção de projetos de mudanças do modelo de gestão e de atenção.

Realizar esta avaliação significou um grande desafio, não apenas em responder aos objetivos do estudo, mas antes de tudo, significou refletir sobre a minha própria trajetória profissional, como sujeito da implantação da descentralização de VE para as ESF no município de Feira de Santana. A cada objetivo do estudo respondido, surgiram inquietações, conflitos, incertezas, não somente quanto ao processo de descentralização, mas também, quanto aos rumos da política de saúde do município.

Conforme apresentado neste estudo, a descentralização da VE para a ESF contribuiu para a melhoria de alguns indicadores de saúde, confirmando o pressuposto do estudo quando afirma que descentralizar a VE para as ESF implica em valorizar a realidade locorregional, identificando os problemas e criando possibilidades de aumentar a capacidade de intervenção sobre estes. No entanto, constatei, a partir das entrevistas e dos documentos analisados, que a descentralização ainda não ocorreu, se caracterizando muito mais como uma desconcentração de atividades.

Os depoimentos revelam que os atores da pesquisa são favoráveis à implantação da descentralização da VE para as ESF e a reconhecem como necessária. Entretanto, algumas dificuldades são apontadas a exemplo da precária infra-estrutura das unidades de saúde, flexibilização das relações de trabalho, rotatividade dos trabalhadores da saúde etc. Os membros da ESF carecem também de acesso às informações e habilidades para analisar os dados resultantes das ações desenvolvidas. Estes problemas repercutem negativamente no processo de implantação da descentralização da VE quanto nos seus resultados.

Pensar em VE é pensar em integralidade da assistência. É pensar que para alcance da integralidade é necessária uma mão dupla de comunicação entre os distintos atores sociais e entre os níveis de complexidade do sistema. É pensar, conforme aponta Campos (2003), em identificar problemas que necessitem de projetos especiais de

intervenção (epidemias, endemias, ações prioritárias, grupos com maior vulnerabilidade).

Neste sentido é preciso que os profissionais entendam a dimensão da VE. Posto isso, é importante que as escolas de formação, bem como as instituições de saúde oportunizem aos profissionais de saúde novas modalidades de ensino, buscando a transdisciplinaridade entre a prática clínica e a prática epidemiológica, de forma a responder aos problemas de saúde da população.

Considero como um nó crítico para avançar rumo à descentralização a falta de estabelecimento de uma política para os trabalhadores da saúde de forma a desprecarizar as relações de trabalho e reduzir a rotatividade de pessoal, assim como de uma política de educação permanente que contemple as necessidades dos trabalhadores e dos usuários dos serviços de saúde, de forma a estimular uma postura crítica, reflexiva e criativa.

Realizar este estudo permitiu avaliar que é possível descentralizar a VE para as ESF. No entanto para que ocorra a descentralização de forma efetiva é fundamental o apoio tanto dos gestores quanto dos profissionais de saúde. 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.

O estudo aponta para a necessidade de participação dos atores no processo de repensar a política de descentralização da VE para um micro espaço de intervenção que é o Programa de Saúde da Família, de forma a definir os objetivos, as metas, as estratégias de implantação e os mecanismos de avaliação, buscando identificar os avanços e superar os entraves.

Tenho clareza que, como se trata de um estudo de caso, a realidade apresentada é parcial e as verdades são relativas. Contudo, espero que este contribua com os leitores no sentido de refletir qual é a vigilância que temos e qual é a vigilância que queremos para o fortalecimento e consolidação dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. Neste sentido, é necessário que a descentralização da vigilância epidemiológica para as equipes de saúde da família no município de Feira de Santana ultrapasse o campo das intenções normativas, e se torne uma realidade concreta.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M.C.P.; MISHIMA, S.M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à saúde da família: construindo novas autonomias no trabalho. Revista Interface. Disponível em: <<http://www.google.com.br>. Acesso em 23 dez. 2005.

ASSIS, M. M. A. A municipalização da saúde: intenção ou realidade? Análise de uma experiência concreta. Feira de Santana: Universidade Estadual de Feira de Santana, 1998a.

ASSIS, M. M. A. As formas de produção dos serviços de saúde: o público e o privado. Tese do doutorado na linha de pesquisa Práticas, Saberes e Políticas de Saúde Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, 1998b.

AUGUSTO, L. G. S. Saúde e vigilância ambiental: um tema em construção. Epidemiologia e Serviços de Saúde. Revista do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, v 12, n. 4, p177-187, out - dez 2003.

BAHIA. Universidade Estadual de Feira de Santana. Prefeitura Municipal de Feira de Santana. Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Ano II, n 2. Feira de Santana, 1999.

BAHIA. Prefeitura Municipal de Feira de Santana. Relatório de gestão 2001. Feira de Santana: Secretaria Municipal de Saúde, 2001.

BAHIA. Prefeitura Municipal de Feira de Santana. Relatório de gestão 2002. Feira de Santana: Secretaria Municipal de Saúde, 2002.

BAHIA. Prefeitura Municipal de Feira de Santana. Plano Municipal de Saúde de Feira de Santana. Secretaria Municipal de Saúde, 2002a.

BAHIA. Prefeitura Municipal de Feira de Santana. Situação atual da raiva em Feira de Santana. Informe epidemiológico. Secretaria Municipal de Saúde, 2002b.

BAHIA. Pólo de capacitação, formação e educação permanente de pessoal para saúde da família - Bahia. Manual para treinamento introdutório das equipes de saúde da família. Salvador: 2002c.

BAHIA. Decreto nº. 6763 de 11 de dezembro de 2003. Estabelece o regimento interno da Secretaria Municipal de Saúde e dá outras providências. Feira de Santana: Folha do Norte, 2003.

BAHIA. Relatório de supervisão da unidade de saúde da família Campo Limpo. Relatório realizado pelas discentes do 7º semestre do curso de enfermagem da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Feira de Santana: UEFS, 2003a.

BAHIA. Secretaria de Estado de Saúde da Bahia. Departamento de Vigilância da Saúde. Divisão de Vigilância Epidemiológica. Treinamento Básico em Vigilância Epidemiológica- TBVE. Salvador, 1998.

BANCO MUNDIAL. Projetos aprovados e em atividade: educação, saúde e proteção ambiental. Programa Saúde da Família. Disponível em: www.obancomundial.org. Acesso em 2004.

BARATA, R.B. Reorientação das práticas de vigilância epidemiológica. Anais do seminário nacional de vigilância epidemiológica. Brasília, p. 63 –68, 1992.

BARATA, R.B. et al. Por um processo de descentralização que consolide os princípios do Sistema Único de Saúde. Revista epidemiologia e serviços de saúde, v. 13, p 15-24, 2004.

BARROS. S; MELO.C.M.M. **As formas de organização do trabalho em saúde e o trabalhador de Enfermagem.** Trabalho apresentado em mesa redonda do 11 Congresso Pan-americano dos Profissionais de Enfermagem e 55º Congresso Brasileiro de Enfermagem, Rio de Janeiro, 2003.

BARDIN, L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70, 1977.

BEZERRA, N.O. Programa saúde da família: encontros e desencontros no labirinto da implantação. Dissertação do mestrado de saúde coletiva. Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2004.

BRASIL. Lei Orgânica da Saúde nº. 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 1990.

BRASIL. Resolução 196/96: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 10 de outubro de 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia de vigilância epidemiológica. Brasília: 1998a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1998b.

BRASIL. Portaria nº. 1.399 de 15 de dezembro de 1999. Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, estados, municípios e Distrito Federal, na área de epidemiologia e controle de doenças, define a sistemática de financiamento e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Curso Básico de Vigilância Epidemiológica. Manual do treinamento. Módulo I. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2000a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia de vigilância epidemiológica. Brasília: 2002a

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Sistema Único de Saúde (SUS): instrumentos de gestão em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde**. O desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS**: caminhos para educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2003a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2004**: uma análise da situação de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio a Descentralização. A regionalização da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal do governo brasileiro: **sobe a esperança de vida, cai a mortalidade infantil**. Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: www.saude.gov.br. Acesso em 2005

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Guia de vigilância epidemiológica. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BONNIOL, J-J; VIAL, M. Modelos de avaliação: textos fundamentais. Porto Alegre: Artmed, 2001.

BOSI, M.L. M; MERCADO, F.J(org). Pesquisa qualitativa dos serviços de saúde. Petrópolis: Vozes, 2004.

CAMPOS, G.W.S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003a.

CAMPOS, G.W.S. Paidéia e modelo de atenção: um ensaio sobre a reformulação do modo de produzir saúde. Texto elaborado a partir da Conferência proferida durante o V Congresso Nacional da Rede UNIDA, 2003.

CARVALHO, G. A inconstitucional administração pós-constitucional do SUS através das normas operacionais. Revista ciência e saúde coletiva, p. 435-444, 2001.

CERQUEIRA, E.M. Práticas de vigilância epidemiológica em Feira de Santana: remando contra maré. Dissertação de mestrado em saúde coletiva. Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2001.

CERQUEIRA, E.M. et al. Vigilância Epidemiológica no processo de municipalização do sistema de saúde em Feira de Santana-Ba. Epidemiologia e serviços de saúde. Revista do Sistema Único de Saúde do Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, v. 12, n.4, p.213-223, 2003.

COHN, A. Mudanças econômicas e políticas de saúde no Brasil. In: LAURELL,A.C. (org). Estado e políticas no neoliberalismo. São Paulo: Cortez, p 225 –244, 2002.

CONTANDRIOPOULOS, A-P. et al. A avaliação na área de saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z.M.A (org.). Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programa. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p.29-45, 2002.

DENIS, J.L; CHAMPAGNE,F. Análise de Implantação. . In: HARTZ, Z.M.A (org.). Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à pratica na análise da implantação de programa. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p 49-88, 2002.

DRUMOND JUNIOR, M.. Epidemiologia nos municípios: muito além das normas. São Paulo: HUCITEC, p.217, 2003.

FAGUNDES, N. C.; BURNHAM, T.F. Transdisciplinaridade, multireferencialidade e currículo. Revista da FAGED. N. 5. Faculdade de Educação. Salvador: Universidade Federal da Bahia, p. 39-54, 2001.

FERREIRA, L M. C. R. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio e Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária. **Formação**. Mercado de Trabalho em Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde/PROFAE, v.2, n. 6, p. 93-98, 2002.

FIGUEREDO, A.M.A; TANAKA,O. A avaliação no SUS como estratégia de reordenação da saúde. Cadernos Fundap.São Paulo: Fundação de Desenvolvimento Administrativo.p 98-105, 1996.

FIOCRUZ. Vigilância Sanitária. Revista Tema. Rio de Janeiro: Radis, v. 23, 2002.

FOUCAULT, M. Microfísica do poder. Organização e tradução: MACHADO, R. Rio de Janeiro: Graal, 1998.

FOUCAULT, M. Vigiar e punir: nascimento da prisão. Tradução: RAMALHETE,R. Petrópolis: Vozes, 2005.

FUNDAP. Fundação do Desenvolvimento Administrativo. Textos para discussão. Descentralização no setor saúde: antecedentes, dilemas atuais e perspectivas do caso brasileiro. São Paulo: Fundação do Desenvolvimento Administrativo, 1989.

FNS. Fundação Nacional de Saúde. Vigilância Ambiental em Saúde. Brasília: Funasa, 2002

GAPI-UNICAMP. Metodologia de análise de políticas públicas. Texto mimeo. São Paulo, p. 50, 2002.

GOULART, F. A. A. Cenários epidemiológicos, demográficos e institucionais para os modelos de atenção. Informe epidemiológico do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

GUIMARÃES, M.C.L. Descentralização da saúde, interesses e conflitos decisórios: o processo de decisão nas instâncias colegiadas estaduais, Bahia, 1993-1998. Tese do doutorado em Administração : Escola de Administração da Universidade Federal da Bahia, 2000.

HARTZ, Z.M.A.. Explorando novos caminhos na pesquisa avaliativa das ações de saúde. In: HARTZ, Z.M.A (org.). Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programa. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p.12-27, 2002.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2000. Rio de Janeiro: IBGE, 2000.

INOJOSA, R.M. Avaliação e controle do SUS: mudam-se as práticas? Cadernos Fundap. São Paulo: Fundação de Desenvolvimento Administrativo, 1996.

LAVILLE, C.; DIONNE, J. A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas. Porto Alegre: UFMG, 1999.

LIMA, J.C. Descentralização e accountability em uma região de saúde. Saúde em debate. Rio de Janeiro, v. 27., n. 65, p. 221-223, set/dez, 2003.

LUZ, M.T,. Políticas de descentralização e cidadania: novas práticas em saúde no Brasil atual. In: Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A.(org.). Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001.

MELO, C.M.M. Inovação e Gestão Pública em Saúde: Uma Análise da Perspectiva Local. Tese de doutorado, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2001.

MÉLO, M.L.C. As políticas de capacitação de recursos humanos em saúde: análise de um sistema local de saúde. Feira de Santana: Universidade Estadual de Feira de Santana, 2001.

MENDES, E.V. (org). Distrito sanitário: o processo social de mudanças das práticas do Sistema Único de Saúde. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1995.

MENDES, E.V. Uma agenda para saúde. São Paulo: Hucitec, 1996.

MERCARDO-MARTINEZ, F. J.; BOSI, M.L.M. Introdução: notas para um debate. In: BONNIOL, J.J; VIAL, M. Modelos de avaliação: textos fundamentais. Porto Alegre: Artmed, 2001.

MERHY, E.E. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo) .In: FLEURY,S (org.). Saúde e democracia: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

MORIN,E. Os setes saberes necessários à educação do futuro. Tradução: Catarina Eleonora F. da Silva e Jeanne Sawaya. 8 ed. São Paulo: Cortez, 2003.

PASSOS, L.M.R. Assistir e vigiar: as ações de vigilância epidemiológica na unidade básica de saúde. Situação atual e perspectivas. Dissertação de doutorado em enfermagem em saúde pública. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, São Paulo, 2003.

PAIM, J.S; TEIXEIRA, M.G.L.C. Reorganização do sistema de vigilância epidemiológica na perspectiva do Sistema Único de Saúde (SUS). Anais do seminário nacional de vigilância epidemiológica. Brasília. p. 93 -147, 1992.

PEDUZZI, M; PALMA, J.J.L. A equipe de saúde. In: SCHRAIBER,L.B. et al (org.).Saúde do adulto: programas e ações na unidade de saúde. São Paulo: Hucitec, p.234-250, 1996.

PNUD. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Disponível em: www.pnud.org.br. Acesso em 2006.

RIBEIRO, J.U. Política: quem manda, por que manda e como manda. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1998.

RIVERA, U.F.J. **Planejamento e programação em saúde:** um enfoque estratégico. São Paulo: Cortez, p.7-142, 1992.

SILVA, A.A. **Programa saúde da família:** trajetória institucional no âmbito do Ministério da Saúde. Salvador: Universidade Federal da Bahia/ Instituto de Saúde Coletiva. Dissertação de mestrado (mimeo), Salvador, 2003.

SILVA, L.M.V.; FORMIGLI, V.L.A. **Avaliação em saúde**: limites e perspectivas. texto mimeo. Salvador, p. 28, 1993.

SOUTO-DE-MOURA, L.C; SOUTO-DE-MOURA,G.M.S. Notas de aula sobre a evolução histórica das políticas de saúde no Brasil. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, julho, 1997.

TANAKA, O.; MELO, C. Avaliação de programas de saúde do adolescente: um modo de fazer. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2001.

TEIXEIRA, C. F. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. *Revista Saúde em Debate*. v. 27, n. 65, p. 257-277, 2003.

YIN, R. K. Estudo de caso: planejamento e métodos. 3. ed. tradução: GRASSI, D. Porto Alegre: Bookman, 2005.

APÊNDICE A – Roteiro da entrevista semi-estruturada para o grupo dos trabalhadores de saúde.



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
TÍTULO DO PROJETO: **Avaliando a Implantação da
Descentralização da Vigilância Epidemiológica para as
Equipes de Saúde da Família**

ENTREVISTA: GRUPO I (Trabalhadores da ESF)

CÓDIGO DO ENTREVISTADO:

DATA:

ENTREVISTADOR:

OBJETIVOS:

- Geral: Avaliar a implantação da descentralização da Vigilância Epidemiológica para as Equipes de Saúde da Família.
- Específicos: Identificar os determinantes contextuais no processo de implantação da descentralização da Vigilância Epidemiológica para as Equipes de Saúde da Família; analisar a influência da descentralização da VE na organização da Unidade de Saúde da Família.

ROTEIRO:

1. Fale sobre o que você entende por Vigilância Epidemiológica.
2. Você poderia falar sobre a sua inserção na VE ?
3. Fale sobre as facilidades na realização do seu trabalho na VE.
4. Como você avalia as atividades de VE realizadas pela sua equipe?

APÊNDICE B - Roteiro da entrevista semi-estruturada para o grupo de gestores



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

ESCOLA DE ENFERMAGEM

TÍTULO DO PROJETO: **Avaliando a Implantação da
Descentralização da Vigilância Epidemiológica para as
Equipes de Saúde da Família**

ENTREVISTA: GRUPO 2 (Gestores da Secretaria Municipal de Saúde)

CÓDIGO DO ENTREVISTADO:

DATA:

ENTREVISTADOR:

OBJETIVOS:

- Geral: Avaliar a implantação da descentralização da Vigilância Epidemiológica para as Equipes de Saúde da Família.
- Específicos: Identificar os determinantes contextuais no processo de implantação da descentralização da Vigilância Epidemiológica para as Equipes de Saúde da Família; analisar a influência da descentralização da VE na organização da Unidade de Saúde da Família.

ROTEIRO:

- 1.Fale sobre o que você (ou sr./sra) entende por Vigilância Epidemiológica.
- 2.Você (ou sr./sra) poderia falar sobre a implantação da descentralização da Vigilância Epidemiologia para as Equipes de Saúde da Família.
- 3.Fale sobre as facilidades no processo de implantação da descentralização da VE para as ESF.
- 4.Como você avalia o processo de implantação da descentralização da VE para as ESF?

APÊNDICE C – Termo de consentimento livre e esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
TÍTULO DO PROJETO: **Avaliando a Implantação da
Descentralização da Vigilância Epidemiológica para as
Equipes de Saúde da Família**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Cristina Maria Meira Melo (pesquisadora-responsável) e Silvone Santa Bárbara da Silva Santos (pesquisadora-colaboradora) estamos convidando você a participar como entrevistado de uma pesquisa de Dissertação de Mestrado, que tem como objetivo avaliar a implantação da descentralização da Vigilância Epidemiológica para as Equipes de Saúde da Família do município de Feira de Santana, BA. Os resultados obtidos com essa pesquisa permitirão aos gestores do SUS municipal implementar a vigilância epidemiológica, área de atuação estratégica para consolidação do Sistema Único de Saúde. Os profissionais de saúde e gestores terão como benefício a oportunidade de refletir quanto ao processo de descentralização da Vigilância Epidemiológica para as Equipes de Saúde da Família.

Se você consentir, sua entrevista será gravada em fita de áudio. Após a entrevista você pode solicitar para ouvir a fita e retirar e/ou acrescentar quaisquer informações. O material da gravação será arquivado pelas pesquisadoras por um período de cinco anos e após esse período será destruído (queimado).

As pesquisadoras asseguram o seu anonimato, isto é, ninguém saberá que foi você que deu a entrevista, buscando respeitar a sua integridade intelectual, social e cultural. Você pode desistir ou anular este consentimento em qualquer fase da pesquisa, caso decida, de forma que se evite que seu depoimento sofra consequência danosa na expressão livre de suas opiniões. As pesquisadoras e os entrevistados não serão remunerados pela participação deste estudo. As despesas do projeto são de responsabilidade das pesquisadoras.

No momento que houver necessidade de esclarecimento de qualquer dúvida sobre a sua participação na pesquisa, você pode entrar em contato com as pesquisadoras através do telefone (71)3332-4452, na Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Após ter sido informado(a) sobre os objetivos da pesquisa, caso concorde em participar da entrevista, você pode autorizar ou não que as informações coletadas sejam utilizadas para construção da dissertação de mestrado, bem como para a divulgação dos resultados obtidos, somente para fins científicos. Sendo assim, se você concordar, voluntariamente, em participar da referida investigação, assine este termo de consentimento, ficando com uma cópia do mesmo.

Feira de Santana, ____ de ____ de 2005.

Entrevistado

Pesquisadora

APÊNDICE D -Matriz 1 dos documentos analisados da Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana

CATEGORIA DE ANÁLISE: DESCENTRALIZAÇÃO

TEMA CENTRAL: CAPACITAÇÃO

TIPO DE DOCUMENTO /ANO	AUTOR INSTITUCIONAL	TEMA CENTRAL (O QUE?)	COMO?	POR QUE / PARA QUE?
Relatório Anual da Divisão de Vigilância Epidemiológica/ 2001	Divisão de VE /Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana	Planejamento para 2002 (p. 16)	Descentralizar as investigações epidemiológicas para as ESF, atendimento anti-rábico; implantar postos de coleta nas ESF. Como estratégia, estabelece as capacitações.	A descentralização é percebida como uma estratégia para implementar as ações de notificação, investigação, educação , permitindo um monitoramento dos agravos de relevância epidemiológica.
Relatório Anual da Divisão de Vigilância Epidemiológica/ 2001	Divisão de VE	Descentralização de algumas ações de VE para o nível local (p. 4)	A descentralização das ações deve ocorrer inicialmente para as Equipe do Programa Saúde da Família, através de um processo contínuo de capacitação. Define-se as ações das ESF: notificação; investigação de agravos; vacinação; bloqueio vacinal; coleta de material para exames; educação em saúde.	A descentralização das ações de VE para o âmbito local é uma possibilidade de avançar no desenvolvimento das ações e favorece a agilidade do fluxo das informações e a adoção de medidas efetivas de controle.
Relatório de Gestão/2002	Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana	Descentralização das ações de tuberculose para as ESF (p. 38 e 39)	Capacitação em tuberculose para os membros das ESF, com um total de 44 participantes.	Implementação do tratamento supervisionado ao portador de tuberculose.
Relatório de Gestão/2002	Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana	Descentralização das ações de controle da hanseníase para as ESF(p. 41)	Capacitação em hanseníase para médicos e enfermeiros.	Estratégia para implementar as ações de controle da doença.
Relatório de Gestão/2002	Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana/DVE	Descentralização das ações de controle das doenças exantemáticas (p.42)	Capacitação dos membros das ESF.	Permite a ampliação das fontes de notificação; agilidade entre o tempo da notificação, investigação e realização de bloqueios.
Relatório de Gestão/2002	Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana/DVE	Descentralização das ações de controle das Hepatites Virais, Dengue, Raiva, DST e AIDS (p. 45, 50, 54)	Capacitação dos membros das ESF.	Implementar as ações de controle destes agravos.

APÊNDICE E -Matriz 2 dos documentos analisados da Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana

CATEGORIA DE ANÁLISE: DESCENTRALIZAÇÃO

TEMA CENTRAL: ROTATIVIDADE DOS TRABALHADORES DE SAÚDE

TIPO DE DOCUMENTO/ ANO	AUTOR INSTITUCIONAL	TEMA CENTRAL (O QUÊ?)	COMO?	POR QUE/PARA QUE?
Relatório de Gestão 2004	Secretaria Municipal de Saúde de Santana	Descentralização das ações de controle da tuberculose (p. 38).	A descentralização vem ocorrendo de forma gradual.	A rotatividade de recursos humanos das ESF.

APÊNDICE F -Matriz 3 dos documentos analisados da Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana

CATEGORIA DE ANÁLISE: DESCENTRALIZAÇÃO

TEMA CENTRAL: IMPACTO NOS INDICADORES DE SAÚDE

TIPO DE DOCUMENTO	AUTOR INSTITUCIONAL	TEMA CENTRAL	COMO	POR QUE E PARA QUE
Plano Municipal de Controle da Tuberculose 2005	Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana	No ano de 2004 o município intensificou o processo de expansão das ações de controle da tuberculose através da reorganização dos serviços (p. 6).	Definido um Centro de Referência Especializado e implementando a descentralização dos atendimentos para as ESF (p. 9 e 10).	Para alcançar os parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde, quanto a detecção de casos novos, índice de cura e taxa de abandono.
		Avaliação operacional dos indicadores do Programa de Controle da Tuberculose (PCT)	Estudo de coorte em 2003 e 2004, comparando-se com os anos de 2001 e 2002.	A avaliação permitiu identificar uma melhora significativa na taxa de cura, passando de 75,6% em 2002 para 80,8% em 2004; redução no índice de abandono, de 8,4% em 2002 para 4,6% em 2004 (p 11).

ANEXO 1 Parecer do Comitê de Ética

