



**Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva
Doutorado em Saúde Pública**

A vigilância e a reorganização das práticas de saúde

Gerluce Alves Pontes da Silva

**Salvador
2006**



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

A vigilância e a reorganização das práticas de saúde

**Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação do
Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia,
como requisito parcial para a obtenção do título de doutor
em Saúde Pública, área de concentração em Planejamento e
Gestão em Saúde.**

Gerluce Alves Pontes da Silva

Orientadora: Profa. Dra. Lígia Maria Vieira da Silva

**Salvador
2006.**

Ficha Catalográfica
Maria Creuza F. Silva CRB 5-996

S586v Silva, Gerluce Alves Pontes.

A vigilância e a reorganização das práticas de saúde / Gerluce Alves Pontes da Silva. – Salvador, 2006.

137 p. : il.

Orientadora: Profa. Dra. Lígia Maria Vieira da Silva

Tese (doutorado) - Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

1.Vigilância em Saúde. 2.Vigilância da Saúde . 3.Vigilância Epidemiológica 4. Organização das Práticas de Saúde 5. Sistemas Locais de Saúde. I. Título

CDU 614.2

Gerluce Alves Pontes da Silva

A vigilância e a reorganização das práticas de saúde

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para a obtenção do título de doutor em Saúde Pública, área de concentração em Planejamento e Gestão em Saúde.

Data de aprovação: 15 de março de 2006.

Banca examinadora:

Prof^ª Elizabeth Moreira dos Santos – ENSP/Fiocruz

Prof. Carlos Machado de Freitas – ENSP/Fiocruz

Prof. Jairnilson Silva Paim – ISC/UFBA

Prof^ª Maria da Glória Teixeira – ISC/UFBA

Prof^ª Lígia Maria Vieira da Silva (Orientadora) – ISC/UFBA

A Júlio e Otacília, a minha origem, pela lúcida e longa
presença.

A Horácio, Júlio e Maria, o meu viver, pelos prazeres do
cotidiano.

Aos agentes das práticas de saúde do município-caso, nos
quais reconheço o meu fazer, por resgatarem em mim o
sentimento da possibilidade da utopia.

AGRADECIMENTOS

Aos agentes que compartilharam suas experiências de um fazer cotidiano com base no compromisso público com a vida, pela sabedoria prática gerada.

A Lígia, amiga, mestra e orientadora, exemplo de seriedade intelectual, sensibilidade e delicadeza, figura fundamental na minha trajetória acadêmica, por me acolher, indicar caminhos e compartilhar as energias do mar de Arembepé.

À professora Zulmira Hartz que, pela sua generosidade e paixão, vem estimulando a formação de agentes das práticas do campo da avaliação.

A Jairnilson e Carmen, com quem compartilho o “motivo porque” de tanto o que fazer, pelas trocas intelectuais, mesmo quando não explicitadas, sobre a vigilância da saúde.

Ao grupo da vigilância em saúde pública - colegas da Superintendência de Campanhas de Saúde Pública, da Diretoria de Vigilância Epidemiológica/ SESAB e do grupo de monitoramento da Secretaria de Vigilância em Saúde/MS - pela amizade e troca de experiências.

A Ediná, Ana Cristina e Gisélia, pois o nosso afeto permitiu reflexões sobre as possibilidades de integração dos nossos objetos de estudo, trabalho e paixão.

Às colegas de doutorado - nas figuras de Maria e Mônica, com as notícias da área de Ciências Sociais e Saúde, Rosana Aquino e a possibilidade do contato com a área de Epidemiologia, e com muito carinho a Ana Luiza, Cristiane, Edyara e Guadalupe, companheiras da área de Planejamento e Gestão - que com os seus pontos de vista enriqueceram o meu olhar sobre a vida.

A Alcione, Chico, Sonia e Rosana, pela experiência do trabalho coletivo nos nossos primeiros passos no campo da avaliação.

A Estela, Juarez, Alcina, Zenaide, Cida e Isabel pelos momentos de debate ao pôr-do-sol da Bahia.

A Ana Caribé, Anunciação, Creuza e Marijane por tornarem minha trajetória mais leve. E a Giselda e Ricardo pela colaboração com os “*Abstracts*” via e-mail.

A Gisélia Alves, minha irmã, por reiterar que a origem escolar não era o fator fundamental para o ingresso ou não na vida acadêmica. Demorei a compreender.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS - Agente Comunitário de Saúde

CMS - Conselho Municipal de Saúde

FAD - Sistema de Informação de Febre Amarela e Dengue

MS - Ministério da Saúde

NOB - Norma Operacional Básica

OMS - Organização Mundial da Saúde

OPAS - Organização Panamericana de Saúde

PMS - Plano Municipal de Saúde

PCD - Programa de Controle da Dengue

PPI - Programação Pactuada Integrada

PPLS - Planejamento e Programação Local em Saúde

PSF - Programa de Saúde da Família

PACS - Programa de Agentes Comunitários

SES - Secretaria Estadual de Saúde

SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SIM - Sistema de Mortalidade

SIH - Sistema de Informação Hospitalar

SISVAN - Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

SNVE - Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

VE - Vigilância Epidemiológica

Em que “tábua”, segundo qual espaço de identidades, de similitudes, de analogias, adquirimos o hábito de distribuir tantas coisas diferentes e parecidas? Que coerência é essa – que se vê logo não ser nem determinada por um encadeamento *a priori* e necessário, nem imposta por conteúdos imediatamente sensíveis? Pois não se trata de ligar conseqüências, mas sim de aproximar e isolar, de analisar, ajustar e encaixar conteúdos concretos; nada mais tateante, nada mais empírico (ao menos na aparência) que a instauração de uma ordem entre as coisas; nada que exija um olhar mais atento, uma linguagem mais fiel e mais bem modulada; nada que requeira com maior insistência que se deixe conduzir pela proliferação das qualidades e das formas. E, contudo, um olhar desavisado bem poderia aproximar algumas figuras semelhantes e distinguir outras em razão de tal ou qual diferença: de fato não há, mesmo para a mais ingênua experiência, nenhuma similitude, nenhuma distinção que não resulte de uma operação precisa da aplicação de um critério prévio.

Michel Foucault*

* Foucault M. As palavras e as coisas: uma arqueologia das ciências humanas. [Prefácio, p.XV] 8ªed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APRESENTAÇÃO	12
ARTIGO 1 - Vigilância da saúde, vigilância em saúde, vigilância epidemiológica: arranjos tecnológicos em sistemas locais de saúde	14
Resumo	15
Abstract	16
Introdução	17
Metodologia	21
Resultados e Discussão	22
Uma proposta de sistematização de arranjos tecnológicos possíveis das práticas de vigilância no nível municipal	30
Considerações finais	32
Referências Bibliográficas	39
ARTIGO 2 - A vigilância e a reorganização das práticas de saúde: novos cenários, novas práticas?	47
Resumo	48
Abstract	49
Introdução	50
Metodologia	52
Resultados	57
Discussão	73
Considerações Finais	77
Referências Bibliográficas	78

ARTIGO 3 - Vigilância em sistemas locais de saúde: potencialidades e limites para a reorganização das práticas	82
Resumo	83
Abstract	84
Introdução	85
Metodologia	87
Resultados e Discussão	91
• A história objetivada e a transformação das práticas de vigilância: o espaço de decisão formal e a autonomia local.	91
• Reorganização das práticas de vigilância: potencialidades e constrangimentos na situação local	93
• As características dos agentes: a história incorporada como limite à transformação das práticas.	99
Considerações Finais	109
Referências Bibliográficas	112
APÊNDICES	116
A - Quadro com o detalhamento dos critérios adotados para análise dos textos selecionados	117
B - Elementos teóricos	119
C - Termo de consentimento informado	127
D - Roteiros de entrevistas	128

APRESENTAÇÃO

(...) parecia-me interessante interrogar (...) a relação familiar com o mundo social, mas de maneira quase experimental, ao tomar como objeto de uma análise objetiva, até objetivista, um mundo que me era familiar, onde eu conhecia todos os agentes pelo nome, onde as maneiras de falar, de pensar e de agir me pareciam de todo naturais, e objetivar, num relance, minha relação de familiaridade com tal objeto, e a diferença que o separa da relação erudita à qual se pode chegar (...) por meio de um trabalho munido de instrumentos de objetivação(...).
Pierre Bourdieu*

Volto a tomar como objeto de pesquisa um tema vinculado ao meu campo de atuação profissional. No mestrado, concluído em 1997, tornando estranho o conhecido, pois fazia parte da burocracia estatal responsável pelo “controle de endemias”, busquei compreender o papel dos agentes na implementação da política de descentralização dos programas verticais historicamente da responsabilidade do governo federal. Após a realização do mestrado, percebi que no nível estadual do Sistema Único de Saúde era criado um espaço importante para os que detinham a experiência no controle de doenças e lá passei a exercer minhas funções. Um novo campo abriu-se, o que eu entendia ser a “vigilância epidemiológica”, e, ao mesmo tempo, voltei a vivenciar um processo de mudança com a descentralização das ações do nível estadual para os municípios. Participei, no período, do grupo de pesquisa coordenado pelas Professoras Lígia Vieira da Silva e Zulmira Hartz que investigavam o tema da análise da implantação da gestão descentralizada em municípios do Estado da Bahia. No processo da investigação, passou a fazer parte do meu cotidiano o interesse pelas possibilidades de reorganização das práticas de saúde, principalmente aquelas de caráter mais coletivo, entre elas a vigilância epidemiológica, nos novos cenários criados pelo processo de descentralização. Elaborei, então, o projeto de tese do doutorado na perspectiva de compreender as potencialidades e limites para a reorganização das práticas de vigilância no novo contexto.

A tese foi produzida na forma de artigos que ainda não se encontram completamente no formato exigido pelas principais revistas científicas, principalmente no que diz respeito às dimensões. Os tempos institucionais e acadêmicos não são semelhantes aos da reflexão e da criação, e faz-se necessário um certo afastamento do rico material empírico para a adaptação dos textos a uma forma mais concisa de apresentação.

* Bourdieu P. Esboço de auto-análise. São Paulo: Companhia das Letras, 2005.p.88-89.

No artigo 1, em uma perspectiva histórica, faz-se uma reflexão sobre o objeto da investigação a partir da identificação na literatura dos diversos termos empregados e os distintos sentidos e significados que são atribuídos às práticas de vigilância. Além disso, para explicitar o ponto de vista assumido pela autora e ser uma ferramenta de investigação, propõe-se uma matriz com a sistematização de tipos ideais de arranjos tecnológicos possíveis na organização das práticas de vigilância, elaborada a partir de textos exemplares da literatura sobre o tema.

No artigo 2, caracteriza-se a organização das práticas de vigilância em um município do Estado da Bahia, em grau avançado de gestão descentralizada, a partir do cotejamento dos dados empíricos com a matriz proposta no primeiro artigo. A discussão dos achados permitiu identificar a predominância de práticas tradicionais de vigilância epidemiológica e sanitária.

No artigo 3, apresentam-se os resultados do estudo de caso realizado no intuito de encontrar respostas para uma das perguntas que desencadeou o processo de investigação: Quais os fatores que, em um contexto de descentralização, podem facilitar ou obstaculizar a reorganização das práticas de vigilância em sistemas locais de saúde? No município estudado, apesar da situação favorável em decorrência da capacidade de governo, os constrangimentos decorrentes da estrutura de financiamento e a história incorporada nas disposições presentes nos agentes parecem ser importantes determinantes da predominância de formas tradicionais de organização das práticas de vigilância.

Estamos cientes de que estudos de caso único apresentam limites no que diz respeito às possibilidades de generalização. Porém, quando são investigações baseadas em um modelo teórico podem contribuir para a denominada generalização analítica. Nesse sentido, concordamos com os autores que consideram relevante o estudo de experiências singulares para a compreensão dos espaços de possibilidade e dos constrangimentos existentes nos sistemas locais de saúde para a reorganização das práticas de saúde.

Finalizando, ressalte-se que a experiência vivenciada na produção deste trabalho implicou para a autora a incorporação de disposições exigidas pelo campo científico que serão úteis em pesquisas avaliativas sobre o tema, um projeto em processo. Por outro lado, os resultados do estudo, ao serem enriquecidos com a apresentação de novos pontos de vista por parte dos interlocutores, poderão contribuir para a reflexão coletiva sobre os determinantes das práticas de vigilância prevalentes nos sistemas municipais.

Artigo 1

Vigilância da saúde, vigilância em saúde, vigilância epidemiológica: arranjos tecnológicos em sistemas locais de saúde

Vigilância da saúde, vigilância em saúde pública, vigilância epidemiológica: arranjos tecnológicos em sistemas locais de saúde

Resumo

Trata-se de uma revisão da literatura que buscou sistematizar os distintos significados dos diversos termos empregados acerca da vigilância em saúde. Foram localizados resumos contendo as diversas denominações sobre a temática e, para uma análise em profundidade, foram selecionados textos exemplares a partir dos quais elaborou-se uma matriz com a caracterização de três tipos ideais de arranjos tecnológicos possíveis, em sistemas municipais de saúde: a) *vigilância epidemiológica tradicional*, com as doenças transmissíveis como objeto; b) *vigilância em saúde pública*, componente municipal do sistema nacional de vigilância em saúde; c) *vigilância da saúde*, um modo tecnológico de organização das práticas de saúde em um dado território. A matriz proposta poderá contribuir para a realização de investigações sobre a implantação de práticas de vigilância em sistemas locais de saúde norteando a coleta e análise dos dados. Ao se cotejar os tipos empíricos observados com as formulações estabelecidas poderão ser estabelecidos pontos em comum ou identificadas singularidades de cada caso. São discutidos os significados dos três tipos encontrados frente à constituição histórica do campo da saúde coletiva e da vigilância em particular.

DESCRITORES: vigilância em saúde; vigilância da saúde; vigilância epidemiológica, sistemas locais de saúde; avaliação; modelos assistenciais.

Health Surveillance, Public Health Surveillance, Epidemiological Surveillance: technological arrangements in local health systems

Abstract

This article presents a systematic revision of the literature with the purpose of describing the distinct meanings of the diverse terms used in common practices of health surveillance. This research found different studies covering several denominations about the subject. The most significant studies were selected for a complete analysis, from which a matrix was developed to characterize the three ideal types of technological arrangements: a) Traditional epidemiology surveillance - using contagious diseases as a main subject; b) Public health surveillance - municipal component of the national health surveillance; c) Health surveillance - a technological mode of organizing the health practices in a given territory. The proposed matrix will be able to contribute to investigations on implementing surveillance practices in local health systems. It will also serve as a template that can be used for data collection and analysis. Commonalities can be determined and singularities can be identified by comparing the empirical types observed with the established formulations. The meanings of the three types found in the historical constitution of the public health field and more particularly in health surveillance are discussed.

DESCRIPTORS: health surveillance; public health surveillance; epidemiological surveillance; local health systems; evaluation; attention models.

Vigilância da saúde, vigilância em saúde pública, vigilância epidemiológica: arranjos tecnológicos em sistemas locais de saúde

(...) parece que não vês que as palavras são rótulos que se pegam às cousas, não são as cousas, nunca saberás como são as cousas, nem sequer que nomes são na realidade os seus, porque os nomes que lhes deste não são mais do que isso, os nomes que lhes deste (...)

José Saramago*

INTRODUÇÃO

A natureza dos problemas de saúde e os modos de enfrentá-los, em cada época e país, decorrem das condições políticas, econômicas e sociais concretas vigentes¹, conformando diversas concepções e práticas referentes ao campo da saúde pública/saúde coletiva².

No século quatorze, dados de mortalidade e morbidade foram utilizados como base para as ações de saúde pública na Europa¹. Pode-se referir, no entanto, como um dos primeiros exemplos do emprego da vigilância, entendida como o registro sistemático de informações de morbimortalidade para orientar ações de controle, o ocorrido em Londres, no século dezessete, durante a epidemia de peste³. Na época, párocos das igrejas registravam o número de corpos cremados, com respectivas causas de morte, compilavam e interpretavam os dados para avaliação da extensão da epidemia na capital, e divulgavam as informações através de um relatório de mortalidade para a adoção de ações apropriadas.

Em 1776, na Alemanha, um dos componentes do sistema de polícia médica era a análise sistemática de problemas de saúde visando o estudo de soluções para enfrentá-los^{3 4}. No mesmo período publicou-se legislação para notificação de doenças contagiosas como a varíola, febre amarela e cólera na América⁵.

Mas foi no século dezenove que essa prática tornou-se completamente desenvolvida, com William Farr (1807-1883) sendo reconhecido como o fundador do moderno conceito de vigilância⁶. A sua prática, concentrada no esforço de coletar dados relevantes, compilá-los,

* José Saramago. As intermitências da morte. São Paulo: Companhia das Letras. 2005. p.72.

avaliá-los e divulgá-los para as autoridades de saúde responsáveis e ao público em geral, caracterizaria essa função de saúde pública.

No século vinte, ocorreu a expansão do emprego desse conceito e diversos sistemas de vigilância foram desenvolvidos³. Até 1950, o termo vigilância foi mais utilizado em saúde pública para definir a função de observar indivíduos, especialmente os contatos de doenças infecciosas graves como a peste, varíola, tifo e sífilis, com o propósito de detectar os primeiros sintomas para instituir medidas de isolamento^{6 7}. Com a criação do Centro de Doenças Transmissíveis (atualmente Centro de Controle e Prevenção de Doenças - CDC), em 1946, e o desenvolvimento de seu Programa de Vigilância nos anos 50, Langmuir, que na ocasião era o chefe do Setor de Epidemiologia do Centro, passou a divulgar o conceito de vigilância enquanto monitoramento da ocorrência de doenças em populações^{3 8}.

Vigilância, quando aplicada para uma doença, significa a observação contínua da distribuição e tendência da incidência da doença, mediante a coleta sistemática, consolidação e avaliação dos informes de morbidade e mortalidade, assim como de outros dados relevantes. Fazendo parte do conceito está a regular disseminação dos dados e interpretações para todos que contribuíram na sua coleta e necessitem conhecê-los⁹ (p.182-183).

Na concepção de Langmuir^{6 7 9} há uma separação clara entre as funções de vigilância e intervenção, com o conceito de vigilância não incorporando a responsabilidade direta por atividades de controle. No seu entender, apesar de ser o propósito da vigilância o controle de doenças, as autoridades de saúde estaduais e locais deveriam permanecer com a decisão e execução das operações de controle.

No início da década de 1960, do século passado, na Tchecoslováquia, o médico Karel Raska foi o primeiro a adjetivar vigilância com a incorporação do termo epidemiológica¹⁰. A expressão foi utilizada pela Divisão de Doenças Transmissíveis da Organização Mundial de Saúde (OMS) para denominar a unidade criada, em 1965, para coordenar as práticas de vigilância, e Raska foi seu primeiro dirigente. Em 1968, a Organização Mundial de Saúde na sua 21ªAssembléia tomou como tema de discussão os sistemas nacionais e o sistema global de vigilância de doenças transmissíveis. A partir de então, o uso da expressão vigilância epidemiológica (VE) passou a ser internacionalmente divulgado³ e adotou-se a definição de Raska¹¹:

(Vigilância Epidemiológica é o) estudo epidemiológico de uma enfermidade considerada como um processo dinâmico que abrange a ecologia dos agentes infecciosos, o hospedeiro, os reservatórios e vetores, assim como os complexos mecanismos que intervêm na propagação da infecção e a extensão com que essa disseminação ocorre.

O termo vigilância passou a ser empregado também por vários autores como sinônimo de monitoramento e auditoria. Na década de 60, os Programas de Erradicação da Malária e da Varíola incorporaram à vigilância a responsabilidade pelas ações de controle. No entender de Langmuir^{6 7}, a ampliação dos significados da vigilância, que passava a ser confundida com a administração de programas de controle e com a própria epidemiologia, além de etimologicamente incorreta, encobriria o significado de um conceito útil e específico.

Na década de 70, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) incentivaram a criação de Sistemas de Vigilância Epidemiológica nos países não desenvolvidos. Esses sistemas, centrados nas doenças infecciosas, foram associados ao estímulo para a melhoria do desempenho do Programa Ampliado de Imunização, vinculando-se mais uma vez a vigilância com ações de controle^{4 12}. Os organismos de vigilância, a depender das condições de estruturação e desenvolvimento dos serviços de saúde, foram estimulados a assumir ou participar das atividades de controle¹³. No entanto, as práticas de vigilância continuaram a não incluir na sua concepção as medidas de controle^{3 5} em diversos países, principalmente da América do Norte e Europa.

Com o surgimento de questionamentos ao emprego da expressão vigilância epidemiológica⁵, a partir do final da década de 80, observou-se a adoção do termo vigilância em saúde pública (public health surveillance) na literatura internacional sobre o tema, particularmente nos Estados Unidos e no Canadá^{14 15}.

Em relação ao Brasil, o primeiro órgão a utilizar os conceitos e as práticas da moderna vigilância foi o Centro de Investigações Epidemiológicas (CIE) criado, em 1968, na Fundação Serviços de Saúde Pública e que, em 1969, estabeleceu o primeiro sistema nacional de notificação de doenças¹⁶.

Em 1975, a Lei Nº 6.259 instituiu o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE) no país e, em seu artigo 2º, afirma que *a ação da vigilância epidemiológica compreende as informações, investigações e levantamentos necessários à programação e à avaliação das medidas de controle de doenças e de situações de agravo à saúde*¹⁷, excluindo as ações de controle. Contudo, no ano seguinte o decreto nº 78.231¹⁸, que regulamentou a referida lei, já

explícita que a rede especial de serviços de saúde responsável pelas ações de VE além de coletar e divulgar informações própria e executaria as medidas de controle pertinentes. Como também ocorria em outros países o SNVE centrou sua atuação sobre as doenças de notificação compulsória¹⁹.

A definição de vigilância epidemiológica assumida pela Lei Orgânica de Saúde²⁰ como *um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos*, não se restringiu às doenças transmissíveis. Ao incorporar os fatores determinantes e condicionantes da saúde e ultrapassar a doença enquanto evento tomado para ação o termo passaria a designar outro conjunto de práticas¹². No entanto, até recentemente, os órgãos responsáveis por essas ações continuaram a centrar seus esforços na vigilância das doenças transmissíveis¹⁶.

Nos anos 90, surgem propostas denominadas como “vigilância em saúde” a partir de abordagens teóricas distintas^{12 19 21 22}. Uma delas a “vigilância à saúde”, relacionada com um modelo assistencial voltado para o controle de causas e riscos, e que tomaria como objeto os problemas de saúde de enfrentamento contínuo em um dado território, com a articulação de ações visando superar a dicotomia entre as práticas coletivas e as práticas individuais²³. A outra concebia a “vigilância em saúde” como a ampliação do âmbito de atuação do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica para além das doenças transmissíveis, mantendo a especificidade quanto ao objeto e ao método de intervenção¹². No mesmo período, os termos vigilância à saúde e vigilância da saúde foram utilizados por secretarias estaduais e municipais, no Brasil, para denominar unidades responsáveis por atividades de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária e de saúde do trabalhador, unificadas no mesmo setor após reformas administrativas^{16 24}.

Permanece uma grande polissemia no uso dos termos referidos, não existindo acordo a respeito do que se está falando. Há uma variação importante sobre a que conteúdo e a que âmbito de atuação o termo vigilância se refere^{16 24 25 26 27}. Também é comum o encontro de grafias distintas a depender do autor e/ou do texto: vigilância da saúde^{22 26 27 28 29 30 31}; vigilância à saúde^{24 32 33 34 35}; vigilância em saúde^{16 19 36}; vigilância em saúde pública^{25 37 38}. Diante de tal confusão terminológica e de base conceitual, presente tanto em textos acadêmicos como em documentos oficiais, os que estudam o tema necessitam informar do que se fala^{16 24 35}.

A criação de consenso acerca dos conceitos requer, num primeiro momento, a explicitação dos significados distintos assumidos pelos mesmos. Por essa razão, o presente artigo propõe-se a contribuir nessa direção, buscando identificar como os termos vigilância em saúde/vigilância da saúde/vigilância à saúde/vigilância em saúde pública vêm sendo empregados em artigos científicos e documentos oficiais e analisar os diversos sentidos e significados que lhe são atribuídos. Propõe-se ainda, sistematizar tipos ideais de arranjos tecnológicos possíveis na organização das práticas de vigilância em sistemas locais de saúde, capaz de nortear a realização de investigações empíricas sobre as mesmas.

METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão da bibliografia especializada, no período compreendido entre janeiro de 1990 a agosto de 2005, nas bases de dados do LILACS, SCIELO e Banco de teses da CAPES. As palavras-chave utilizadas foram: vigilância, vigilância epidemiológica, vigilância à saúde, vigilância em saúde, vigilância da saúde e vigilância em saúde pública. Para a busca de artigos publicados em revistas indexadas pelo MEDLINE e Web of Science os descritores adotados foram Health Surveillance, Public Health Surveillance, Epidemiological Surveillance e Epidemiologic Surveillance. Empregou-se o operador de proximidade aspas (“ ”) para limitar a busca apenas aos artigos em que os termos utilizados estivessem adjacentes no texto. Não foram incluídos na revisão resumos do grande número de estudos e experiências apresentados em congressos e encontros da área de saúde coletiva, publicados nos respectivos anais.

A partir da listagem de artigos, realizou-se uma triagem com o critério de inclusão sendo textos com disponibilidade de resumos que possibilitasse a compreensão da definição que servia de base para o artigo/documento. Para os artigos em língua portuguesa, a partir da leitura dos resumos esses foram classificados segundo: 1. Termo empregado; 2. Tipo de texto; 3. Tema abordado; 4. Ano de publicação.

Posteriormente, para a elaboração de matriz com a estruturação de tipos ideais^{39*} de arranjos tecnológicos das práticas de vigilância em sistemas locais de saúde, foram obtidos textos

* Segundo Bruyne et al “Na junção dos pólos morfológico e técnico, o tipo ideal preenche uma função heurística enquanto constelação fechada. Sob seu aspecto de “eidética descritiva”, ele serve de ponto de referência ao qual podem ser comparados os conteúdos significativos dos tipos empíricos observados na realidade: ele guia a coleta das

completos de artigos e documentos considerados como exemplares. A seleção de dimensões e critérios para estruturação da matriz baseou-se em investigação sobre a avaliação dos efeitos da descentralização da gestão⁴⁰ e tomou como referência estudos sobre a organização tecnológica do trabalho em saúde^{41 42}.

RESULTADOS e DISCUSSÃO

Nas bases de dados MedLine e WebSciences foram identificados 552 artigos a partir dos descritores “Health Surveillance”/“Public Health Surveillance”. Observou-se, a partir do título e/ou da leitura dos resumos, que 79 artigos trabalhavam o tema da avaliação de acompanhamento da saúde da criança (Child Health Surveillance), por meio de uma visão de prevenção da doença e de promoção da saúde com abordagem clínica e individual, e por isso foram excluídos do estudo. Em relação ao descritor “Public Health Surveillance”, os artigos selecionados foram 252, em quase sua totalidade publicados em língua inglesa.

Com os descritores “Epidemiological Surveillance”/“Epidemiologic Surveillance” foram localizados 361 artigos. Ressalte-se que, em sua maioria, esses artigos foram publicados em países da Europa, Ásia e América Latina. A partir do título dos artigos, observou-se que 226 (77,4%) tinham como objeto a vigilância de doenças transmissíveis.

No Brasil, após pesquisa nas bases de dados LILACS/SCIELO/BANCO DE TESES CAPES foram identificados 144 artigos com os termos selecionados, com 50 (34,7 %) adotando a expressão vigilância epidemiológica, 12 (8,3 %) vigilância da saúde, 24 (16,7%) vigilância à saúde, 12 (8,3 %) vigilância em saúde, 08 (5,6%) vigilância em saúde do trabalhador, 4 (2,8%) vigilância em saúde pública, 13 (8,4%) vigilância ambiental em saúde (ou vigilância ambiental/vigilância epidemiológica ambiental/vigilância em saúde ambiental) e 21 (14,6%) vigilância sem adjetivação*.

Em relação aos termos empregados, a revisão realizada corrobora os achados de estudos anteriores^{3 37}. Identificou-se a substituição na literatura internacional, a partir da década de 90, da expressão vigilância epidemiológica por vigilância em/da saúde pública ou vigilância sem

informações, permite medir em que estas últimas se afastam do típico e esclarecer a singularidade dos acontecimentos, seu perfil de indicador” (p.183)

* No apêndice A apresenta-se quadro com o detalhamento pelos critérios de classificação: termo empregado, ano, tema abordado, tipo de texto.

adjetivos. Em países fora da América do Norte, continua ainda freqüente o emprego da expressão vigilância epidemiológica, inclusive no Brasil, como já sinalizado por Waldman³⁷.

A vigilância e seus significados

Na literatura internacional, dos 473 artigos selecionados a partir dos descritores “Health Surveillance”/“Public Health Surveillance”, em 145 o termo “Health Surveillance” se referia ao acompanhamento da saúde dos trabalhadores e sua relação com o ambiente do trabalho, área que no Brasil é conhecida como Saúde do Trabalhador. A definição subjacente ao termo vigilância da quase totalidade dos demais artigos foi na formulação de Langmuir de coleta sistemática, análise e interpretação de dados de saúde essenciais para a prática de saúde pública, integradas com a oportuna disseminação da informação para a intervenção/ação^{43 44 45 46 47 48 49 50}. Em um dos artigos é proposto um conceito de vigilância da saúde pública composto de três componentes: a vigilância demográfica; a vigilância epidemiológica, com foco na produção da doença e na exposição ao risco de uma população; e a vigilância de sistemas de saúde⁵¹.

Nos artigos produzidos no Brasil, verificou-se que dos 69 com o emprego dos termos vigilância/ vigilância da saúde/vigilância à saúde/ vigilância em saúde, em 33 a noção subjacente era de um modo tecnológico de organização das práticas de saúde*, com predominância naqueles que adotaram os termos vigilância à saúde/ vigilância da saúde. Já vigilância como uma prática de saúde pública serviu de base para 27 artigos, com maior presença entre aqueles que adotaram vigilância sem adjetivação. Os demais artigos (09) estavam relacionados com programas de vigilância da saúde de recém – nascidos de riscos e de menores de um ano (06), vigilância em saúde do trabalhador (01), vigilância das famílias (01), ou considerando vigilância em saúde como a integração das vigilâncias epidemiológica, ambiental e sanitária (01).

Serão explicitadas a seguir as diferenças relacionadas às noções de vigilância identificadas.

* *Um dado modo de combinar técnicas e tecnologias para intervir sobre problemas de saúde (danos e/ou riscos) e atender necessidades de saúde individuais e coletivas; é uma maneira de organizar os ‘meios de trabalho’ (saberes e instrumentos) utilizados nas práticas ou processos de trabalho em saúde. Aponta como melhor integrar os meios técnicos-científicos existentes para resolver problemas de saúde individuais e/ou coletivos. Corresponde à ‘dimensão técnica’ das práticas de saúde; incorpora uma ‘lógica’ que orienta as intervenções técnicas sobre os problemas e necessidades de saúde²⁷.*

Como já referido, na literatura internacional não são incorporadas na concepção de vigilância as medidas de controle, apesar da vinculação clara a uma intervenção, a um programa de saúde pública. Como exemplo as definições presentes em documentos oficiais do Canadá e Estados Unidos:

*(Health Surveillance) Tracking and forecasting any health event or health determinant through the ongoing collection of data, the integration, analysis and interpretation of that data into surveillance products and the dissemination of that resultant surveillance product to those who need to know. Surveillance products are produced for a predetermined public health purpose or policy objective. In order to be considered health surveillance, all of the above activities must be carried out*¹⁵.

*Public Health Surveillance is the ongoing, systematic collection, analysis, interpretation, and dissemination of data regarding a health-related event for use in public health action to reduce morbidity and mortality and to improve health. Data disseminated by a public health surveillance system can be used for immediate public health action, program planning and evaluation, and formulating research hypotheses*⁵².

Mais recentemente, uma preocupação presente em vários artigos é a busca por uma maior vinculação entre as práticas de vigilância e as respostas aos problemas detectados^{53 54 55 56}. A vigilância e a ação em saúde pública, como processos interdependentes, constam em quadros de referência propostos para as reformas do setor saúde em países em desenvolvimento^{57 58}.

No Brasil, o debate da década de 90 reavivou a questão da incorporação ou não das intervenções na definição de vigilância e qual o escopo dessas intervenções, se limitadas a ações de prevenção e controle de danos, ou se seriam ampliadas incluindo o controle de riscos e determinantes, com ações de proteção e promoção da saúde e aquelas de atenção individual²⁹.

Waldman³⁷ colocou a delimitação clara entre os instrumentos de vigilância e controle mesmo considerando que, no nível local, essas atribuições poderiam ser exercidas pelo mesmo profissional ou grupo de profissionais. Para Silva-Júnior¹⁶, o dilema *informação para ação* ou *informação e ação* não existiria e esse não seria o ponto relevante do debate. No seu entender, a prática concreta da vigilância no nosso país se deu com a inclusão das ações de controle e não se deveria buscar, portanto, um cotejamento dessas práticas com padrões de outras épocas e outros contextos. Para diferenciar a vigilância das outras práticas de saúde pública Silva-Júnior¹⁶ indica os seguintes elementos: atividade realizada de forma contínua; foco dirigido à obtenção de resultados específicos; utilização de dados diretamente relacionados com práticas de saúde pública; e o sentido utilitário de obter o controle de doenças.

No nosso entender, uma reflexão sobre os objetos e o papel da epidemiologia subjacente às diversas concepções contribuiria para esclarecer os distintos entendimentos sobre o tema.

Objeto das práticas de vigilância

As práticas de vigilância em saúde pública originalmente assumiam como objeto as doenças infecciosas, porém, paulatinamente, tanto nos Estados Unidos^{5 6} como em outros países³, uma grande variedade de condições foi contemplada. Apesar do uso do termo vigilância epidemiológica em artigos que incorporavam fatores de risco, condições de vida e variáveis ambientais nos sistemas de vigilância propostos, a substituição gradativa da expressão vigilância epidemiológica por vigilância em/da saúde pública parece ter ocorrido concomitante a uma ampliação do conceito e das práticas de vigilância^{3 16 47 51 59 60 61 62 63}.

Nos artigos revisados, foram considerados como eventos sob vigilância: doenças transmissíveis^{49 64 65}, doenças não transmissíveis^{66 67}, defeitos congênitos^{68 69}, reações a drogas, abortos, práticas de saúde, fatores comportamentais de risco, doenças mentais⁷⁰, violência⁷¹, problemas nutricionais e uma larga variedade de riscos ocupacionais e ambientais^{72 73 74 75 76}. Nos últimos anos, observou-se um esforço dos governos nacionais, entre eles o Brasil, da OMS, da OPAS e de organizações não governamentais na busca da constituição e desenvolvimento da capacidade da vigilância das doenças crônicas não transmissíveis (DNT), e em muitos países o desenho de sistemas de vigilância de fatores de risco das doenças crônicas já é uma realidade⁵⁰. As doenças emergentes e re-emergentes^{55 77} e o risco do uso de armas biológicas para ações terroristas^{78 79 80} vêm estimulando a produção de artigos com o foco no aprimoramento da vigilância de doenças infecciosas agudas e detecção precoce de surtos. Têm sido propostos outros objetos como o incentivo à vigilância de prescrição de medicamentos⁵⁶ e a vigilância síndrômica^{54 81}.

Um tema atual é o da integração entre os sistemas de vigilância, historicamente construídos por agravos específicos^{4 37}, com diversos artigos propondo a organização de sistemas integrados de vigilância^{48 53 80 82 83}.

Por outro lado, os autores que analisam a vigilância da saúde, na perspectiva de uma dada organização tecnológica do trabalho em saúde, concebem para o seu objeto problemas de saúde selecionados para enfrentamento contínuo em um dado território³³. Nessa concepção, tomar como objeto das práticas problemas terminais de saúde implicaria em considerar a sua distribuição espacial, além das relações entre os modos de vida dos distintos grupos populacionais e as

diversas expressões do processo saúde-doença^{27 29}. A forma de descrição dos problemas, realizada por um ator em situação, delimitaria o espaço de explicação do mesmo (singular, particular e geral)⁸⁴ e as possibilidades de ações transformadoras.

A concepção de vigilância presente e a que objeto se refere condicionam os seus objetivos. Enquanto prática de saúde pública, a vigilância tem como objetivo a descrição sistemática dos padrões de ocorrência de doenças e eventos relacionados à saúde para guiar o planejamento, execução e avaliação das intervenções necessárias ao seu controle ou prevenção. No caso da vigilância de doenças transmissíveis busca-se o conhecimento dos casos para evitar a propagação das doenças, já no caso das doenças e agravos não transmissíveis a finalidade é monitorar o comportamento de sua prevalência e de seus fatores de risco visando a recomendação de medidas de promoção da saúde⁸⁵. A vigilância em saúde pública também contribuiria para o estudo da história natural das doenças e da epidemiologia de eventos relacionados à saúde, gerando questões e hipóteses, além de indicar lacunas no conhecimento para a realização de pesquisas^{4 5 37}.

Já a vigilância da saúde, compreendida como um modo tecnológico de organização das práticas de saúde em um dado território, busca a intervenção sobre problemas selecionados a partir da integração do controle dos determinantes sócio-ambientais, riscos e danos^{24 26 27 29 86}.

Além das considerações anteriores, cabe destacar que a definição sobre o objeto da vigilância e sua delimitação em relação às práticas de pesquisa extrapola a questão conceitual e passa a ser uma preocupação do campo da ética, principalmente no que diz respeito aos limites entre os direitos individuais e os direitos coletivos⁸⁷.

Os meios de trabalho da vigilância

Os meios acionados para o alcance dos objetivos e propósitos esperados também se modificam a depender das concepções de vigilância adotadas e dos objetos das práticas. É relevante identificar o papel que a epidemiologia assume em cada concepção.

As possibilidades dos agentes nos serviços de saúde empregarem o método ou a lógica epidemiológica são amplas e variadas^{16 22 37 88}. Não haveria, contudo, no entender de Waldman³⁷, uma definição de limites claros entre o que sejam práticas de epidemiologia nos serviços de saúde e práticas de vigilância, acarretando confusão no uso desse termo no nosso país.

Os autores, que compreendem a vigilância da saúde como um modo tecnológico de organização das práticas de saúde, enfatizam o uso do saber epidemiológico como tecnologia não material para a organização de processos de trabalho, serviços e sistemas de saúde, considerando-o uma ferramenta fundamental do planejamento e da gestão em saúde^{29 89}. Entendem que a apreensão da dimensão coletiva dos problemas de saúde a partir da epidemiologia contribuiria para a conformação de práticas (de promoção e proteção da saúde; prevenção de riscos e agravos; atenção coletiva e individual) adequadas às necessidades e problemas de saúde da população²⁹. Além da epidemiologia e da clínica, esses autores propõem o uso das ciências sociais e da geografia crítica como meios importantes para a explicação da produção dos problemas, e o planejamento urbano e a administração estratégica na estruturação das intervenções para enfrentá-los^{24 26 27 29}. Na mesma direção, Rojas⁹⁰ advoga o aporte da geografia crítica para análise e interpretação das condições de produção dos problemas de saúde e as respostas sociais aos mesmos.

Já a prática de vigilância em saúde pública* pode ser considerada como um dos possíveis usos da epidemiologia em serviços de saúde^{16 37 91}. Ao analisar eventos relacionados à saúde em populações obrigatoriamente tem a epidemiologia, a estatística³⁸, a demografia e os sistemas de informação⁹² como meios de trabalho essenciais. No Brasil, no momento que se incluem as intervenções como parte da vigilância em saúde pública, diversas tecnologias médico-sanitárias passam a fazer parte dos meios de trabalho utilizados.

Reflexões realizadas por vários autores sobre os limites que os conhecimentos científicos e tecnológicos disponíveis impõem aos “*desejos, possibilidades e competências de intervenção no mundo real*”⁹³, ou à estruturação de práticas de promoção da saúde⁹⁴, devem ser levadas em consideração ao se analisar os papéis assumidos pelo saber epidemiológico, como também por técnicas oriundas das práticas de planejamento, na conformação de práticas nos sistemas locais de saúde. Outro ponto a ser examinado seria o da relação entre os saberes tecnológicos e saberes práticos⁹⁵ no cotidiano dos serviços.

Enfim, não se pode abstrair nessa discussão que em situações concretas os agentes das práticas de saúde, entre elas as de vigilância, têm que conviver com outras racionalidades e devem enfrentar no cotidiano “*os desafios da dialética entre o sonhar e o fazer, entre a utopia e a realidade, entre a técnica e a política*”⁹³.

Organização das práticas de vigilância

As condições concretas de cada país, ao estabelecerem os limites e possibilidades entre a regulação exercida pelo nível central do sistema e o grau de autonomia e responsabilidade do nível local, condicionam o espaço de conformação das práticas de vigilância.

Nos Estados Unidos, só mais recentemente vem sendo fortalecido o papel do governo federal referente à instituição de normas dos sistemas de vigilância^{48 96}. Tal forma de organização pode expressar o respeito à autonomia das unidades da federação e a conseqüente baixa capacidade normativa e coordenadora do gestor federal presente naquele país^{16 37}.

No Brasil, a longa história de centralização do poder no nível federal se reflete no campo da saúde com o gestor federal assumindo o papel de coordenador e normatizador dos sistemas nacionais de vigilância^{17 97 98}, limitando o espaço de autonomia dos entes federados no processo de descentralização do sistema nacional de vigilância em saúde. O modelo adotado no nosso país⁹⁸ manteve no nível nacional as atribuições de coordenar as ações que exigiriam simultaneidade nacional ou regional, a normatização técnica, a coordenação dos sistemas de informação e o fornecimento de insumos estratégicos. As atribuições relacionadas à gestão do componente estadual ficaram na responsabilidade das Secretarias Estaduais de Saúde, cabendo aos municípios basicamente a execução das ações. Silva-Júnior¹⁶ faz uma síntese desta história recente.

Nos municípios adotou-se um formato em que a partir de uma mesma estrutura (pessoal, equipamentos, sistema de informação) se faz a vigilância e se responde com ações em relação a diversos agravos. Parece existir, de certa forma, uma organização a partir de dois subsistemas, como referido por Waldman^{4 37}: *o subsistema de informações para a agilização das ações de controle*, situado nos sistemas locais de saúde, e *o subsistema de inteligência epidemiológica*, que teria como objetivos a elaboração das bases técnicas dos programas de controle e a identificação de lacunas no conhecimento científico e tecnológico, situado no nível nacional. Contudo, diferentemente do proposto por esse autor, parece não ocorrer a articulação entre o subsistema de vigilância e as áreas de planejamento e avaliação de programas para a elaboração das normas de uso local.

* Aqui compreendida como um conjunto de ações voltadas para a obtenção, consolidação e análise de informações em saúde, referidas a um propósito de saúde pública.

Por outro lado, para os autores que concebem a vigilância da saúde enquanto uma proposta de reorientação das práticas de saúde no nível local ²⁸, o pensar e o agir para o enfrentamento dos problemas de saúde estariam na responsabilidade da gestão local. Com isso há a necessidade de ampliar a capacidade de governo a partir da qualificação das equipes locais em epidemiologia e planejamento, levando à realização de análises da situação de saúde mais adequadas, com a identificação, explicação de problemas e a tomada de decisão visando à adoção das ações pertinentes. As intervenções sobre os problemas, tanto as do setor saúde como aquelas que exigiriam a articulação intersetorial, seriam organizadas sob a forma de operações. Outro ponto enfatizado é que a vigilância da saúde, ao ampliar o objeto de seu trabalho, propõe enquanto agentes novos sujeitos, com novas ideologias, concepções, valores, não só os profissionais e trabalhadores de saúde, e sim aqueles de outros setores do governo e o envolvimento da população organizada ²⁹.

Vigilância, monitoramento e o campo da avaliação

Um ponto a ser comentado, e que pode contribuir no esclarecimento das noções trabalhadas no presente artigo, é o relacionado ao uso dos termos vigilância e monitoramento. Por terem em comum o registro rotineiro e sistemático de dados, vigilância e monitoramento freqüentemente são utilizados como sinônimos tanto na literatura nacional como na internacional³ ³⁷. Caberia, neste tópico, a apresentação de elementos para esclarecer os distintos significados do termo monitoramento, seja como ferramenta importante da vigilância ou como tecnologia do campo da avaliação.

Declich & Carter ³ sinalizam como diferença básica entre a vigilância e o monitoramento o fato de que a primeira, por definição, trabalha com eventos relacionados à saúde em populações, enquanto o monitoramento seria o processo de analisar/acompanhar mudanças decorrentes de uma dada intervenção ou ação. Entendimento semelhante foi adotado por Vieira-da-Silva⁹⁹ que define monitoramento como *o acompanhamento sistemático sobre algumas características dos serviços* diferenciando-o da avaliação pontual. Esta última implicaria em um *juízo sobre uma dada intervenção, em um determinado ponto do tempo*, e representaria a resposta a uma pergunta inicial orientadora da coleta de dados e da análise.

No Brasil, no entanto, também é usual a utilização dos termos monitoramento/monitorização para o acompanhamento de indicadores de saúde, demográficos, econômicos, sociais, de qualidade ambiental e para a análise de situação de saúde²⁵. Na atualidade, o monitoramento enquanto acompanhamento sistemático de indicadores passou a ser visto como uma ferramenta da vigilância em saúde pública, principalmente na vigilância de doenças e agravos não transmissíveis e na vigilância ambiental, e teria como propósito analisar as mudanças espaço-temporais dos indicadores selecionados.

A institucionalização da avaliação no país¹⁰⁰ deverá implicar em uma melhor delimitação dos campos das diversas práticas e, conseqüentemente, em melhor esclarecimento sobre o uso dos termos em comum, contribuindo para reduzir a polissemia presente nos estudos avaliativos que toma como objeto a vigilância.

Uma proposta de sistematização de arranjos tecnológicos possíveis das práticas de vigilância no nível municipal

Com base na revisão realizada foi elaborada matriz de tipos ideais³⁹ de arranjos tecnológicos da organização das práticas de vigilância em sistemas municipais de saúde. A partir da seleção de níveis, dimensões e critérios foram definidos padrões com a identificação de três tipos ideais (Quadro 1) que serão a seguir apresentados nos seus aspectos gerais: vigilância da saúde, vigilância em saúde pública e a vigilância epidemiológica tradicional.

- ***Vigilância da saúde: um modo tecnológico de reorganização das práticas de saúde no nível local***

A *vigilância da saúde* pode ser compreendida como uma dada organização tecnológica do trabalho em saúde, um modo tecnológico²⁷ caracterizado por práticas sanitárias que tomam por objeto problemas de saúde selecionados para enfrentamento contínuo, articulando um conjunto de ações^{23 34}. Com base nas teorias dos determinantes sociais da saúde, como estratégia para a promoção da saúde aponta a melhoria das condições de vida e saúde de grupos populacionais de um dado território.

O modelo referido propõe a articulação das tecnologias do saber epidemiológico e do planejamento para seleção de problemas a serem trabalhados de forma contínua no território e distingue diversos níveis de atuação (causas, riscos e danos) para enfrentamento dos mesmos. Tem por perspectiva o deslocamento da ênfase nos danos para os riscos e causas, e busca a superação da dicotomia entre as chamadas práticas coletivas e as práticas individuais de saúde, além de propor a articulação de ações intersetoriais^{23 27}. Nesta concepção, a vigilância em saúde pública e a vigilância sanitária, como outras práticas médico sanitárias, seriam tecnologias a serem utilizadas a depender do problema a ser enfrentado.

- ***Vigilância em saúde pública: componente municipal do sistema nacional de vigilância em saúde***

Para construção do tipo ideal de *vigilância em saúde pública*, adotou-se o entendimento de Silva-Júnior¹⁶ de serem incorporadas ao conteúdo da vigilância as ações de prevenção e controle além da coleta, consolidação, análise, interpretação e disseminação de dados e informações. Como o autor referido, considerou-se que mesmo não sendo o modelo adotado em outros países foi assim que essas práticas foram historicamente constituídas no Brasil.

A partir dessa definição, a elaboração dos padrões na matriz de tipos ideais se deu a partir dos componentes explicitados na portaria nº 1.172, de 15/06/2004⁹⁸, a qual estabelece as competências dos entes federados no Sistema Nacional de Vigilância em Saúde: a) a vigilância das doenças transmissíveis; b) a vigilância das doenças e agravos não transmissíveis e seus fatores de risco; c) a vigilância ambiental em saúde; d) e a vigilância da situação de saúde. Em relação às atribuições, o nível federal ficou responsável pela coordenação das ações de vigilância das doenças transmissíveis e de vigilância ambiental, além da realização de ações da vigilância das doenças e agravos não transmissíveis e dos seus fatores de risco, principalmente por intermédio da realização de inquéritos nacionais, como ainda a vigilância da situação de saúde no território nacional. Às secretarias estaduais coube a coordenação do componente estadual e atuar de forma complementar ou suplementar em casos da não atuação das Secretarias Municipais. Por fim, com os municípios ficou a responsabilidade pela coordenação do componente municipal e a execução das ações nos seus territórios.

Como também explicitado por Waldman⁴ e Silva-Júnior¹⁶, as práticas de vigilância sanitária por terem como núcleo central atividades de regulação, controle e fiscalização sanitárias sobre a produção, distribuição e consumo de produtos e serviços passíveis de se tornarem nocivos à saúde, e não propriamente a vigilância de eventos relacionados à saúde, não foram consideradas como integrantes da vigilância em saúde pública.

- *A vigilância epidemiológica tradicional: a não vigilância e o muito que fazer no cotidiano*

Com base nos resultados de trabalhos sobre o tema^{101 102} e em experiências profissionais compartilhadas pela autora, estabeleceu-se o padrão do tipo denominado *vigilância epidemiológica tradicional*, correspondendo às práticas de vigilância identificadas no cotidiano dos serviços, instituídas distantes do debate conceitual: ações de notificação, investigação, consolidação de dados e adoção de medidas de prevenção e controle referentes às doenças transmissíveis.

A forma de incorporação da vigilância no nosso país, sem delimitação clara entre as ações de vigilância e controle, implicou que as equipes responsáveis acumulassem e fossem absorvidas pela coordenação e execução das ações dos programas de controle das doenças transmissíveis. Tal fato teria transformado, no entender de Waldman²⁵, os sistemas de vigilância em mais uma rotina burocrática, ou um mero sistema de informação, não atuando os mesmos como instrumentos de apoio técnico aos serviços de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As diversas denominações e concepções encontradas na bibliografia revisada confluem para três principais abordagens sobre o tema: a) a vigilância epidemiológica de doenças transmissíveis; b) a vigilância em saúde pública; e c) a vigilância da saúde. A primeira situa-se no campo burocrático e relaciona-se com a constituição histórica do componente da saúde pública voltado para o controle de epidemias, que tomou por objeto as doenças infecciosas e seu controle. A segunda corresponde a uma vertente modernizadora que amplia seu objeto, e corresponde a uma tecnologia empregada em saúde pública/saúde coletiva para subsidiar a tomada de decisão

sobre a adoção de medidas de prevenção e controle de eventos relacionados à saúde (riscos e danos), ou recomendar ações de promoção da saúde. A terceira relaciona-se com a medicina social e os estudos sobre os determinantes sociais da doença, na sua vertente brasileira que informou o movimento da Reforma Sanitária e representa um modo tecnológico de organização das práticas de saúde em um dado território, incorporando um conjunto de ações para o enfrentamento de problemas selecionados, inclusive o controle de determinantes sócio-ambientais através de políticas públicas articuladas por ações intersetoriais.

Os três tipos ideais aqui sistematizados não existem em estado-puro, porém podem ser utilizados para a avaliação e caracterização do tipo de organização das práticas em situações concretas. Uma validação através de técnicas de consenso de *experts*, do tipo Delphi ou outras similares, poderá ampliar as possibilidades de uso da matriz aqui desenvolvida em investigações empíricas que tomem a implantação de práticas de vigilância como objeto, contribuindo para direcionar a coleta de informações e comparar os tipos empíricos observados no intuito de estabelecer pontos em comum com as formulações estabelecidas ou para a explicitação de singularidades.

Estudos de casos poderão contribuir para a identificação de potencialidades e obstáculos para a conformação de arranjos tecnológicos da vigilância que, além de contribuir para a prevenção e controle de doenças, sejam úteis para a promoção da saúde.

Quadro – Matriz com sistematização de tipos ideais de arranjos tecnológicos das práticas de vigilância no nível municipal elaborada com base em revisão da literatura

Dimensões	Critérios	VIGILÂNCIA DA SAÚDE ^{23 24 27 28 34}	VIGILÂNCIA EM SAÚDE PÚBLICA ^{16 98}	VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA TRADICIONAL ^{101 102*}
Concepção sobre a vigilância	<p>a) Finalidade das práticas de vigilância</p> <p>b) Formas de organização das práticas de vigilância</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Modo tecnológico de intervenção em saúde com redefinição do objeto, dos meios de trabalho, das atividades, das relações técnicas e sociais, bem como das organizações de saúde e da cultura sanitária, na direção da superação da dicotomia entre as chamadas práticas coletivas e as práticas individuais, incorporando modelos assistenciais vigentes e articulando-se com as propostas de promoção da saúde; • Toma a finalidade do trabalho como a melhoria das condições de vida dos grupos populacionais em um dado território; • Presença de estratégia de organização de um conjunto heterogêneo de políticas com configuração de acordo com a situação de saúde da população do município (território); • Presença de ações organizadas pelos distintos atores até ações específicas de prevenção, recuperação e reabilitação de doentes em relação aos problemas selecionados como de enfrentamento contínuo; • Adoção da intersetorialidade como instrumento de articulação de políticas públicas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Vigilância consiste em acompanhar e prever mudanças em qualquer evento ou determinante de saúde por meio da coleta sistemática, consolidação, análise e interpretação dos dados, transformando-os em produtos de vigilância com a finalidade de disseminar as informações para aqueles que necessitam conhecer, formular recomendações e adotar medidas de prevenção e controle das doenças/ agravos ou de promoção da saúde; • Município como gestor do componente municipal do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde Pública, de acordo com a portaria 1.172, de 15/06/2004; • Utilização de ações programáticas de saúde em relação a eventos relacionados à saúde priorizados pelo nível federal; • Articulação intersetorial como estratégia de atuação para enfrentamento de problemas prioritários. 	<ul style="list-style-type: none"> • Vigilância compreenderia as notificações, investigações e levantamentos necessários à programação das medidas de controle de doenças transmissíveis; • Adoção do modelo de programas especiais para as intervenções de prevenção e controle das doenças sob vigilância.

* Experiências compartilhadas pela autora em sua trajetória profissional também contribuíram para a elaboração do padrão deste tipo ideal.

Dimensões	Critérios	VIGILÂNCIA DA SAÚDE	VIGILÂNCIA EM SAÚDE PÚBLICA	VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA TRADICIONAL
Agente das práticas	a) Tipos de agentes envolvidos com a vigilância e posição no sistema de saúde	<ul style="list-style-type: none"> Equipe de saúde municipal (nível central, rede básica, média e alta complexidade) responsável pelas ações de vigilância da saúde do município; Presença de comissão/colegiado para coordenar a ação intersetorial; População co-responsável no projeto de vigilância da saúde do município. 	<ul style="list-style-type: none"> Equipe técnica específica no nível central responsável pela coordenação dos trabalhos e executando ações em caráter complementar ao nível local ou aquelas de maior complexidade (Ex: análise de bancos de dados, investigação de eventos inusitados ou de surtos que extrapolem a área de abrangência das unidades); Equipe de saúde da rede básica responsável pela execução das ações de vigilância em saúde pública mais normatizadas; Incentivo à participação da população no enfrentamento de problemas prioritários. 	<ul style="list-style-type: none"> Equipe da área de vigilância epidemiológica no nível central responsável pela execução das ações.
Objeto de trabalho	a) Questões que o conjunto das atividades toma como relevantes para exercer sua intervenção	<ul style="list-style-type: none"> Problemas de saúde de grupos populacionais que requerem atenção e acompanhamento contínuos (danos, riscos, necessidades de saúde e determinantes dos modos de vida e saúde - condições de vida e trabalho) em um território determinado. 	<ul style="list-style-type: none"> Problemas de saúde selecionados como prioritários pelo nível federal do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (doenças transmissíveis; fatores de risco de doenças crônicas; riscos ambientais; óbitos infantis e maternos); Doenças e agravos priorizados no nível municipal. 	<ul style="list-style-type: none"> Doenças transmissíveis.
Meios de trabalho	a) Tecnologias utilizadas no trabalho; b) Adequação dos instrumentos aos objetos e objetivos propostos para o trabalho	<ul style="list-style-type: none"> Adoção de saberes baseados na epidemiologia, clínica, ciências sociais e geografia, articulados por uma gerência do trabalho que utilize o planejamento e a programação local em saúde como uma ferramenta; Operações sobre problemas de grupos populacionais, com emprego, entre outras, de tecnologias médico-sanitárias; Utilização de tecnologias de comunicação social que estimulem a mobilização, organização e atuação dos diversos grupos na promoção e na defesa das condições de vida e saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> Saber epidemiológico embasando a análise e o acompanhamento de forma sistemática da situação dos eventos relacionados à saúde sob vigilância; Intervenções a partir da adequação à realidade local das bases técnicas dos programas de controle de doenças elaboradas pelo nível federal; Utilização de tecnologias sanitárias (educação em saúde, manejo ambiental, controle de vetores, imunização, entre outras) a partir de normas adequadas ao perfil profissional e dimensões da equipe, as instalações, equipamentos e recursos orçamentários disponíveis; Atenção individual como medida de controle de doença transmissível. 	<ul style="list-style-type: none"> Instrumento básico de trabalho normas técnicas dos programas de controle de doenças transmissíveis elaboradas pelo nível federal.

Dimensões	Critérios	VIGILÂNCIA DA SAÚDE	VIGILÂNCIA EM SAÚDE PÚBLICA	VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA TRADICIONAL
Atividades/ Ações implantadas	a) Ações de promoção da saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Administração municipal implementa políticas públicas voltadas para a promoção da saúde (Políticas públicas saudáveis); • Incorporação do uso de tecnologias de comunicação social com o objetivo de garantir o acesso contínuo da população à informação, visando o incremento do poder técnico e político das comunidades e o desenvolvimento de habilidades e atitudes pessoais favoráveis à saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> • Há a recomendação do desenho de políticas públicas voltadas para a promoção da saúde; • Incorporação do uso de tecnologias de comunicação para promover a mudança de hábitos não favoráveis à saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> • Centrada no paradigma da prevenção.
	a) Vigilância de riscos à saúde. b) Vigilância de danos	<ul style="list-style-type: none"> • Monitora a situação de saúde local para identificação dos problemas de enfrentamento contínuo; • Toma decisão no nível local e estrutura as operações para o enfrentamento dos problemas selecionados como de acompanhamento contínuo a partir das análises realizadas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Notifica doenças de notificação compulsória, surtos e agravos inusitados, conforme normatização federal e estadual; • Investiga casos notificados, surtos e óbitos por doenças específicas; • Realiza busca ativa de doenças de notificação compulsória; • Captura vetores para identificação e levantamento do índice de infestação; • Realiza vigilância da mortalidade infantil e materna; • Monitora a qualidade da água para consumo humano, em conformidade com a normatização federal; • Gerencia os sistemas de informação epidemiológica no âmbito municipal; • Realiza e divulga análises epidemiológicas e recomenda reorientação das ações a partir de consulta a outro nível de gestão. • Articula o monitoramento da situação epidemiológica em relação aos agravos priorizados, com o uso de ferramentas para integração da vigilância de riscos e danos (Ex: elaboração de mapas com casos de dengue, situação entomológica, monitoramento de sorotipos circulantes do vírus da dengue). 	<ul style="list-style-type: none"> • Notifica, investiga e realiza busca ativa de doenças transmissíveis de notificação compulsória; • Analisa os indicadores referentes às doenças transmissíveis priorizados pelos níveis estadual ou federal a partir de demanda externa (outro nível de gestão). • Presença de desarticulação entre a vigilância de riscos e danos em relação aos agravos trabalhados.

Dimensões	Critérios	VIGILÂNCIA DA SAÚDE	VIGILÂNCIA EM SAÚDE PÚBLICA	VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA TRADICIONAL
	<p>a) Controle de riscos</p> <p>b) Controle de danos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realiza a integração entre as ações de prevenção, controle e recuperação para os problemas selecionados como de enfrentamento contínuo; • Há coerência entre as ações de prevenção e controle realizadas e os problemas selecionados.; • Implementa ações programáticas nas unidades de saúde de acordo com os problemas selecionados; • Existência de ações intersetoriais com orçamento e plano comum. 	<ul style="list-style-type: none"> • Articula ações intersetoriais voltadas para a prevenção e controle dos agravos priorizados; • Realiza ações de educação e mobilização social no território de abrangência das unidades básicas para promover a participação da população na fiscalização das ações executadas, promover mudanças de práticas e estimular a identificação de doenças priorizadas, com a atuação das equipes do PACS/PSF; • Há introdução de temas referentes a prevenção e controle de doenças na rede de ensino como tema transversal; • Equipes das unidades da rede básica de saúde não só notificando agravos sob vigilância, mas realizando investigações e adotando medidas de prevenção e de controle adequadas, quando possível, e realizando tratamento dos casos a partir de protocolos de atendimento ; • Implementa sistema de atendimento e acompanhamento do paciente e de regulação de leitos para casos priorizados; • Realiza diagnóstico laboratorial para as doenças priorizados encaminhando para o LACEN só aqueles exames de competência do nível estadual; • Executa ações de controle de vetores com ênfase no uso do manejo ambiental. 	<ul style="list-style-type: none"> • Unidades da rede básica de saúde atuando exclusivamente como unidades notificantes de doenças de notificação compulsória, a partir de estímulo da equipe de vigilância epidemiológica do nível central. • Equipe de vigilância epidemiológica responsável pela adoção de todas as medidas de prevenção e controle, além do tratamento dos casos dos agravos sob vigilância; • Executa ações de controle de vetores com ênfase no uso de inseticidas; • Realiza ações de educação em saúde por meio de instrumentos tradicionais (palestras) para divulgação de informações; • Não realiza diagnóstico laboratorial de doenças sob vigilância, encaminhando para o Laboratório Central do Estado.

Dimensões	Critérios	VIGILÂNCIA DA SAÚDE	VIGILÂNCIA EM SAÚDE PÚBLICA	VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA TRADICIONAL
Produtos	a)Produtos esperados das práticas de vigilância	<ul style="list-style-type: none"> Controle ou redução da magnitude dos problemas selecionados para enfrentamento contínuo. 	<ul style="list-style-type: none"> Elaboração e divulgação de relatórios sobre a situação epidemiológica, com adoção de medidas de prevenção e/ou controle para redução da magnitude de doenças transmissíveis; Elaboração e divulgação de relatórios dos resultados do monitoramento do comportamento dos fatores de risco e da prevalência de doenças e agravos não transmissíveis, com recomendações para a adoção de medidas de promoção à saúde; Elaboração e divulgação de relatórios com resultados das investigações realizadas para serem adotadas medidas por outras áreas técnicas ao interior do sistema de saúde (óbitos maternos e infantis) ou fora do setor saúde (fatores de risco ambientais). 	<ul style="list-style-type: none"> Elaboração e divulgação de relatórios com análise de dados sobre a situação epidemiológica das doenças transmissíveis, com a adoção de medidas de prevenção e/ou controle para a redução da magnitude de doenças transmissíveis.
Relações sociais	a)Relações técnicas b)Relações no trabalho	<ul style="list-style-type: none"> Equipe municipal com elevada capacidade técnica e com espaço de negociação para definição das formas de intervenção (setorial e intersetorial); Diretrizes gerais definidas de forma democrática e presença de autonomia nos diversos níveis do sistema de saúde para adaptação das normas. 	<ul style="list-style-type: none"> Poder normativo e de coordenação do nível federal em relação às definições sobre as práticas de vigilância, porém dialogando com o nível municipal adaptação das normas à realidade local. Capacidade técnica da equipe municipal permitindo uma participação ativa nos fóruns sobre vigilância promovidos pelo nível federal e estadual e propondo a incorporação de inovações nas práticas de vigilância; Equipe do setor de vigilância estabelecendo acordos e articulando ações entre as diversas áreas técnicas da Secretaria de Saúde, com a equipe da rede básica e com os demais setores da administração municipal. 	<ul style="list-style-type: none"> Alto poder normativo e de coordenação do nível federal em relação às definições sobre as práticas de vigilância. Pouca capacidade da equipe da vigilância epidemiológica para articular e/ou propor ações relacionadas aos eventos sob vigilância junto a outras áreas técnicas da Secretaria Municipal de Saúde ou ao interior da administração municipal

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rosen G. Uma história da Saúde Pública. São Paulo: Editora Hucitec; 1994.
2. Paim JS, Almeida Filho, N. Saúde coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas? Rev. Saúde Pública 1998; 32 (4): 299-316.
3. Declich S, Carter AO. Public Health Surveillance: historical origins, methods and evaluation. Bulletin of the World Health Organization 1994; 72(2):285-304.
4. Waldman EA. Vigilância Epidemiológica como Prática de Saúde Pública.[Tese de Doutorado] São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 1991.
5. Thacker SB, Berkelman RL. Public Health Surveillance in the United States. Epidemiol. Rev. 1988; 10: 164-190.
6. Langmuir AD. William Farr: founder of modern concepts of surveillance. International Journal of Epidemiology 1976; 5(1): 13-18.
7. Langmuir AD. Evolution of the concept of Surveillance in the United States. Proc.Roy Soc. Med. 1971; 64: 681-684.
8. Thacker SB, Gregg M B. Implementing the concepts of William Farr: the contributions of Alexander D. Langmuir to public health surveillance and communications. American Journal of Epidemiology 1996; 111 (Suppl 8): S23-8.
9. Langmuir AD. The surveillance of communicable disease of national importance. New Englan J.M. 1963; 24:182-192.
10. Raska K. The epidemiological surveillance programme. J Hyg Epidemiol Microbiol Immuno 1964; 8-2:137-168.
11. Raska K. National e International surveillance of communicable diseases. WHO Chronicle 1966; 20: 315-321.
12. Barata RB. Reorientação das práticas de vigilância epidemiológica. In: Anais do Seminário Nacional de Vigilância Epidemiológica 1993; Brasília:FNS, CENEPI; 1993.
13. Fossaert DH, Llopis A, Tigre CH. Sistemas de Vigilância Epidemiológica. Bol Ofic Sanit Panam 1974; 76: 512-525.
14. CDC. Guidelines for evaluating surveillance systems. MMWR 1988; 37(No.S-5).
15. Health Canada. F/P/T Working Group. Proposal do Develop a Network for Health Surveillance in Canadá. Canadá. 1999.

16. Silva Júnior JB. Epidemiologia em serviço: uma avaliação de desempenho do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. [Tese Doutorado] Campinas: Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas 2004.
17. BRASIL. Lei No 6.259, de 30 de outubro de 1975. Dispõe sobre a organização das ações de vigilância epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunização e estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças e dá outras providências. Diário Oficial da União, p.209, 31 out 1975. Seção1.
18. BRASIL. Decreto no 78.321, de 12 de agosto de 1976. Regulamenta a Lei 6.259, de 30 de outubro de 1975. Diário Oficial da União, p.155, 13 agosto de 1976. Seção 1.
19. Paim J, Teixeira MG. Reorganização do Sistema de Vigilância Epidemiológica na perspectiva do Sistema Único de Saúde (SUS). In: Anais do Seminário Nacional de Vigilância Epidemiológica 1993; Brasília:FNS, CENEPI; 1993.
20. BRASIL. Lei No 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Diário Oficial da União 20 de set. 1990. Seção 1.
21. Waldman EA. As concepções de vigilância como instrumento de saúde pública e a implantação do SUS. In: Anais do Seminário Nacional de Vigilância Epidemiológica 1993; Brasília:FNS, CENEPI; 1993.
22. Goldbaum M. Vigilância da Saúde. In: Anais do Seminário Nacional de Vigilância Epidemiológica 1993; Brasília:FNS, CENEPI; 1993.
23. Paim JS. A Reforma Sanitária e os modelos assistenciais. In: Rouquayrol M Z, organizador. Epidemiologia e saúde. 4ª ed . Rio de Janeiro: MEDSI; 1993 p. 455-466.
24. Vilasbôas AL. Vigilância à saúde e distritalização: a experiência de Pau da Lima. [Dissertação de Mestrado]. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia; 1998.
25. Waldman E A. Usos da vigilância e da monitorização em saúde pública. Informe Epidemiológico do SUS 1998; VII (3); 7-26.
26. Teixeira CF. 2001. O Futuro da Prevenção. Salvador: Editora Casa da Qualidade; 2001.
27. Paim J. S. Vigilância da Saúde: dos modelos assistenciais para a promoção da saúde. In: Czeresnia D, organizador. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003. p.161- 174.
28. Teixeira CF, Paim JS, Vilasboas AL. SUS, Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde. Informe Epidemiológico do SUS 1998; 7(2): 7-28.

29. Teixeira CF. Promoção e Vigilância da Saúde no SUS: desafios e perspectivas. In: Teixeira, CF, organizador. Promoção e Vigilância da Saúde. Salvador: Editora; 2002. p. 101-125.
30. Ayres RJ. Norma e formação: horizontes filosóficos para as práticas de avaliação no contexto da promoção da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* 2004; 9 (3): 583-592.
31. Aerts D, Alves GG, La Salvia MW, Abegg C. Promoção de saúde: a convergência entre as propostas da vigilância da saúde e da escola cidadã. *Cad. Saúde Pública* 2004; 20 (4): 1020-1028.
32. Mendes EV, Teixeira CF, Araújo EC, Cardoso MRL. Distritos Sanitários: conceitos-chave. In: Distrito Sanitário: O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO; 1993. p.159-185.
33. Mendes EV. O processo social de distritalização da saúde. In: Distrito Sanitário: O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO; 1993, p.93-158.
34. Mendes EV. A construção social da Vigilância à Saúde no distrito sanitário. In: A Vigilância à Saúde no distrito sanitário. Brasília, OPAS/OMS, Série desenvolvimento de serviços de saúde no10 1993; 10:7-19.
35. Drummond SJ. Epidemiologia nos Municípios: muito além das normas. São Paulo: Editora HUCITEC; 2003.
36. Monken M, Barcellos C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. *Cad. Saúde Pública* 2005; 21(3): 898-906.
37. Waldman EA. Vigilância em Saúde Pública. Volume 7/Eliseu Alves Waldman: colaboração de Tereza Etsuko da Costa Rosa. (Série Saúde & Cidadania) - São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 1998.
38. Sanches O. Princípios básicos de procedimentos estatísticos aplicados na análise de dados de vigilância em saúde pública: uma revisão. *Cad. Saúde Pública* 2000; 16(2): 317-333.
39. Bruyne P, Herman J, Schoutheete LM. Dinâmica da pesquisa em ciências sociais. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves Editora S.A; 1991.
40. Vieira-da-Silva LM, Hartz ZMA, Chaves SCL, Paim JS, Silva, GAP; Lopes, RM; Pacheco, F. Avaliação da descentralização da atenção à saúde na Bahia: relatório final. Centro Colaborador ISC/Ministério da Saúde. 2002.
41. Mendes Gonçalves R B. Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde São Paulo. São Paulo: HUCITEC; 1994.

42. Sala A, Nemes MIB, Cohen DD. Metodologia de avaliação do trabalho na atenção primária à saúde. *Cad. Saúde Pública* 1998; 14 (4): 741-751.
43. Wigle D, Mowat D. Health surveillance: changing needs, constant function. *Can J Public Health* 1999; 90(3): 149-151.
44. Chauvin P, Valleron AJ. Participation of French general practitioners in public health surveillance: a multidisciplinary approach. *J Epidemiol Community Health*. 1998; 52 Suppl 1: 2S-8S.
45. Moliner RB, Ochoa EG, Cañizares PF. Evaluación de la vigilancia en salud en algunas unidades de atención primaria en Cuba. *Rev Esp Salud Pública* 2001; 75: 443-458.
46. Fujii H, Takahashi H, Ohyama T, Hattori, K, Suzuki S. Evaluation of the School Health Surveillance System for Influenza, Tokio, 1999-2000. *Jpn J. Infect Dis* 2002; 55: 97-99.
47. Corcho DB. La vigilancia en salud. Elementos básicos que debe conocer el médico de familia. *Rev. Cubana Med Gen Integr* 2002; 18 (1): 76-81.
48. Meriwether RA. Blueprint for a National Public Health Surveillance System for the 21^o Century. *J Public Health Manag Pract* 1996; 2(4):16-23.
49. Desenclos JC. Surveillance of infectious disease: principles and organization in France in 2005. *Med Mal Infect* 2005; 35(5): 232-244.
50. Choi BC, Corber SJ, McQueen DV, Bonita R, Zevallos JC, Douglas KA et al. Enhancing regional capacity in chronic disease surveillance in the Americas. *Rev Panam Salud Publica* 2005; 17(2): 130-141.
51. Sepúlveda J, Lopes-Cervantes M, Frenk J, Gomes de Leon J, Lezana-Fernandez MA, Santos-Burgoa C. Aspectos Básicos de la vigilancia em salud publica para os anos noventa. *Salud Publica Mex* 1994; 36(1):70-82.
52. CDC. Updated Guidelines for Evaluating Public Health Surveillance Systems. *MMWR* 2001; 50(RR13): 1-35.
53. WHO. An Integrated Approach to Communicable Disease Surveillance. *Wkly Epidemiol Rec* 2000; 75 (1): 1-7.
54. Foldy SL. Linking better surveillance to better outcomes. *MMWR* 2004; 53(Suppl):12-17.
55. Fidler DP. Germs, governance, and global public health in the wake of SARS. *The Journal of Clinical Investigation* 2004; 113 (6): 799-804.
56. Hopkins RS. Design and operation of state and local infectious disease surveillance systems. *J Public Health Manag Pract* 2005; 11(3): 184-190.

57. McNabb SJN, Chungong S, Ryan M, Wuhib T, Nsubuga P, Alemu W, et al. Conceptual framework of public health surveillance and action and its application in health sector reform. *BMC Public Health* 2002; 2.
58. Nsubuga P, Eseko N, Wuhib T, Ndayimirije N, Chungong S, McNabb. 2002. Structure and performance of infectious disease surveillance and response, United Republic of Tanzania, 1998. *Bull World Health Organ* 2002; 80 (3):196-203.
59. Wetterhall SF, Pappaioanou M, Thacker SB, Eaker, E, Churchill RE. 1992. The role of public health surveillance: information for effective action en public health. *MMWR* 1992; 41:207-218.
60. Benavides FG, Segura A. La reconversión de la vigilancia epidemiológica em vigilância de salud pública. *Gaceta Sanitária* 1995, n. 46, v.9: 53:61.
61. Choi BCK, Pak AWP, Ottoson JM. Understanding the basic concepts of public health surveillance(Speaker's Corner). *J Epidemiol Community Health* 2002; 56(6): 402.
62. Mateo S, Regidor E. Sistemas de vigilância de la salud pública: no pidamos peras al olmo. *Gac Sanit* 2003; 17(4): 327-31.
63. Fernández RR, Iriarte JMO. Vigilancia en salud pública: más allá de las enfermedades transmisibles. *Gac Sanit* 2005; 19 (3): 181-3.
64. Cohen JM, Mosnier A, Valette M, Bensoussan JL, Van Der Werf S. General practice and surveillance: the example of influenza in France. *Medecine et maladies infectieuses* 2005; 35(5): 252-256.
65. Buckeridge DL, Burkon H, Campbell M, Hogan WR, Moore AW. Algorithms for rapid outbreak detection: a research synthesis. *Journal of biomedical informatics* 2005; 38(2): 99-113.
66. Hanrahan LP, Anderson HA, Busby B, Bekkedal M, Sieger T, Stephenson L, Knobloch L et al. Wisconsin's environmental public health tracking network: information systems design for childhood cancer surveillance. *Environ Health Perspect* 2004; 112(14):1434-9.
67. Weiss KB, Grant EN. The Chicago Asthma Surveillance initiative: a community-based approach to understanding asthma care. *Chest*. 1999; 115(4 Suppl 1): 141S-145S
68. Calzorali E, Garani G, Cocchi G, Magnani C, Rivieri F, Neville A et al. Congenital heart defects: 15 years of experience of the Emilia-Romagna Registry (Italy). *European Journal of Epidemiology* 2003; 18 (8): 773-780.
69. Sekhobo JP, Druschel CM. An evaluation of congenital malformations surveillance in New York State: An application of Centers for Disease Control and Prevention (CDC) guidelines for evaluating surveillance systems. *Public Health Reports* 2001; 116(4): 296-305.

70. Goldenberg JS, Escudero LC. Diseño y puesta en marcha de un sistema de vigilancia epidemiológica en salud mental. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am H Public Health* 2002; 11(2): 83-92.
71. Schnitzer PG, Slusher P, Van Tuinen M. Child maltreatment in Missouri – Combining data for public health surveillance. *American Journal of preventive medicine* 2004; 27(5): 379-384.
72. Ballester F, Sunyer J. Drinking water and gastrointestinal disease: need of better understanding and an improvement in public health surveillance. *J. Epidemiol Community Health* 2000; 54:3-5.
73. Ferguson EC, Maheswaran R, Daly M. Road-traffic pollution and asthma - using modelled exposure assessment for routine public health surveillance. *Int J Health Geogr.* 2004; 3(1): 24.
74. Backer LC, Niskar AS, Rubin C, Blindauer K, Christianson D, Naeher I, Rogers HS. Environmental public health surveillance: possible estuary-associated syndrome. *Environ Health Perspect* 2001; 109 Suppl 5:797-801.
75. Bowen HJ, Palmer SR, Fielder HM, Coleman G, Routledge PA, Fone DL. Community exposures to chemical incidents: development and evaluation of the first environmental public health surveillance system in Europe. *J Epidemiol Community Health* 2000; 54(11):870-3.
76. Pershagen G. Environmental public-health surveillance systems for chemical incidents. *Lancet* 2001; 357(9254): 411-412.
77. Gensini GF, Yacoub MH, Conti AA. The concept of quarantine in history: from plague to SARS. *Journal of Infection* 2004; 49: 257-261.
78. Council of State and Territorial Epidemiologists. National Assessment of Epidemiologic Capacity in Public Health: Findings and Recommendations. Available at <http://www.cste.org/pdffiles/ecacover1.pdf>.
79. Bravata DM, McDonald KM, Smith WM, Rydzak C, Szeto H, Buckeridge DL et al. 2004. Systematic review: surveillance systems for early detections of bioterrorism-related diseases. *Annals of Internal Medicine* 2004; 140 (11): 910-922.
80. Center Disease Control. Improving surveillance infrastructure for terrorism detection: the 8-Cities Project Resource Materials. 2005. Disponível em: <http://www.cdc.gov/epo/dphsi/8city.htm>. Acesso: 02/10/2005.
81. Henning KJ. Overview of syndromic surveillance. What is syndromic surveillance? *MMWR* 2004; 53 (Suppl):5-11.

82. Levy BS. Toward a Holistic Approach to Public Health Surveillance. *American Journal of Public Health*. 1966; 86 (5): 624-625.
83. Choi BCK. Perspectives on Epidemiologic Surveillance in the 21st Century. *Chronic Dis Can* 2000; 19(4): 145-51.
84. Castellanos PL. Sobre el concepto de salud-enfermedad. Descripción y explicación de la situación de salud. OPAS. *Boletín Epidemiológico* 1990; 10(4): 1-8.
85. Silva-Júnior JB, Gomes FBC, Cezário AC, Moura L. Doenças e agravos não transmissíveis: Bases epidemiológicas. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N, organizadores. *Epidemiologia e Saúde*. 6 ed. Rio de Janeiro, RJ:MEDSI; 2003 p. 289-312.
86. Paim J S. A reorganização das práticas de saúde em distritos sanitários. In: Mendes, E V, organizador. *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo-Rio de Janeiro, HUCITEC/ABRASCO; 1993. p.187-220.
87. Fairchild AL. Dealing with Humpty Dumpty: research, practice, and the ethics of public health surveillance. *L Law Med Ethics* 2003; 31 (4): 615-623.
88. Schraiber L B. Epidemiologia em serviços: uma tecnologia de que tipo? *Informe Epidemiológico do SUS* 1993; 3:5-32.
89. Paim JS. Por um planejamento das práticas de saúde. *Ciência &Saúde Coletiva* 1999. 4(2):243-248.
90. Rojas LI. Geografía y Salud em Cuba: tendencias y prioridades. *Rev Cubana Salud Pública* 200 1(4): 295-306.
91. Goldbaum M. Epidemiologia e serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública* 1996; 12, (suppl.2):95-98.
92. CDC. Prevention. Overview of PHIN (Public Health Information Network). Disponível em: <http://www.cdc.gov/phin/>. Acesso em 02/10/2005.
93. Barreto ML. Por uma epidemiologia da saúde coletiva. *Rev. Bras. Epidemiol.* 1998; 1(2): 104-122.
94. Czeresnia D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. *Cad. Saúde Pública* 1999; 15(4): 701-709.
95. Schraiber LB, Nemes MIB, Sala A, Peduzziv M, Castanheira ER, Kon R. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. *Ciência & Saúde Coletiva* 1999; 4 (2): 222-242.

96. Centers for Disease Control and Prevention. Progress in Improving State and Local Disease Surveillance – United States, 2000-2005. MMWR 2005; 54(33); 822-825.
97. BRASIL.Portaria no 1399, de 15 de dezembro de 1999. Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, estados, municípios e Distrito Federal, na área de Epidemiologia e Controle de Doenças, define a sistemática de financiamento e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, p.21, 16 dez, 1999. Seção 1.
98. BRASIL.Portaria no 1172, de 15 de junho de 2004. Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal, na área de Vigilância em Saúde, define a sistemática de financiamento e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, p.58, 17 junho. 2004. Seção 1.
99. Vieira da Silva LM. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde / Zulmira Maria de Araújo Hartz, Lígia Maria Vieira-da - Silva organizadoras. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005; p.15-39.
- 100.Hartz Z A. Avaliação dos Programas de Saúde: perspectivas teórico-metodológicas e políticas institucionais. Ciência & Saúde Coletiva 1999; 4(2):341-354.
- 101.Carvalho MS, Marzocchi KBF. Avaliação da prática de vigilância epidemiológica nos serviços públicos de saúde no Brasil. Rev. Saúde Pública 1992; 26 (2): 66-74.
- 102.Passos LMR. Assistir e vigiar: as ações da vigilância epidemiológica na unidade básica de saúde. Situação atual e perspectivas.[Tese de doutorado]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.Universidade de São Paulo. 2003.

Artigo 2

**A vigilância e a reorganização das práticas de saúde:
novos cenários, novas práticas?**

A vigilância e a reorganização das práticas de saúde: novos cenários, novas práticas?

Resumo

Com o objetivo de caracterizar os arranjos tecnológicos das práticas de vigilância em um município considerado como em grau avançado de descentralização da gestão da saúde, realizou-se um estudo de caso único com dois níveis de análise: a situação local e as práticas. No município estudado constatou-se ênfase na reorganização da assistência com avanços na estruturação, organização e implementação de ações de caráter coletivo, contudo, estas basicamente se deram a partir dos arranjos tecnológicos da vigilância epidemiológica e sanitária tradicionais. As prioridades do nível federal foram os objetos das práticas e as normas técnicas dos programas os meios de trabalho identificados. Intervenções que extrapolassem o uso de tecnologias médico-sanitárias foram implementadas de forma pontual. Estudos de experiências concretas, como a apresentada neste estudo, podem contribuir para a identificação de contextos organizacionais, político-gerenciais e históricos que facilitam ou obstaculizam mudanças nos modelos de atenção. Os determinantes das características da organização das práticas de vigilância em sistemas locais de saúde requerem investigações adicionais.

DESCRITORES: Vigilância em saúde; vigilância da saúde; reorganização das práticas de saúde; sistemas locais de saúde.

The surveillance and reorganization of the health practices: new scenarios, new practices?

Abstract

In order to characterize the technological arrangements of the surveillance practices being used in a municipality with an advanced degree of decentralization of its health system, this article presents a case study with two levels of analysis: the local situation and the health practices. The results revealed advances on the structure and organization of the health system. However, the surveillance practice was driven by technological arrangements of the epidemiological surveillance. The object of the practices was defined as federal level priorities by the public health surveillance system, and the procedures were defined as the technical rules of the program. Studies of concrete experiences, as the one presented in this article, can contribute to the identification of organizational, political and historical contexts that facilitate or hinder changes in the attention models. The determining elements of the surveillance practices organization in local health systems require additional investigation.

DESCRIPTORS: Surveillance; reorganization of health practices; local health systems.

A vigilância e a reorganização das práticas de saúde: novos cenários, novas práticas?

Al rematar la tarea percibo el significado de lo que he estado haciendo, que no es otra cosa que perseguir el sentido de tanto quehacer.

Mario Testa*

INTRODUÇÃO

A adequação da resposta do Estado às demandas e necessidades de saúde das populações, a partir de mudanças nas práticas de saúde, pode ser considerada como um dos projetos centrais da Reforma Sanitária Brasileira^{1 2 3}. A discussão sobre esse tema tomou como base o pressuposto de que os modelos de atenção são “*opções tecnológicas*” historicamente construídas⁴ como resultado da atuação das diversas forças sociais na organização dos serviços de saúde. Essas opções demonstrariam coerência com os propósitos, métodos e organizações presentes em uma dada sociedade e conjuntura⁵.

Nessa direção, a partir de um trabalho de integração docente-assistencial desenvolvido em um centro escola, foi formulada a proposta do modelo das ações programáticas em saúde¹, que com base em uma tecnologia do coletivo, informada pelo saber epidemiológico, buscava a integração das práticas sanitárias. No contexto de experiências de reorganização das práticas em distritos sanitários, foi elaborada a proposição da vigilância da saúde, combinação de técnicas e tecnologias para o enfrentamento de problemas em um dado território^{3 6}. Os possíveis modelos assistenciais, ao se realizarem em situações concretas, assumiriam formas distintas a depender da problemática de saúde local, da disponibilidade de recursos e das capacidades técnica, gerencial e política existentes⁷.

O processo da descentralização das ações e serviços de saúde, apesar de por si só não ser uma condição suficiente, foi considerado capaz de possibilitar espaços de experiência para a conformação de novas práticas^{7 8}.

Na primeira metade da década de 90, do século passado, a adoção de novos modelos de atenção no país ficou restrita a experiências municipais com apoio de grupos acadêmicos⁹. No

* Testa M. Saber em Saúde. A construção do conhecimento. Buenos Aires: Lugar Editorial S/A; 1997. p.22.

período, ocorreram mudanças significativas na configuração da gestão municipal do sistema de saúde e uma maior organização da área da assistência, provavelmente em decorrência da política de financiamento explicitada nas normas operacionais básicas que privilegiou a área de atenção individual^{10 11 12 13}. Posteriormente, foram adotadas medidas visando à indução de mudanças no modelo assistencial hegemônico entre elas a estratégia do Programa de Saúde da Família. A inclusão na agenda do tema da promoção da saúde e da proposta de município saudável também favoreceu a possibilidade de experiências de constituição, no nível municipal, de modelos alternativos ao hegemônico.

As investigações sobre as repercussões da descentralização, no entanto, têm priorizado a análise de aspectos relacionados com a gestão ou com as práticas de assistência individual. Tal fato pode ser reflexo do próprio processo de organização do sistema de saúde no país, uma vez que uma maior descentralização das ações de vigilância e controle de doenças só ocorreu com a mudança do perfil de financiamento a partir da portaria 950/1999 MS¹⁴.

No Brasil, poucos são os estudos publicados que tomam como objeto os efeitos da descentralização sobre a organização das práticas sanitárias de caráter coletivo. Estudos demonstram, no caso da vigilância sanitária, a pouca estruturação dos municípios para assumir as novas funções^{15 16 17}. Alguns dos resultados apresentados, no entanto, referem uma maior estruturação de serviços de vigilância sanitária e epidemiológica após a municipalização^{18 19 20}.

São relatados como fatores que obstaculizam a consolidação da área de vigilância nos sistemas municipais de saúde e possibilitam a descontinuidade das ações: a pouca estruturação das Secretarias Municipais; a alta rotatividade dos dirigentes da área em decorrência das indicações político-partidárias; a inexistência de equipes mínimas nos municípios; as relações temporárias de trabalho; o despreparo dos técnicos para análise das informações coletadas; a não integração das práticas de vigilância nas unidades de atenção básica; a falta de experiência em trabalho intersetorial^{10 21 22 23 24 25 26 27 28}. Em estudos localizados, identificou-se a configuração de práticas de vigilância com base na seleção de problemas a partir de uma territorialização e com proposta de intervenções intersetoriais como experiências pontuais^{29 30 31}. Em outros, mesmo quando os municípios assumiam esse modelo nos documentos ou nos discursos oficiais tal proposta não se encontrava em andamento^{32 33 34}.

Faz-se necessário, portanto, estudos de experiências concretas de organização das práticas de vigilância em sistemas locais de saúde, em especial em condições possíveis de produzir resultados favoráveis. O estudo de diversos casos exemplares é necessário tendo em vista a complexidade do problema bem como a necessidade de serem ampliadas as bases de evidências³⁵ visando identificar contextos organizacionais, político-gerenciais e históricos que facilitam ou obstaculizam mudanças nos modelos de atenção. Nessa direção, o objetivo do presente artigo é analisar as características das práticas de vigilância em um município do Estado da Bahia avaliado em estudo prévio como em grau avançado de descentralização da gestão da saúde³⁶.

METODOLOGIA

- **Desenho do estudo e seleção do caso**

Foi realizado um estudo de caso único com níveis de análise imbricados³⁷. O município selecionado pode ser caracterizado como um “caso típico” ou “representativo”³⁷ da possibilidade de organização das práticas em um contexto de descentralização real, não só formal, desde que assumiu no ano de 2000 a gestão do componente municipal do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica e Ambiental³⁸ e foi o único, entre cinco estudados, classificado em trabalho anterior³⁶ como em estágio “avançado” em relação à implantação da gestão descentralizada.

A população do município-caso* era superior a 200.000 habitantes, com percentuais de urbanização em torno de 86%, e uma população com renda insuficiente superior a 50%. Havia continuidade administrativa no que diz respeito à composição político-partidária presente no governo municipal nos últimos oito anos. O município assumiu a gestão Plena do Sistema em 1998. No ano de 2004, o gasto público total com saúde per capita foi de US\$ 95,49 e a cobertura do Programa de Saúde da Família (PSF) representava 63%.

- **Técnicas de coleta e fonte de dados**

Para a coleta de dados, ocorreram duas visitas ao município, uma no mês de outubro de 2004 e a outra em abril de 2005, com a utilização de análise documental (Plano Municipal de

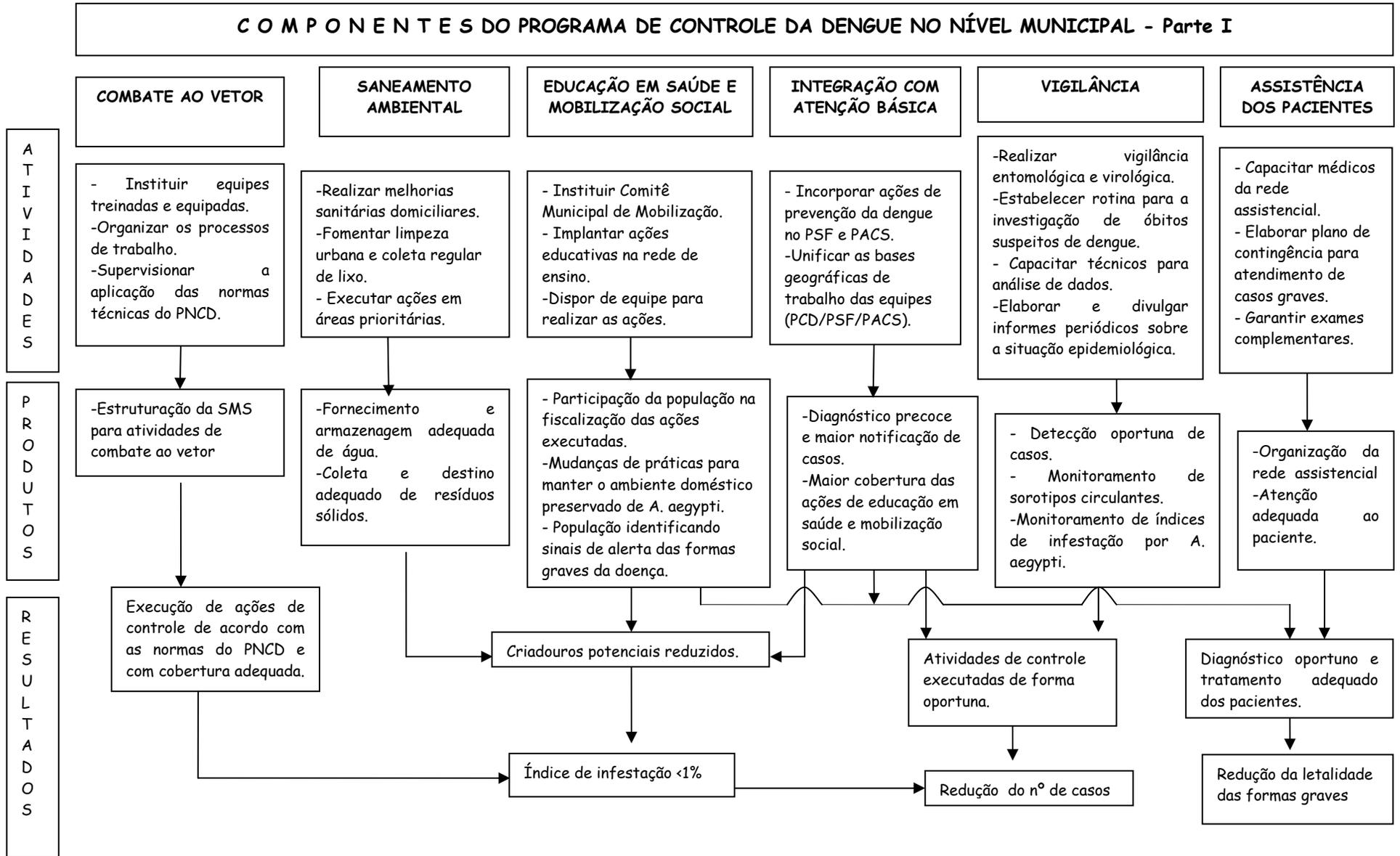
* Por razões éticas o nome do município foi omitido e os dados demográficos apresentados de forma aproximada.

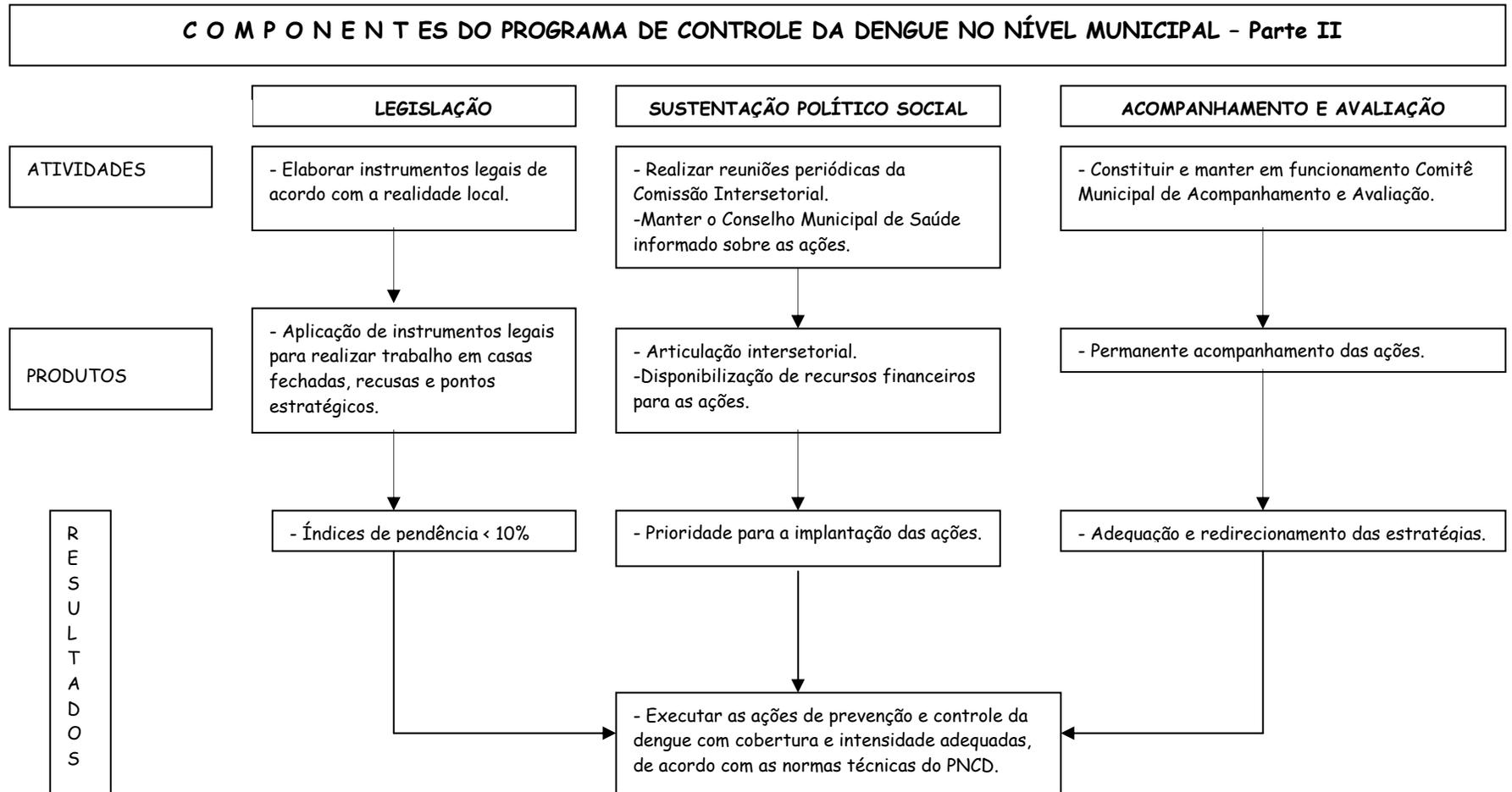
Saúde 2002 - 2005, Relatórios de Gestão 2000 a 2004, atas das reuniões do Conselho Municipal de Saúde entre janeiro de 2001 a outubro 2004), observação não sistemática (da rotina de trabalho dos componentes da equipe da Gerência de Vigilância Epidemiológica, do trabalho de campo do Programa de Controle da Dengue, de reunião do Conselho Municipal de Saúde e de plenária do Orçamento Participativo), além de entrevistas semi-estruturadas. No nível central da Secretaria Municipal de Saúde foram entrevistados o gestor, coordenadores e técnicos da equipe da Coordenação de Vigilância em Saúde, totalizando oito entrevistas. No nível local, a partir de indicação de informantes-chave do nível central, foram selecionadas três equipes de saúde consideradas como de bom desempenho e entrevistados componentes das mesmas. Para detectar possíveis variações na organização das práticas decorrentes da localização e de características da população usuária uma das unidades era da zona rural (equipe do Programa de Saúde da Família - PSF) e as duas outras da zona urbana, localizadas em bairros com condições de vida diferenciadas, uma situada em bairro central e de formato tradicional e outra na periferia da cidade com equipe do PSF. Entrevistaram-se três enfermeiros, dois médicos, três auxiliares de enfermagem e dois agentes comunitários de saúde. Ainda foram realizadas entrevistas com dois representantes do Conselho Municipal de Saúde e com três usuários da área de abrangência das unidades.

Para ampliar a análise das ações implantadas empregou-se dengue como uma condição traçadora³⁹. A seleção desse agravo ocorreu por sua estrutura epidemiológica e propostas de intervenção que permitiriam a análise de aspectos variados referentes às práticas de vigilância. A coleta dos dados tomou como base o modelo lógico do programa de controle proposto por Pimenta⁴⁰, adaptado pela autora (Figura). Foram entrevistados seis componentes da equipe do nível central do Programa de Controle da Dengue (PCD), dois gerentes do programa e quatro supervisores gerais, além de seis agentes das equipes de trabalho no campo.

O presente estudo foi apreciado pelo Comitê de Ética do Instituto de Saúde Coletiva, da Universidade Federal da Bahia, e obteve seu parecer favorável.

Figura - Modelo Lógico do Programa de Controle da Dengue no nível municipal*





* Fonte: Adaptado pela autora de Pimenta Júnior⁴⁰.

- **Processamento e análise dos dados**

A estratégia geral de análise baseou-se nas proposições teóricas que orientaram o estudo do caso e a técnica adotada foi a de comparação do material empírico com um padrão³⁷. Utilizou-se para o processamento e análise dos dados a matriz de tipos ideais de arranjos tecnológicos de práticas de vigilância em sistemas locais de saúde proposta por Silva*. Na seleção das dimensões das práticas de vigilância a autora tomou como referência estudos sobre a organização tecnológica das práticas de saúde^{41 42 43}.

Os seguintes tipos ideais foram sistematizados: *vigilância da saúde*, como um modo tecnológico de organização das práticas de saúde que propõe trabalhar por problemas selecionados para enfrentamento contínuo em um dado território, articulando ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação (controle de determinantes, riscos e danos); *vigilância em saúde pública*, componente municipal do sistema nacional de vigilância em saúde, com práticas organizadas para se obter informações e atuar para prevenir e controlar problemas priorizados pelo sistema (riscos e danos) ou recomendar ações de promoção da saúde; e *vigilância epidemiológica tradicional* que toma como objeto as doenças transmissíveis.

As seguintes dimensões, com respectivos critérios de análise, foram selecionados: *Agentes das práticas* - a) agentes responsabilizados pelas práticas de vigilância, b) atuação esperada dos diversos agentes em relação à posição no sistema de saúde; *Objeto de trabalho*: a) questões que o conjunto das atividades realizadas pelos agentes toma como relevantes; *Meios de trabalho*: a) tecnologias utilizadas, b) adequação dos instrumentos empregados aos objetos e objetivos propostos para o trabalho; *Produtos das práticas*: a) produtos esperados e resultados atribuíveis a essas práticas; b) *Ações/atividades implantadas*: ações de promoção da saúde, de vigilância de riscos e danos à saúde e de controle de riscos e danos; c) *Relações sociais*: relações técnicas e relações no trabalho. As relações sociais são consideradas essenciais para a compreensão das formas de organização dos processos de trabalho presentes em uma situação concreta, pois elas delimitam as possibilidades de conformação dos objetos e dos meios de trabalho que são social e historicamente construídos^{41 42}.

* A matriz de tipos ideais foi elaborada a partir de revisão da literatura e consta do primeiro artigo da presente tese: Silva, Gerluce Alves Pontes. Vigilância da saúde, vigilância em saúde, vigilância epidemiológica: arranjos tecnológicos em sistemas locais de saúde.

No processamento dos dados realizou-se uma análise temática do material coletado tendo como eixo as dimensões e critérios apresentados, a partir da elaboração de uma matriz com as evidências colhidas das entrevistas, dos documentos e dos relatos das observações registrados no diário de campo. A caracterização dos arranjos tecnológicos das práticas se deu a partir da comparação dos dados empíricos com os padrões propostos na matriz de tipos ideais referida.

RESULTADOS

O arranjo tecnológico das práticas de vigilância no município estudado pode ser classificado predominantemente como próximo ao “tipo ideal” da vigilância epidemiológica tradicional, com alguns aspectos relacionados ao modelo da vigilância em saúde pública. Encontrou-se o seguinte padrão (Quadro 1): as doenças transmissíveis priorizadas pelo sistema nacional de vigilância em saúde foram identificadas como objeto central das práticas; as normas técnicas dos programas federais constituíram-se nos instrumentos de trabalho; as ações implementadas foram também aquelas preconizadas pelos diversos programas. Observaram-se como avanços na direção da configuração de vigilância em saúde pública a ampliação do objeto com a introdução de componentes da vigilância da qualidade da água e a investigação de óbitos maternos e infantis, além da maior integração das equipes das unidades de saúde que passaram a realizar algumas atividades relacionadas a eventos sob vigilância (diagnóstico, notificação, investigação de casos, busca ativa, vacinação de rotina e em campanhas, bloqueio vacinal, quimioprofilaxia). No entanto, não foram incorporadas às rotinas de trabalho a análise e interpretação de dados com a disseminação de informações, a formulação de recomendações e a adoção de medidas de prevenção e controle de doenças/agravos, ou para promoção da saúde, adaptadas à situação local. Além do mais, detectou-se pouca capacidade da equipe da coordenação de vigilância à saúde para articular e/ou propor ações inovadoras relacionadas aos eventos sob vigilância junto a outras áreas da Secretaria Municipal de Saúde ou ao interior da administração municipal.

Considerou-se que no município não foi adotada a vigilância da saúde como um modo tecnológico para a organização das práticas de saúde. O planejamento e a programação local, a epidemiologia e outros saberes, como o da geografia crítica, não foram reconhecidos como meios de trabalho para a identificação dos problemas selecionados para enfrentamento contínuo no

Quadro 1 – Padrão do arranjo tecnológico das práticas de vigilância do município-caso

Dimensões	Critérios	Padrão do tipo empírico
Concepção sobre a vigilância	c) Finalidade das práticas de vigilância; d) Formas de organização das práticas de vigilância.	<ul style="list-style-type: none"> • Município como gestor do componente municipal do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, de acordo com a portaria 1.172, de 15/06/2004; • Vigilância compreendida predominantemente como informações, investigações e levantamentos necessários à programação das medidas de controle de doenças transmissíveis; • Adoção do modelo de programas especiais para as intervenções de prevenção e controle de algumas doenças sob vigilância (Ex: Dengue, tuberculose, hansen, Aids). • Utilização de ações programáticas de saúde em relação a eventos relacionados à saúde priorizados pelo nível federal (ex: hipertensão, diabetes).
Agente das práticas	a) Tipos de agentes envolvidos com a vigilância e posição no sistema de saúde.	<ul style="list-style-type: none"> • Equipe técnica específica (Gerência de Vigilância Epidemiológica) responsável pela coordenação das ações e execução de grande número das ações de vigilância em saúde pública, entre elas o controle de dengue através do Centro de Controle de Endemias; • Equipe de saúde da rede básica responsável pela execução de algumas das atividades relacionadas à vigilância de doenças transmissíveis (notificação, investigação de casos, bloqueio vacinal, vacinação de rotina e de campanha, quimioprofilaxia) além de práticas de educação em saúde; • Equipes de Centros de Referências responsáveis pelas ações de vigilância, prevenção e controle das doenças e acidentes relacionados com o trabalho, hansen, tuberculose e Aids; • Equipe técnica específica para execução das ações de vigilância sanitária; • Ações de vigilância da qualidade da água e de controle de animais peçonhentos realizadas por técnicos da vigilância sanitária; • Equipe específica de educação em saúde no Programa de Controle do Dengue.
Objeto de trabalho	a) Questões que o conjunto das atividades toma como relevantes para exercer sua intervenção.	<ul style="list-style-type: none"> • Equipe da Vigilância Epidemiológica: problemas de saúde selecionados como prioritários pelo nível federal do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (doenças transmissíveis, óbitos infantis e maternos); • Equipe da Vigilância Sanitária: controle de riscos relacionados a serviços, alimentos e medicamentos, redução de acidentes por animais peçonhentos, vigilância da qualidade da água.
Meios de trabalho	a) Tecnologias utilizadas no trabalho; b) Adequação dos instrumentos aos objetos e objetivos propostos para o trabalho.	<ul style="list-style-type: none"> • Instrumento básico de trabalho normas técnicas dos programas de controle de doenças transmissíveis elaboradas pelo nível federal; • Atenção individual como medida de controle de doença transmissível; • Planejamento e programação local em saúde (PPLS) não utilizado como ferramenta de trabalho; • Legislação específica em relação à vigilância sanitária.

Dimensões	Critérios	Padrão do tipo empírico
Atividades/ Ações implantadas	a) Ações de promoção da saúde.	<ul style="list-style-type: none"> • Implementação por parte da administração municipal de políticas públicas voltadas para a melhoria das condições de vida; • Não utilização da intersetorialidade como meio institucionalizado de articulação das políticas; • Inexistência de projetos de promoção da saúde estruturados coordenados pela Secretaria Municipal de Saúde.
	a) Vigilância de riscos à saúde; b) Vigilância de danos.	<ul style="list-style-type: none"> • Notifica, investiga e realiza busca ativa de doenças transmissíveis de notificação compulsória, surtos e agravos inusitados, conforme normatização federal e estadual; • Investiga casos notificados, surtos e óbitos por doenças sob vigilância; • Realiza busca ativa de doenças de notificação compulsória; • Realiza investigação de óbitos de mulheres em idade fértil; • Gerencia os sistemas de informação epidemiológica no âmbito municipal; • Realiza a vigilância de casos e o monitoramento da situação de infestação predial pelo <i>Aedes aegypti</i> em relação ao agravo dengue; • Analisa os indicadores referentes às doenças transmissíveis priorizados pelos níveis estadual ou federal.
	a) Controle de riscos; b) Controle de danos.	<ul style="list-style-type: none"> • Equipes das unidades da rede básica de saúde notificando doenças transmissíveis sob vigilância, realizando investigação de casos e adotando medidas de prevenção e de controle normatizadas, com o acompanhamento dos casos a partir de protocolos de atendimento, exceto nos casos de hansen, tuberculose e Aids que são conduzidos pelas equipes de Centros de Referência. • Realiza diagnóstico laboratorial para as doenças priorizados encaminhando para o Laboratório Estadual/LACEN só aqueles exames de competência do nível estadual; • Executa ações de controle de vetores com ênfase no uso de inseticidas; • Integração dos níveis de prevenção, controle e atendimento dos agravos dengue, hansen, tuberculose e Aids por meio de equipes específicas; • Implementa ações programáticas nas unidades de saúde para alguns dos problemas selecionados como prioritários (diabetes, hipertensão).
Produtos	a) Produtos esperados das práticas de vigilância.	<ul style="list-style-type: none"> • Não elaboração de informes para divulgação de informações sobre os eventos sob vigilância para a população, profissionais de saúde e conselhos de saúde; • Adoção de medidas de prevenção e/ou controle com redução da magnitude de doenças transmissíveis, de acordo com dados dos Relatórios de Gestão.
Relações sociais	a) Relações técnicas; b) Relações no trabalho.	<ul style="list-style-type: none"> • Poder normativo e de coordenação do nível federal em relação às definições sobre as práticas de vigilância; • Pouca capacidade da equipe da Gerência de Vigilância Epidemiológica para articular e/ou propor ações relacionadas aos eventos sob vigilância junto a outras áreas da Secretaria Municipal de Saúde ou ao interior da administração municipal.

território; apesar da implementação de políticas pela administração municipal com o objetivo de melhorar a qualidade de vida da população, a intersetorialidade, no período estudado, não foi um instrumento de articulação de políticas públicas; pouca ênfase foi dada a projetos centrados em práticas de promoção da saúde induzidos ou sob a coordenação da Secretaria Municipal de Saúde. O modelo adotado no sistema municipal de saúde foi centrado na organização da atenção médico-hospitalar, com ampliação do acesso, e na implementação, com competência, de medidas médico-sanitárias tradicionais da vigilância epidemiológica e vigilância sanitária.

Serão apresentados, a seguir, os dados empíricos cotejados com a matriz de tipos ideais para caracterização do padrão predominante das práticas de vigilância no município-caso.

Os agentes das práticas

Na Secretaria Municipal de Saúde existia uma Coordenação de Vigilância à Saúde onde se situavam as gerências de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária e de saúde mental. A equipe técnica dessa coordenação assumia a responsabilidade pelas ações entendidas como de vigilância e as demais coordenações no nível central da Secretaria eram identificadas como parceiras.

Ocorreu a descentralização de atividades (detecção, notificação, investigação de casos, bloqueio vacinal, quimioprofilaxia, ações de imunização) para as unidades básicas. Referiu-se a uma certa resistência dos profissionais locais no início do processo. Havia a compreensão de que as atividades descentralizadas não seriam inerentes às suas funções e nem fariam parte de suas atribuições, além de que a nova forma proposta para a organização dos processos de trabalho implicaria em uma sobrecarga de trabalho.

*Eu acredito que é um ponto positivo que ocorra a descentralização, porque você mais próximo tem condição de resolver melhor os problemas e priorizar. Mas eu acredito que hoje no contexto de Saúde da Família acaba que tudo está sendo descentralizado para aquela equipe. Com um número de famílias muito elevado a gente não consegue desenvolver todas essas prioridades. Porque no caso vem priorização de DST / Aids, priorização de pré-natal, priorização de (...). Então cada coordenador, na verdade, ele quer que você priorize o que eles têm a desenvolver, imunização, dengue. Para nós enquanto equipe já é uma gama muito alta que a gente trabalha, então às vezes a gente não consegue ter “pernas” para fazer tudo que cada coordenação coloca e às vezes quer descentralizar. (PSFU1)**

* Siglas utilizadas para identificação dos agentes: NC – Agente do nível central da Secretaria Municipal de Saúde.; PSFU – Agente da equipe do PSF zona urbana; PSFR – Agente da equipe do PSF da zona rural; UBS – Agente da unidade básica tradicional; CMS - Componente do Conselho Municipal de Saúde; DNC - Agente do PCD nível central; DNL – Agente do PCD nível local.

Nas unidades da zona urbana no geral eram os profissionais de enfermagem (enfermeiros e auxiliares de enfermagem) que assumiam as atividades de vigilância descentralizadas. Já na equipe do PSF da zona rural, diante da especificidade da forma de trabalho, não havia uma definição clara de atribuições em relação às atividades.

(Notificação e investigação de casos) Não tem assim uma pessoa na equipe, não tem uma pessoa responsável. (...) Quem tiver no povoado mais próximo aí vai até a casa investigar, conversar com o paciente. Depende de quem está onde. Como a equipe é itinerante, não tem um lugar fixo para ficar, é mais fácil assim. (PSFR4)

As ações de vigilância sanitária foram assumidas pela equipe do nível central que delegava, quando necessário, algumas tarefas para o nível local.

Quando precisamos, por exemplo, de um trabalho de um cadastro na zona rural nós utilizamos as equipes do PSF, sem nenhum problema a gente procura a coordenação da equipe, por exemplo. Não é necessariamente o profissional de vigilância. (NC5).

Havia por parte da coordenação da atenção básica um incentivo para as equipes atuarem na perspectiva da promoção, por meio de atividades que estimulassem uma maior participação da população nas decisões referentes ao cuidar da saúde. No cotidiano, contudo, as práticas pareceram variar a depender das características dos componentes das equipes e suas condições de trabalho. Considerou-se o número excessivo de famílias por equipe na zona urbana como um fator impeditivo para um trabalho de acordo com o preconizado nas diretrizes do programa.

(...) na zona urbana (...) era uma unidade assim... fora um pouco do PSF, porque eram muitas famílias, como é até hoje, e a demanda é muito grande, e a gente não conseguia fazer realmente o PSF, não podia trabalhar com a comunidade, a gente não tinha como fazer o grupo (...) não conseguiu montar o Conselho Local de Saúde, (...) e existia a resistência muito grande da comunidade pelo fato que a gente não ia até a comunidade para fazer o que realmente tem que ser feito no Programa Saúde da Família, a questão da prevenção. Aqui na zona rural não, (...) a gente trabalha realmente o Programa de Saúde da Família (PSFR5)

Ressalte-se, no entanto, que a administração municipal estimulava por diversos meios a participação da população, como a adoção da estratégia do orçamento participativo e a realização de eventos para a definição de prioridades referentes às políticas públicas (Congresso da Cidade, Conferências Municipais). No setor saúde essa participação ocorria efetivamente nos espaços formais de controle social (Conferências de Saúde, Conselho Municipal e Conselhos Locais).

O objeto das práticas

Na análise do Plano Municipal de Saúde 2002-2005, verificou-se a seleção de 15 problemas para intervenção prioritária que podem ser agrupados em três conjuntos: óbitos (mortalidade infantil por afecções originadas no período perinatal, mortalidade materna e mortalidade por doenças do aparelho circulatório, causas externas e neoplasias); doenças transmissíveis (doenças imunopreveníveis, tuberculose, hanseníase, dengue, doenças sexualmente transmissíveis, esquistossomose, teníase e cisticercose); doenças e agravos relacionados com a saúde do trabalhador, saúde mental, saúde bucal e acidentes por animais peçonhentos. Para o enfrentamento dos problemas foram estabelecidas como diretrizes: a) ampliação do acesso da população às ações e serviços de saúde individuais e coletivas; b) maior responsabilidade sanitária das equipes das unidades de saúde com a população de sua área de abrangência; c) realização de ações intersetoriais para o controle de determinantes de alguns dos problemas priorizados.

Essas diretrizes sinalizariam uma opção pela intervenção nos problemas de saúde a partir da articulação entre as ações de controle de danos, riscos e determinantes no território, como prevista no modelo da vigilância da saúde. Contudo, ao se fazer uma análise das atividades implantadas, com base nas informações dos Relatórios de Gestão, encontrou-se uma ênfase na ampliação do acesso, organização e qualidade da atenção individual, tanto na atenção básica como na assistência hospitalar. Ações previstas no Plano Municipal para o controle de determinantes de diversos problemas priorizados (dengue, esquistossomose, teníase, cisticercose, cárie dentária e acidentes por animais peçonhentos) não foram executadas. Quanto às relacionadas ao saneamento básico, referiu-se que desde a primeira gestão do governo foi elaborado um Plano de Saneamento Municipal, porém, a falta de recursos financeiros impediu a viabilização da proposta em sua totalidade. Também a ausência de uma maior articulação entre as ações de promoção, prevenção e atenção individual (controle de causas, controle de riscos e danos) ficou evidente nas falas dos entrevistados, mesmo para problemas prioritários, a exemplo da hipertensão e das causas externas.

A questão da hipertensão não é com a gente aqui, a hipertensão ficou com a atenção básica, ela é que trabalha porque é diretamente ligada a atenção à saúde. (NC6)

A questão da violência é uma questão estrutural que vai muito além do que a questão de saúde, a saúde só por si não vai resolver. Eu acredito que o município não tem nenhum movimento assim concreto, a não ser as políticas de educação, de saúde, de desenvolvimento social.(...) Eu acho que o município está fazendo o mínimo em cada política, de forma separada também, segmentada. O acesso à saúde, o acesso à educação que tem melhorado, acesso social, mas não sei se isso tem impacto no problema da violência, como um problema tão estrutural, tão profundo, que eu acho que não dá conta, tem que ser muito mais.(NC3)

Em relação à coordenação de vigilância à saúde, o conjunto das atividades exercidas por seus técnicos tomava como relevante para exercer sua intervenção as doenças de notificação compulsória, as doenças transmitidas por vetores, os óbitos infantis e maternos, riscos ambientais relacionados à qualidade da água para consumo humano e riscos vinculados à utilização de serviços e ao consumo de produtos de interesse sanitário (alimentos, medicamentos e agrotóxicos). Técnicos de equipes de saúde da família ampliavam o objeto do trabalho ao incluir como vigilância as atividades que realizavam em relação à prevenção do colo de útero ou o atendimento aos casos de hipertensão e diabetes.

Os meios de trabalho

Como instrumentos de trabalho foram mencionados os sistemas de informação, as fichas de notificação, as fichas de investigação, as planilhas de registro das atividades diárias, os equipamentos necessários para o desenvolvimento das atividades e, principalmente, as normas presentes nos manuais técnicos dos diversos programas e as recomendações emanadas através de notas técnicas elaboradas pelo Ministério da Saúde.

Vale ressaltar a ausência de referência sobre o saber epidemiológico como instrumento de trabalho na maior parte das falas. Mesmo quando reconhecida a sua importância para as práticas de vigilância, citou-se o trabalho com indicadores relacionados aos pactos efetuados entre os três níveis de governo. Pode-se afirmar que a lógica epidemiológica, quando presente, estaria incorporada às bases técnicas dos programas de controle e nas recomendações oriundas do nível federal, principais meios de trabalho para a equipe local como já referido.

(O saber utilizado) Basicamente deveria ser a epidemiologia (...), o conhecimento dos indicadores de cada doença, que a gente precisa ter e (...) de cada programa especificamente, os objetivos de cada um, para que a gente consiga alcançar o que eles propõem para a gente poder desenvolver o trabalho (...). Mas basicamente na vigilância é epidemiologia, que pode ser trabalho com indicadores, com coeficientes, com toda essa parte de taxa, de tudo. (NC6).

Embora realizadas de forma sistemática, as reuniões com as equipes não foram identificadas como meios de trabalho. Não foram apresentados instrumentos de planejamento elaborados pela equipe municipal e não houve referência ao planejamento e programação local (PPLS) como ferramenta de gerência do trabalho no território. A realização de oficinas de territorialização teria ocorrido no passado, quando da implantação das equipes, e a não continuidade das mesmas parecia estar relacionada ao conhecimento que os agentes já teriam da área trabalhada.

A gente fazia sim (...), a gente fez um levantamento de problemas, a gente dividiu por micro-áreas, a gente convidou a comunidade e trabalhou com ela vendo a parte da saúde, doença, como é que ela via essa parte. A gente viu também naquela área em relação à estrutura física, o que é que tem ali de agravo, que pode ser um agravo para saúde daquelas pessoas, em relação às doenças profissionais, casos de prostituição, se a gente tem parteiras naquela área, toda a estrutura epidemiológica e física daquela área, a gente fez um levantamento, quando a gente chegou lá (NC8).

Algumas equipes locais realizavam a identificação dos problemas nas áreas de trabalho em conjunto com a população, mas não ocorria o efetivo enfrentamento das causas determinantes quando a demanda era por atuação de outros setores da administração.

Agora no Conselho Local é diferente um pouco, porque eles muitas vezes insistem em demandar questões que estão até fora da competência da saúde. A gente encaminha ou convoca a Secretaria de outras áreas, mas isso às vezes mobiliza um pouco, porque quando não está na competência da saúde, que a gente não tem uma interferência, às vezes realmente não acontece, não é encaminhado e fragiliza um pouco o Conselho Local. Porque muitas vezes eles deliberam ou solicitam coisas muito amplas mesmo, como saneamento, que vai ter uma ligação ainda de governo estadual que às vezes, muitas vezes, a gente não tem como encaminhar, e quando encaminha não tem resposta mesmo. (CMS2)

A seleção de uma parte importante dos problemas a serem trabalhados pela vigilância foi dada a partir da indução por outros níveis de governo, principalmente através do instrumento da programação pactuada integrada (PPI).

(...) quando você faz um trabalho com a comunidade (...) havendo problemas prioritários para aquela comunidade e não é problema prioritário para o governo federal, estadual, municipal, então a gente termina trabalhando muito em cima do que é definido como meta que vem de cima, então os problemas prioritários são dengue, tuberculose, hanseníase. (NC2)

Nós trabalhamos com as duas hipóteses.(...) Nós fizemos a territorialização, a definição de problemas, isso desde o início do governo, foi em 98, foi feito uma dessas priorizações. Depois acho que foi em 2002 que fizemos de novo (...) cada PSF faz o seu, daí eles passam para a gente (...) problemas que estão direcionados para vigilância, quem vai atuar é a vigilância, e os outros problemas cada um na sua área. Então existe (...) as ações em cima dos problemas do estado ou até do Ministério, e os outros que são identificados na comunidade, no município. (NC6)

Ações implantadas

Ações de promoção da saúde

Políticas públicas visando à melhoria da qualidade de vida foram implementadas pela administração municipal e a saúde foi uma área prioritária. Não foram identificadas, contudo, intervenções mais estruturadas coordenadas pela Secretaria Municipal de Saúde que pudessem ser caracterizados como de promoção da saúde. A articulação entre as políticas públicas por meio de um trabalho intersetorial mais sistemático colocava-se como um projeto mais recente, do terceiro período de governo.

(...) a gente está tentando mudar esse aspecto, inclusive toda vez que a gente fala em uma ação a gente começa a citar logo as outras secretarias. E a gente já vem buscando isso não de forma como a gente sempre fez, de forma pontual, mas que as ações sejam feitas realmente de forma contínua, entendeu? Porque tinham ações pontuais com educação, com desenvolvimento, com serviços públicos, mas uma das propostas do governo atual é que o planejamento das secretarias seja feito em conjunto. No momento de planejar que junte secretaria de saúde, secretaria de desenvolvimento social, secretaria de educação e a gente pediu para acrescentar a secretaria de agricultura no nosso planejamento (NC2)

Na opinião dos entrevistados, a administração municipal nos últimos dois períodos de governo além da saúde priorizou a área de educação com ampliação do acesso, principalmente na zona rural do município. Os investimentos na área de infra-estrutura urbana, contudo, não foram suficientes para atender as necessidades historicamente acumuladas.

Ações de vigilância de riscos à saúde e de danos

A análise e interpretação dos dados obtidos a partir dos diversos sistemas de informação (Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan; Sistema de Mortalidade - SIM; Sistema de Informação Hospitalar - SIH; Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional -Sisvan)

só era feita anualmente, quando da elaboração do Relatório de Gestão, revelando uma compreensão burocrática acerca dessa atividade e não a sua incorporação como componente central do serviço de vigilância. A alegação, por parte dos entrevistados, da existência de múltiplos afazeres cotidianos como explicação para a ausência de análises mais sistemáticas pode refletir a ausência de planejamento ou a maior valorização das ações de prevenção e controle.

A equipe da vigilância epidemiológica era responsável pelo gerenciamento dos sistemas de informação de base epidemiológica (Sinan, SIM, Sinasc) e pelo Sisvan. Não foi referido o uso do Sistema de Informação Hospitalar e do Sistema de Informação da Atenção Básica para orientar as ações de vigilância. Essa equipe também realizava a investigação de óbitos em mulheres de idade fértil e coordenava a investigação de óbitos de menores de um ano realizada por técnicos das unidades de saúde. As informações coletadas em relação a esses óbitos ainda não estavam sendo adequadamente utilizadas para direcionar as ações de controle referente à mortalidade materna e no caso dos óbitos infantis só ocorria a investigação, sem análise e interpretação dos dados.

No município ainda não tinha sido integralmente implantada a vigilância da qualidade da água, com técnico lotado na gerência de vigilância sanitária ficando responsável pelo acompanhamento dos registros dos exames realizados pela empresa de abastecimento de água.

Em relação ao traçador dengue, utilizavam-se o Sinan e o sistema de informação do programa com os dados de presença do vetor (FAD) para o monitoramento da situação epidemiológica e entomológica. Não se encontravam implantadas a vigilância sorológica e a virológica (Quadro 2), desencadeando-se a realização de exames a partir do surgimento de casos.

Quadro 2 – Implantação das ações do Programa de Controle de Dengue no município-caso

COMPONENTES	ATIVIDADES/AÇÕES	IMPLANTAÇÃO			COMENTÁRIOS
		Sim	Não	Parcial	
COMBATE AO VETOR	Instituir equipes treinadas e adequadamente equipadas	X			Não eram realizadas seis visitas por imóvel/ano como preconizado nas normas técnicas por dificuldades inerentes à logística do trabalho (faltas não justificadas e licenças médicas dos agentes, recusas por parte dos moradores).
	Organizar os processos de trabalho	X			
	Supervisionar a aplicação das normas técnicas do PNCD			X	
SANEAMENTO AMBIENTAL	Realizar melhorias sanitárias domiciliares			X	O município implantou melhorias sanitárias domiciliares sem atender, contudo, as necessidades historicamente acumuladas. Há um aterro sanitário e coleta regular de lixo na zona urbana. Em áreas prioritárias são realizadas ações para diminuir o número de depósitos nos quintais ("mutirão do lixo").
	Fomentar limpeza urbana e coleta regular de lixo			X	
	Executar ações específicas em áreas prioritizadas a partir das informações epidemiológicas e entomológicas (drenagem, lixo, esgoto e água)			X	
EDUCAÇÃO EM SAÚDE E MOBILIZAÇÃO SOCIAL	Instituir Comitê Municipal de Mobilização	X			Projeto para incorporar dengue como tema transversal nas escolas estava em processo de implantação em articulação com a Secretaria estadual de saúde.
	Implantar ações educativas na rede de ensino		X		
	Disponibilizar equipe para realizar as ações de educação em saúde	X			
INTEGRAÇÃO COM ATENÇÃO BÁSICA	Incorporar ações de prevenção da dengue no PSF e PACS	X			Cada agente do PCD era responsável por um dado setor da cidade (zoneamento), porém não compatível com as bases geográficas das equipes do PSF e PACS.
	Unificar as bases geográficas de trabalho das equipes (PCD/PSF/PACS)		X		
VIGILÂNCIA	Realizar vigilância entomológica, sorológica e virológica			X	Não estavam estabelecidas rotinas para a vigilância sorológica e virológica. O monitoramento dos índices de infestação do <i>Aedes aegypti</i> direcionava a realização de ações de bloqueio. A elaboração de informes epidemiológicos encontrava-se em processo de implantação.
	Estabelecer rotina para a investigação de óbitos suspeitos de dengue	X			
	Elaborar e divulgar informes periódicos sobre a situação epidemiológica		X		
ASSISTÊNCIA DOS PACIENTES	Capacitar médicos da rede assistencial	X			Não estava disponível um Plano de Contingência. No entanto, a organização dos serviços de saúde permite que em situação de epidemia sejam estabelecidas as condições para o atendimento adequado dos casos e regulação da disponibilidade de leitos.
	Elaborar plano de contingência para atendimento de casos graves		X		
	Garantir a realização de exames complementares	X			
LEGISLAÇÃO	Elaborar instrumentos legais de acordo com a realidade local	X			-
SUSTENTAÇÃO POLÍTICO SOCIAL	Realizar reuniões periódicas da Comissão Intersetorial		X		O PCD foi apresentado ao Conselho Municipal de Saúde, mas não ocorria informes sistemáticos. Há programação conjunta de ações com outras secretarias para execução de ações articuladas, contudo sem a implantação da Comissão Intersetorial.
	Manter o Conselho Municipal de Saúde informado sobre as ações		X		
ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO	Constituir e manter em funcionamento Comitê Municipal de Acompanhamento e Avaliação		X		-

- *Ações de controle de riscos e danos*

As ações de controle de risco identificadas eram da responsabilidade da Coordenação de Vigilância à Saúde: controle de riscos relacionados a serviços, alimentos e medicamentos e de riscos biológicos visando à redução de acidentes por animais peçonhentos da responsabilidade da equipe de Vigilância Sanitária; as ações do programa de imunização eram vinculadas à Gerência de Vigilância Epidemiológica, como também as de controle de vetores da responsabilidade da equipe do Centro de Controle de Endemias.

Em relação aos problemas priorizados no Plano Municipal de Saúde, as ações de controle de danos encontravam-se fragmentadas entre diversas coordenações, articulando-se medidas de prevenção com ações de atendimento aos casos. Ficavam na responsabilidade das equipes das unidades básicas, com assessoria da Coordenação da Atenção Básica: pré-natal de baixo risco, controle de câncer cérvico-uterino, exames de prevenção para câncer de boca, ações de prevenção e cura para a cárie dentária, tratamento e acompanhamento de casos de diabetes e hipertensão. Já a Coordenação de Assistência à Saúde assumia a implementação do pré-natal de alto risco, atenção aos portadores de neoplasias, ampliação da oferta de exames e atendimentos especializados para portadores de hipertensão arterial e diabetes, melhoria da atenção ao parto e aos recém nascidos com risco (disponibilidade de seis leitos em unidade de terapia intensiva neonatal). Vale ressaltar o trabalho realizado pelos diversos Centros de Referência: a articulação de ações de prevenção e atenção individual para doenças relacionadas ao trabalho (Centro de Atenção à Saúde do Trabalhador); a continuidade do tratamento das cáries dentárias (Centro Especializado em Odontologia); ações de prevenção e acompanhamento de dependências químicas (Centro de Estudos e Atenção às Dependências Químicas - CAPS-Ad); o Centro de Referência em DST/AIDS, responsável pelas ações de prevenção, tratamento e acompanhamento dos casos.

A equipe do Centro de Referência de Dermatologia e Pneumologia Sanitária continuava a ser responsável pelas atividades de tratamento e acompanhamentos dos casos de tuberculose e hansen, apesar das recomendações do Ministério da Saúde de descentralizar tais atividades para as unidades. Vários eventos foram realizados no município com essa finalidade, mas os profissionais, tanto do Centro de Referência como das unidades, resistiram à mudança no modo

de atuar com o uso dos argumentos da qualidade do trabalho realizado e da sobrecarga de atividades nas unidades.

Na elaboração de propostas identificou-se a busca por integração das ações de prevenção, controle e recuperação para enfrentamento dos problemas de saúde priorizados. Um dos obstáculos para a implementação de projetos mais integrados, no entender dos técnicos, estaria na dificuldade da adoção de intervenções que extrapolassem a competência da Secretaria Municipal de Saúde ou exigissem um aporte maior de recursos, inclusive por parte de instituições de outros níveis de governo.

Primeiro, aqui na vigilância, a gente identifica o problema e vê algumas estratégias, o que a gente pode fazer, daí a gente abre para a atenção básica e a gente abriu também a discussão com endemias, que é quem vai estar o tempo todo ligado, (...) e com a atenção especializada (...) além da vigilância sanitária que nós vamos trabalhar também. Então assim, vai depender da abrangência do agravo, da intervenção. Por exemplo, esquistossomose vai ter que trabalhar com todas essas áreas. Eu vou trabalhar com a atenção básica (...) porque é (...) quem vai estar executando o plano, com a atenção especializada, é quem vai assistir esses pacientes, não só as formas graves como aqueles que vão estar indo para exames específicos que não têm na atenção básica. Vigilância Sanitária vai trabalhar junto com a gente na parte de controle da água, da qualidade da água (...), laboratório que é onde nós vamos trabalhar com amostras de fezes, a gente vai estar coletando e passando para eles e eles vão dar o resultado, e a própria vigilância em si, que é que vai estar coordenando esse trabalho das ações, como fazer, analisando os dados, fazendo prevalência, tudo isso, dessas enteroparasitoses(...) Agora nós, nesse projeto de esquistossomose, nós vamos trabalhar também com um inquérito sanitário, nós vamos fazer também um inquérito sanitário para quando nós tivermos essa parte do inquérito epidemiológico de esquistossomose a gente poder fazer, pedir as melhorias sanitárias, que na FUNASA a gente só vai poder pedir se a gente tiver esses dados. (NC6)

Em relação ao traçador utilizado no estudo, o município tem um Programa de Controle da Dengue (PCD) estruturado. Das ações previstas (Quadro 2) observou-se a implantação daquelas mais presentes na tradição do programa, como o controle químico do vetor e as ações de educação em saúde. Ações que sinalizariam um trabalho mais integrado com as unidades básicas e outros setores da administração eram ainda incipientes.

O atendimento, acompanhamento e investigação de casos de dengue faziam parte da rotina das equipes das unidades. No entanto, apesar das capacitações e da introdução do conteúdo dengue nas atividades realizadas pelos agentes comunitários, não havia uma integração real das atividades de prevenção. Prevalcia o entendimento da natureza diferente do trabalho realizado pelos componentes das duas equipes (PCD e PSF) com uma divisão clara de responsabilidades. Os agentes comunitários de saúde colocavam-se mais como parceiros no processo.

*A gente faz o serviço de **auxiliar** o pessoal da dengue em algumas casas (...) que a gente tem oportunidade de adentrar até o quintal, porque o serviço da gente é diferente do da dengue. (PSFU3)*

Quanto ao trabalho de saneamento ambiental, não foram referidos projetos de melhoria do fornecimento e armazenagem adequada de água que tivessem o controle de dengue como finalidade, exceto pela distribuição de tampas e capas para reservatórios enviadas pelo governo federal. Havia projetos de “mutirão de limpeza” sistemáticos que, contudo, não atendiam a finalidade de mobilizar a comunidade para manter os ambientes livres de potenciais criadouros dos vetores. Além do mais, apesar do município tomar medidas para fomentar o destino adequado do lixo com a implantação de um aterro sanitário, na zona rural o lixo coletado nas moradias em grande parte era colocado em “lixão”. Foram referidas dificuldades do setor responsável para solucionar o problema.

Nesse trabalho que a gente faz de prevenção, algumas ações a gente sabe até o que fazer mais não tem recursos suficientes. Por exemplo, o grande problema na zona rural é o abastecimento de água que não é regular, mas a gente não tem como estar resolvendo esse problema, é muito difícil essa articulação. Por exemplo, (A Secretária de) Assuntos Distritais, toda vez que eu converso com o Secretário dos Assuntos Distritais sobre a coleta de lixo da zona rural a gente fala: “faz os mutirões, tira aqueles criadouros do fundo das casa das pessoas, que a gente distribuiu saco de lixo, mas o lixão, digamos assim, desses distritos é muito próximo das casas, então a gente joga aquele lixo, ele não é compactado, ele não é enterrado”, então eu falo que a gente só transfere o problema dos fundos da casa e concentra em outro local, e então na verdade a gente não consegue isso, isso dá uma agonia na gente por não conseguir resolver. Eu sei que não é da nossa competência, é da competência dos assuntos distritais, mas eles lá também passam pelas dificuldades deles. Como C (é) um município que tem zona rural muito grande, muito intensa, a gente tem 254 povoados, então a ação da Secretaria de Assuntos Distritais sobre esse número grande de povoados é muito difícil também, então a gente reconhece as limitações, nossas e deles também.(...) A gente vem conversando e tentando, na medida do possível, tentando resolver essa problemática, mais é difícil, não é muito fácil não. (DNC1)

Observou-se, no entanto, uma maior integração entre as atividades de vigilância, controle e atenção aos casos de dengue, diferentemente da situação presente antes da descentralização das ações do PCD quando era bem nítida a divisão entre a vigilância da doença de responsabilidade da Secretaria Estadual de Saúde e o controle de vetores da competência da Fundação Nacional de Saúde ¹¹.

Os produtos do trabalho

Relatórios disponibilizando informações e análises sobre os eventos relacionados à saúde seriam produtos esperados do trabalho da vigilância, entre eles os chamados boletins epidemiológicos. A ampla divulgação dos mesmos para a população e profissionais da saúde e de

setores relacionados permitiria uma compreensão mais adequada dos problemas locais, agilização na adoção de medidas de prevenção e controle pertinentes ou a avaliação das mesmas, ou ainda possibilitariam uma participação mais efetiva dos usuários como sujeitos da ação em saúde⁴⁴. No município estudado, esse foi um aspecto do trabalho reconhecido como problemático e a ser aprimorado pela equipe da gerência de vigilância epidemiológica.

(...) a única coisa que a gente precisa avançar é na questão do feedback, de estar passando essas informações do que a gente faz, do que é realizado, não só para as equipes, mas para toda rede de informação, que é passado para gente. Porque nós fazemos isso, mas fazemos no final do ano. Então eu acho que hoje a gente precisa estar mostrando isso com mais frequência, estar dando essas informações do que é feito, do que é realizado, das informações do município através de análises bimestrais que a gente não faz, está para ser feito(NC6)

Nos Relatórios de Gestão constavam resultados atribuídos às intervenções sobre problemas de saúde no município, entre eles: redução do coeficiente de mortalidade infantil na série histórica de 1996 a 2004, de 29,0/1000nv para 20,0/1000nv, com redução da mortalidade neonatal no último ano (11,4/1000nv); coberturas vacinais acima do preconizado pelo Ministério da Saúde com redução da morbimortalidade por doenças imunopreveníveis; redução da desnutrição infantil; além de índices de infestação global por *Aedes aegypti* abaixo de 1%, apesar de índices superiores em localidades da zona rural.

As relações sociais e técnicas

Para o desenvolvimento dos trabalhos relacionados às práticas de vigilância entre as equipes técnicas do nível central, e destas com as equipes do nível local, foram referidos pelos entrevistados o estabelecimento de acordos sobre a organização do trabalho através de meios mais estruturados, como reuniões e supervisões, ou a partir de conversas informais. No entanto, a incorporação de atividades de vigilância no cotidiano do trabalho das equipes da atenção básica era ainda percebida, como já referido, como um trabalho extra a ser realizado.

Mas (risos) quem vai dar conta? Ai que está, quem vai fazer este trabalho?(...) Mas passando, o que fazer (risos. (PSFU2)

Havia uma condução clara dos trabalhos a partir da Coordenação de Vigilância à Saúde do nível central, com as demais coordenações técnicas atuando como parceiras. No geral, os

entrevistados fizeram referência a uma relação amistosa e de respeito no ambiente de trabalho. Os relatos de momentos de maior conflito, da falta de uma maior integração no trabalho, foram relacionados a características pessoais de alguns indivíduos.

Especificamente no caso do Programa de Controle da Dengue, observou-se estrutura semelhante a presente antes do processo de descentralização, quando esse programa era executado pelo governo federal, com uma divisão clara do trabalho entre quem planeja, supervisiona e faz. Apesar de se trabalhar desde a municipalização com uma proposta de relações mais democráticas e de mais respeito entre os diversos agentes da equipe, permaneciam na memória coletiva as situações de relações autoritárias entre os diversos níveis da hierarquia vivenciadas em outros tempos.

(...) tem aquela questão da hierarquia, que muitos supervisores acham que o supervisor geral está muito além dele e que pode ser assim um algoz, um carrasco, mas essa imagem ela foi passada desde o início do programa (de controle da dengue) onde eram supervisores não do município, mas da DIRES (...) então é um negócio meio que histórico, mas está melhorando bastante essa relação.(DNC5)

(...) o agente ainda não se sente à vontade para chegar até o supervisor, porque foi feita, foi criada uma imagem assim... eu não sei se de terror, se seria a palavra certa, mas uma imagem muito negativa do supervisor(...) há uns 4 meses atrás eu pensava dessa forma também, mas depois que eu passei a estar à frente da Associação (...) já não vejo mais essa imagem (...)Eu acho que é mais um mito que foi criado, mas na realidade não existe. (DNL6)

No caso das relações intergovernamentais, apontava-se uma certa tensão na relação com a equipe da Diretoria Regional de Saúde como decorrência do esvaziamento da capacidade técnica das instâncias regionais da Secretaria Estadual de Saúde (SES) no processo de organização do SUS no estado. Apesar dos encontros políticos, havia um trabalho mais integrado entre as equipes técnicas municipal e do nível central da SES, provavelmente pela postura propositiva da equipe municipal para solucionar os problemas de sua competência. Quanto às relações com o Ministério da Saúde, o grande poder normativo e de coordenação do nível federal ficou evidente quando se verificou que a condução de grande parte do trabalho realizado pelas equipes da Coordenação de Vigilância à Saúde visava ao atendimento a prioridades estabelecidas naquele nível. Por outro lado, a capacidade do Município-caso de estruturar novos serviços levava o Ministério da Saúde a indicá-lo para implementação de projetos diversos, sendo um exemplo recente a implantação do Centro de Referência de Hepatites.

Vale registrar as dificuldades relatadas por agentes das práticas na sua relação com usuários com nível mais elevado de instrução, maior poder aquisitivo e moradores de bairros com melhores condições de vida.

Agora é que aqui a gente fica na parte mais nobre da cidade então você pega muitos pacientes impaciente que não têm muito respeito ao funcionário, quer chegar e já tomar conta do setor. (...) São alguns nobres aqui da cidade. A gente aqui trata as pessoas por igual, independente de cor, de raça, de nível social, pelo menos eu trato as pessoas por igual, mas só que eles não vêem dessa forma. (UBS3)

Nos bairros nobres (...) têm várias pessoas que recebem, outros não recebem, recusam mesmo. Às vezes não recebem mesmo até (por ter) medo, muitos assaltos, muitas coisas, e têm outras que não recebem porque não gostam que o agente passe lá, principalmente as pessoas mais ricas não gostam de receber os agentes. (DNL5).

Observou-se uma homologia entre as posições assumidas pelos agentes das práticas na hierarquia do sistema de saúde e no espaço social. No entanto, as evidências empíricas reunidas não permitiram uma análise das relações sociais entendidas como relações de dominação/subordinação entre profissões e ou classes sociais. Estudos adicionais são necessários para a investigação dessa dimensão das relações.

DISCUSSÃO

No município estudado existia uma coordenação denominada de “vigilância à saúde” a qual estavam vinculadas as gerências de vigilância sanitária e vigilância epidemiológica, estrutura assumida por um grande número de secretarias estaduais e municipais em reformas administrativas desencadeadas na década de 90^{29 45}. A gerência de vigilância sanitária, além das atividades tradicionais, era responsável pela vigilância da qualidade da água, componente identificado como de vigilância ambiental, e pelas ações de controle de acidentes por animais peçonhentos. A gerência de vigilância epidemiológica tomava como objeto de trabalho central o controle das doenças transmissíveis, além de realizar investigações de óbitos maternos e infantis e gerenciar alguns dos sistemas de informação (Sinan, SIM, Sinasc, Sisvan). A rotina o trabalho em relação a esses sistemas centrava-se na alimentação dos bancos de dados. Não eram feitas análises sistemáticas, apenas para fins do relatório de gestão, e não eram elaborados relatórios com recomendações sobre a implantação ou para reorientação das intervenções. Essas

importantes atividades das práticas de vigilância também não seriam priorizadas em outros municípios^{22 25}.

Em muitos aspectos essas características aproximam-se do padrão da vigilância epidemiológica tradicional, presente na matriz de tipos ideais utilizada para comparação dos dados empíricos do estudo*. Contudo, existiam componentes possíveis de serem caracterizados como do padrão da vigilância em saúde pública. A gestão municipal investiu na organização das ações de vigilância, prevenção e controle, com incorporação de muitas das atividades na atenção básica, diferentemente do encontrado em outros municípios^{18 21 25}. Havia projeto de reorganização das práticas adotando-se ações intersetoriais como estratégia de atuação. Identificaram-se ações programáticas de saúde para o enfrentamento de problemas prioritários, entre eles a hipertensão e diabetes. Ações para que as equipes de saúde das unidades assumissem a responsabilidade pelas ações de tratamento e acompanhamento dos casos de tuberculose e hansen foram desencadeadas, contudo, como referido em outros estudos^{46 47 48}, dificuldades para a descentralização dessas ações, historicamente desenvolvidas no país através de programas especiais, estavam sendo vivenciadas. A incorporação incipiente no nível local de atividades do âmbito da vigilância pode estar relacionada ao número de equipes insuficiente para as demandas e conseqüente sobrecarga de ações cotidianas, principalmente as assistenciais, como identificado por outros autores³².

Os achados do presente estudo indicam que os objetos das práticas de vigilância no município-caso, no geral, eram definidos a partir das prioridades induzidas pelo nível federal, principalmente através do instrumento da Programação Pactuada Integrada de Vigilância em Saúde. A definição de prioridades em saúde a partir da tradição ou de imposições normativas também foi referida em outros municípios³². Vale ressaltar que os meios de trabalho fundamentais para a equipe municipal eram as normas técnicas elaboradas pela coordenação nacional do sistema de vigilância em saúde.

Mesmo quando havia decisão política local, o enfrentamento de problemas que exigia o controle de determinantes relacionados às condições de saneamento básico insatisfatórias pareceu ter a insuficiência de aporte de recursos financeiros como um constrangimento importante. Como exemplo, pode-se citar o controle das enteroparasitoses no município, um projeto antigo da equipe técnica, com perspectivas de implantação quando a proposta foi assumida como relevante

* A matriz de tipos ideais consta do primeiro artigo da presente tese.

pelo nível federal e se assegura uma fonte específica de financiamento. Pode-se citar, ainda, o caso do controle de dengue, problema priorizado pelo Ministério da Saúde e pelo município. A falta de uma fonte de recursos para investimento na área de saneamento implicou em um trabalho mais centrado no controle de vetores por meio do uso de produtos químicos, ou na adoção de medidas que podem ser consideradas paliativas, como a distribuição de capas e tampas para vedação de reservatórios.

Problemas de determinação social complexa e que só mais recentemente passaram a fazer parte da agenda do sistema de vigilância no nível federal apresentaram, no município, um enfrentamento muito incipiente. Referências foram feitas a um projeto de intervenção para a violência doméstica e a ações de educação em saúde realizadas pelas equipes do PSF com foco nos problemas priorizados hipertensão e diabetes. Por outro lado, as investigações de óbitos maternos e infantis não estavam vinculadas a projetos locais de intervenção mais estruturados, como já ocorre em outros municípios do país^{32 33}.

Apesar de presente nos discursos, podemos considerar que na estruturação do sistema local de saúde não foi adotada a lógica da vigilância da saúde como um modo tecnológico que propõe a seleção de problemas no território para enfrentá-los através da articulação de ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação. No município ocorreu uma ampliação do acesso aos serviços de saúde a partir da reorganização da atenção básica com a adoção da estratégia de saúde da família, da implantação de diversos serviços próprios e do estabelecimento de mecanismos de regulação para o acesso a níveis de maior complexidade no sistema. No entanto, o planejamento e a programação local em saúde (PPLS) e o saber epidemiológico não foram identificados como meios de trabalho prevalentes nas práticas de vigilância adotadas. Políticas públicas que visam à melhoria da qualidade de vida da população foram implementadas, porém não articuladas com as intervenções sanitárias e ainda insuficientes para atender às necessidades historicamente acumuladas. Até recentemente, a intersetorialidade não se apresentava como um instrumento de articulação de políticas públicas no território, o que se desenhava como perspectiva para o novo período de governo. Projetos com o objetivo de incentivar a participação popular e a ampliar a capacidade crítica dos munícipes estavam presentes. Não foram identificados, no entanto, programas conduzidos pela Secretaria de Saúde que pudessem ser caracterizados como de promoção da saúde, apesar do tema ser introduzido na agenda de reuniões do Conselho Municipal de Saúde pelo gestor.

O projeto para enfrentamento das enteroparasitoses, quando implantado em todos os seus componentes, poderia ser considerado como informado pela racionalidade do modelo da vigilância da saúde. No caso da mortalidade infantil foram pensadas ações de atendimento centrado no indivíduo ao interior dos diversos níveis de complexidade do sistema de saúde e, diante do número de óbitos neonatais prevalentes, inclusive a implantação de uma Unidade de Terapia Intensiva. Não se encontrava implantado, contudo, projeto estruturado que a partir dos resultados obtidos pela vigilância dos óbitos infantis desencadeasse a adoção de medidas de enfrentamento dos problemas detectados.

Outros autores referiram resultados semelhantes, com experiências localizadas de intervenções sobre problemas de saúde por meio de ações articuladas no território. Ao estudar as práticas de vigilância no distrito de Pau da Lima, na Bahia, Vilasbôas²⁹ identificou como prática de vigilância da saúde uma experiência restrita de enfrentamento da diarreia apoiada técnica e financeiramente por projeto externo. Ao pesquisar as formas de se fazer epidemiologia em cinco municípios selecionados, quatro deles considerados como exemplares no emprego da epidemiologia em serviço, Drumond³² verificou que a vigilância da saúde com base na territorialização não se encontrava em andamento nos municípios estudados, mesmo quando em alguns deles o modelo era incorporado nos documentos oficiais. Outros estudos fazem referência à implementação de políticas públicas próximas da promoção da saúde e do município saudável, no entanto, não planejada por questões sanitárias e não adotando a intersectorialidade como meio de articulação das mesmas³¹, ou a não institucionalização de práticas de planejamento e programação local nos sistemas municipais como ferramenta de organização das práticas de saúde no território^{31 36}.

Parece existir nas experiências municipais referidas, inclusive no caso do presente estudo, a presença no discurso do gestor e dos profissionais de uma concepção de vigilância que busca a análise da situação de saúde local e o controle de problemas relevantes na sua dimensão coletiva, contudo, as intervenções que extrapolam o mero uso de tecnologias médico-sanitárias são implementadas de forma pontual. Torna-se necessário investigar em casos concretos as razões das intenções e desejos presentes não encontrarem espaço de implementação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados da presente investigação indicam que no município estudado o ponto forte do projeto da saúde foi a reorganização da atenção individual, com a presença de avanços significativos e ampliação do acesso aos serviços. No entanto, apesar da estruturação, organização e implementação de ações de caráter coletivo, essas basicamente se deram a partir dos arranjos tecnológicos da vigilância epidemiológica e sanitária tradicionais. Algumas características na direção do modelo de vigilância em saúde pública puderam ser identificadas, entre elas a descentralização de atividades para as unidades básicas e a ampliação do objeto com a incorporação de outros eventos relacionados à saúde para além das doenças transmissíveis, tais como atividades visando à vigilância da qualidade da água e a investigação de óbitos maternos e infantis.

Como previsto na metodologia, no presente estudo não necessariamente foram identificados todos os elementos ou exclusivamente os elementos do padrão do tipo ideal considerado como predominante. Nas situações concretas os tipos ideais não estão presentes, e sim o produto do “*que fazer*” cotidiano oriundo de um processo de construção coletiva, em muito um legado de gerações anteriores.

Investigações adicionais são requeridas para análise dos determinantes das características da organização das práticas de vigilância. Os mecanismos de regulação de outros níveis de governo, o grau de autonomia dos agentes locais e suas características, as relações técnicas e sociais entre os dirigentes, profissionais, trabalhadores e população atendida são elementos que devem ser incorporados na análise em uma leitura que os vejam como histórica e socialmente construídos, do mesmo modo que as opções tecnológicas prevalentes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lima AMM, Sala A, Castanheira ERL, Ayres JRCM, Schraiber LB, Nemes MIB, Gonçalves RBM, Teixeira RR. Programação em saúde hoje. São Paulo: HUCITEC; 1990.
2. Merhy E E, Cecílio LLO, Nogueira R.C. Por um modelo tecno-assistencial da política de saúde em defesa da vida: contribuições para as conferências de saúde. Saúde em Debate 1991; 33: 83-89.
3. Paim JS. A Reforma Sanitária e os modelos assistenciais. In: Rouquayrol, M. Z, organizador. Epidemiologia e saúde. 4 ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 1993.p. 455-466.
4. Silva Jr. AA G. Modelos tecno-assistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva. [Tese doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 1996.
5. Paim JS. Políticas de Saúde no Brasil ou Recusando o Apartheid Sanitário. Ciência & Saúde Coletiva 1996; 1(1):18-20.
6. Mendes E V. A construção social da Vigilância à Saúde no distrito sanitário. In: Mendes EV, organizador. A Vigilância à Saúde no distrito sanitário. Série desenvolvimento de serviços de saúde n.10. Brasília: OPAS/OMS; 1993.p.7-19.
7. Teixeira C F. Modelos de atenção voltados para a qualidade, efetividade, equidade e necessidades prioritárias de saúde. In: Caderno da 11ª Conferência Nacional de Saúde, pp. 261-281, Brasília: Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde.
8. Hortale VA, Pedroza M, Rosa MLG. Operacionalizando as categorias acesso e descentralização na análise de sistemas de saúde. Cadernos de Saúde Pública 2000; 16(1): 231-239.
9. Paim JS. Vigilância da Saúde: dos modelos assistenciais para a promoção da saúde. In: Czeresnia D, organizadora. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p.161-174.
10. Schout D. Municipalização da vigilância epidemiológica: uma proposta em construção. Saúde Soc.1994; 3(1): 11-28.
11. Silva GAP. O SUS REAL: os sujeitos sociais na implementação da política de descentralização do controle de endemias. [Dissertação de Mestrado]. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia; 1997.
12. Levcovitz E, Lima L, Machado C. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. Ciência e Saúde Coletiva 2001; 6 (2): 269-291.

13. Lucchese P. A vigilância sanitária, segundo as normas operacionais básicas do Ministério da Saúde. In: S Rosenfeld (org). Fundamentos da vigilância sanitária. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2001. p.99-112.
14. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 950, de 23 de dezembro de 1999. Regulamenta a NOB/SUS 01/96. Diário Oficial da União, Brasília, p.58, 17 jun. 2004. Seção 1.
15. Piovesan MF, Padrão MVV, Dumont UM, Gondim GM, Flores O, Pedrosa JI et al. Vigilância Sanitária: uma proposta de análise dos contextos locais. Rev. Bras. Epidemiol 2005; 8(1): 83-95.
16. Cohen MM, Moura MLO, Tomazelli JG. Descentralização das ações de Vigilância Sanitária nos municípios em Gestão Plena, Estado do Rio de Janeiro. Rev. Bras. Epidemiol.2004; 7 (3): 290-301.
17. Juliano IA, Assis MMA. A vigilância sanitária em Feira de Santana no processo de descentralização da saúde (1998-2000). Ciênc. Saúde Coletiva 2004; 9 (2): 493-505.
18. Pontes RJS; Machado MMT; Pontes LRSK. Avaliação qualitativa do Sistema de Vigilância Epidemiológica do Ceará. Nota prévia. Informe Epidemiológico do SUS 2002; 11(3/4): 165-167.
19. Gonçalves ML, Almeida MCP, Gera SC. A municipalização da vacinação em Ribeirão Preto, Estado de São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública 1996; 12 (1): 79-87.
20. Cunha ICA, Solla JJSP. Implantação da vigilância sanitária em Vitória da Conquista, Bahia. Divul. Saúde Debate 2001; 25:28-36.
21. Villa TCS, Almeida MCP, Palha PF, Muniz JN, Gonzáles RIC, Pinto Neto JM et al. A prática na vigilância epidemiológica: entre o geral e o específico. Rev. Bras. Enferm 2002; 55(2): 169-173.
22. Cerqueira EM, Assis MMA, Villa TCS, Leite JA. Vigilância Epidemiológica no processo de municipalização do Sistema de Saúde em Feira de Santana-BA. Epidemiologia e Serviços de Saúde 2003; 12(4): 213-223.
23. Cotta RM, Muniz JN, Mendes FF, Cotta Filho JS. O município e a nova lógica institucional do setor saúde: uma análise empírica do cenário local. Saúde em Debate 1999; 23 (53): 54-62.
24. Dias JCP. Vigilância epidemiológica em doença de Chagas. Cad. Saúde Pública, 2000; 16 (suppl.2): 43-59.
25. Albuquerque M I N. A gestão da vigilância epidemiológica na identificação de situações epidêmicas em municípios de Pernambuco.[Dissertação de Mestrado] Recife: Universidade Federal de Pernambuco. 2000.

26. Rodrigues VM, Fracoli LA, de Oliveira MA. Possibilidades e limites do trabalho de vigilância epidemiológica no nível local em direção à vigilância à saúde. Rev. Esc. Enferm USP 2001; 35(4): 313-319.
27. Passos LMR. Assistir e vigiar: as ações da vigilância epidemiológica na unidade básica de saúde. Situação atual e perspectivas. [Tese de doutorado]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. 2003.
28. Freitas MB, Freitas CM. A vigilância da qualidade da água para consumo humano: desafios e perspectivas para o Sistema Único de Saúde. Ciênc. Saúde Coletiva 2005; 10(4): 993-1004.
29. Vilasbôas A. Vigilância à saúde e distritalização: a experiência de Pau da Lima. [Dissertação de Mestrado]. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. 1998.
30. Villa TCS, Palha PF, Muniz JN, Cardozo-Gonzales RI, Pinto Neto JM, Assis MMA. 2002a. A vigilância epidemiológica e a perspectiva de trabalho no território-Secretaria Municipal de Saúde-Ribeirão Preto. Rev. Latino-am Enfermagem 2002; 10(1):21-7.
31. Formigli VLA, Barbosa AMG, Itaparica ALM, Cavalcante EB, Farias TM. Práticas de saúde e modelos assistenciais no município de Pintadas, Bahia. Saúde em Debate 2004; 28(66):16-27.
32. Drummond SJ. Epidemiologia nos Municípios: muito além das normas. São Paulo: Editora HUCITEC. 2003.
33. Aerts DRGC, Alves GG, Flores R, Bósio M, Sangiovani JC. As práticas de vigilância em Porto Alegre: a história da Coordenadoria Geral de Vigilância da Saúde. Saúde em Debate 2004; 28(68): 265-272.
34. Carneiro AO, Costa I, Possídio LM, Campos MEL, Silva TPC. A vigilância à saúde como proposta de modelo assistencial que reorientou as ações de saúde no município de Juazeiro-BA, 2001-2004. Divulgação em Saúde para Debate 2005; 32: 46-52.
35. Chen HT. *Teory-driven evaluations*. Newbury Park: Sage Publications; 1990.
36. Vieira-da-Silva LM, Hartz ZMA, Chaves SCL, Paim JS, Silva GAP; Lopes, RM; Pacheco F. Avaliação da descentralização da atenção à saúde na Bahia: relatório final. Centro Colaborador ISC/Ministério da Saúde. 2002.
37. Yin R.K. Estudo de caso. Planejamento e Métodos. 3ed. Porto Alegre: Bookman. . 2005.
38. BRASIL. Portaria no 1399, de 15 de dezembro de 1999. Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, estados, municípios e Distrito Federal, na área de Epidemiologia e Controle de Doenças, define a sistemática de financiamento e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, p.21, 16 dez, 1999. Seção 1.

39. Kesnner DM, Kalk CE, Singer J. Assessing health quality. The case of tracers. *New England Journal of Medicine* 1973, 288(4): 189-193.
40. Pimenta Júnior FG. Desenvolvimento e validação de um instrumento para avaliar o Programa Nacional de Controle da Dengue no âmbito municipal. [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. 2005.
41. Mendes Gonçalves R B. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: CEFOR, 53p. (Cadernos Cefor- textos 1). 1992.
42. Mendes Gonçalves RB. Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde São Paulo. São Paulo: HUCITEC. 1994.
43. Sala A, Nemes MIB, Cohen DD. Metodologia de avaliação do trabalho na atenção primária à saúde. *Cad. Saúde Pública* 1998; 14 (4): 741-751.
44. Freitas CM. A Vigilância da saúde para a promoção da saúde. In: Czeresnia, Dina, organizadora. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003. p.141-159.
45. Silva Júnior JB. Epidemiologia em serviço: uma avaliação de desempenho do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. [Tese Doutorado]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. 2004.
46. Moreira TMA. Avaliação da descentralização das ações programáticas de hanseníase: um estudo de caso. [Tese Doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. 2002.
47. Muniz JN, Palha PF, Monroe AA, Gonzales RC, Netto AR, Villa TCS. A incorporação da busca ativa de sintomáticos respiratórios para o controle da tuberculose na prática do agente comunitário de saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2005; 10 (2): 315-321.
48. Yunes J, Bromberg R. Situação da rede pública de assistência médico-sanitária na área metropolitana da Grande São Paulo. *Rev. Saúde Pública* 2006; 40 (1): 20-33.

Artigo 3

Vigilância em sistemas locais de saúde: potencialidades e limites para a reorganização das práticas

Vigilância em sistemas locais de saúde: potencialidades e limites para a reorganização das práticas

Resumo

A partir de um estudo de caso, buscou-se identificar e analisar as potencialidades e limites à configuração de novos arranjos tecnológicos das práticas de vigilância em sistemas locais de saúde. No município estudado foram encontrados os arranjos tecnológicos tradicionais da vigilância epidemiológica e vigilância sanitária. Os obstáculos identificados para a reorganização das práticas estavam relacionados, por um lado, à estrutura da Secretaria Municipal de Saúde e ao *espaço de decisão formal* vigente no país referente ao financiamento, regras de gestão e normas de organização, *a história objetivada*; e, por outro, às disposições dos agentes das práticas, *a história incorporada*, ou seja, a permanência de disposições oriundas de uma história construída por todos aqueles que militaram com os seus saberes e fazeres no campo da saúde pública. Novos estudos serão necessários para confirmação e aprofundamento da análise das hipóteses formuladas, como ainda para identificar se a Reforma Sanitária Brasileira conformou uma nova correlação de forças e nova estrutura no campo da saúde coletiva, no nosso país, que permitam o surgimento de novas disposições e novos modos de atuar em uma escala mais ampla, e não só em experiências localizadas.

DESCRITORES: Vigilância, sistemas locais de saúde, reorganização das práticas, habitus, campo.

Surveillance in local health systems: potential and limits for the reorganization of practices

Abstract

This article presents a case study that identified and analyzed the determining elements of the surveillance practice organization in local health systems. Despite the favorable context, traditional practices were identified. The obstacles were found to be related, on one hand, to the structure of the Public Health Department and to the formal decision space rules in terms of financing, management and organization, which represent the *objectified history*. On the other hand, the obstacles were related to the disposition of the practice agents: the *incorporated history*. New studies are necessary to confirm and expand these hypotheses and to verify if the Brazilian Sanitary Reform established a new correlation of forces and a new structure in the public health field of the country, which may allow new dispositions and new practices to be developed, not only in localized instances but also in a larger scale.

DESCRIPTORS: Surveillance; local health systems; reorganization of health practices; habitus; field.

Vigilância em sistemas locais de saúde: potencialidades e limites para a reorganização das práticas

A experiência dos agentes está ligada ao mundo social por dois motivos: está socialmente condicionada e condiciona as práticas no sentido em que contribui para estruturá-las.

Louis Pinto*

INTRODUÇÃO

A possibilidade da criação de espaços de autonomia administrativa que viabilizem o aprendizado, a inovação, a participação popular e a adaptação dos serviços públicos às necessidades locais é a base das expectativas de resultados positivos da descentralização. Nos últimos anos esse pressuposto vem sendo questionado^{1 2 3}. A autonomia dos governos locais, por si só, não os tornaria responsáveis, comprometidos com as necessidades dos cidadãos e determinados a administrar com eficiência².

Entre os efeitos negativos de processos de descentralização são citados o aumento do número de decisões inadequadas, o aumento da desigualdade, a perda da economia de escala, a redução da eficiência e o endividamento das unidades sub-nacionais^{1 3 4 5}. Vários estudos sinalizam a diminuição do acesso às ações de saúde de caráter coletivo no contexto das reformas sanitárias que tomam a descentralização como eixo^{6 7 8 9 10 11}.

O desenho institucional dos sistemas nacionais² e fatores do contexto local, como o conteúdo dos programas das forças políticas-partidárias no poder, a capacidade de tomada de decisão dos gestores¹², além das características do governo municipal e das práticas de gestão desenvolvidas^{13 14} são referidos como possíveis fatores explicativos para os resultados alcançados. Autores identificam como fatores importantes a serem incorporados na análise a capacidade de governo no nível local¹⁵ e a apreensão de *como governa o Governo*¹⁶.

* Experiência vivida e exigência científica de objetividade. In: Iniciação a prática sociológica. Dominique Merllié et al. Petrópolis, RJ: Vozes, 1996. p. 40.

Ao propor o modelo do *espaço de decisão* para análise das contribuições da descentralização ao desempenho dos sistemas locais de saúde, Bossert¹⁷ considera que as características dos agentes do nível local influenciam a resposta dos mesmos aos mecanismos de controle e na busca por inovações. Entre essas características refere: as motivações e objetivos dos agentes, o papel e influência dos dirigentes locais e a capacidade dos agentes locais para inovar e implementar. Em um processo de descentralização, as possibilidades de escolha permitidas ao nível local são formalmente definidas por leis e mecanismos de regulação (*espaço de decisão formal*). Contudo, em parte, elas seriam estabelecidas nas lacunas das definições formais, o *espaço de decisão real* (ou informal). Haveria sempre uma área de tensão entre os níveis de governo com o espaço de negociação sendo influenciado pelas capacidades técnicas e políticas dos agentes.

No Brasil, no entender de Arretche², apesar das regras de operação do sistema serem pactuadas em instâncias colegiadas, as decisões mais importantes da política nacional de saúde estão concentradas no governo federal. O Ministério da Saúde dispõe de recursos institucionais de indução o que delimita a amplitude de opções dos governos locais. Para essa autora, uma questão que se coloca é a forma de condução do processo e os mecanismos empregados de regulação, entre eles as transferências financeiras específicas para a indução de programas e atividades. Um ponto central da discussão seria o dilema *da autonomia da gestão local versus implementação de políticas de escopo nacional*¹⁸.

Para compreensão do processo e a análise dos resultados alcançados pela gestão descentralizada os autores revisados sugerem a realização de estudos empíricos com a contextualização de cada situação nos seus aspectos sociais, culturais e políticos^{1 2 3}. Estudos de caso poderiam contribuir para esclarecer as relações entre os mecanismos de indução do governo federal, o controle gerencial e controle social e o papel dos agentes envolvidos no processo de gestão no desempenho de sistemas locais de saúde¹⁵. A inclusão da atuação dos agentes das práticas sanitárias nas análises ampliaria o conhecimento dos modos que se organizam as práticas e a influência dessa organização nos resultados alcançados.

Em relação às práticas de vigilância, a incorporação de inovações tem sido registrada de forma localizada¹⁹. Em contrapartida, vários estudos mostram a manutenção de arranjos tecnológicos tradicionais após o processo de municipalização^{20 21 22 23 24 25 26}.

Quais os determinantes/razões das resistências/dificuldades à incorporação de inovações na configuração das práticas de vigilância? Novos aportes teóricos são necessários para a resposta a essa questão, em última instância relacionada com as possibilidades das práticas serem reproduzidas ou, por outro lado, transformadas no contexto da Reforma Sanitária no Brasil. A teoria da prática proposta por Bourdieu²⁷, que considera o princípio da ação a cumplicidade entre dois estados do social *entre a história objetivada nas coisas, sob a forma de estruturas e mecanismos (os do espaço social ou dos campos), e a história encarnada nos corpos, sob a forma de habitus*, pode auxiliar na compreensão desse fenômeno.

Nessa perspectiva, para contribuir com a reflexão e o debate sobre as possibilidades de transformações das práticas de saúde realizou-se um estudo de caso em um município do Estado da Bahia, considerado como de grau avançado na gestão descentralizada. A investigação teve como objetivos identificar e analisar as potencialidades e limites à configuração de novos arranjos tecnológicos das práticas de vigilância em sistemas locais de saúde.

PRESSUPOSTOS TEÓRICOS

Pressuposto 1 - O desenho da política nacional de descentralização e as estratégias de indução, normatização e regulação das ações de vigilância explicam, em parte, as formas de organização das práticas de vigilância prevalentes nos sistemas locais de saúde.

Pressuposto 2 - As condições estruturais objetivadas na situação de trabalho e os *habitus* dos agentes seriam limites à incorporação de inovações na organização das práticas de vigilância.

METODOLOGIA

a) Desenho e procedimentos do estudo

Trata-se de um estudo de caso com níveis de análise imbricados²⁸. O município selecionado foi classificado em estudos anteriores como em estágio “avançado” em relação à implantação da gestão descentralizada¹⁴, porém com limitações na incorporação de propostas de reorganização das práticas de vigilância que foram classificadas como predominantemente de

vigilância epidemiológica tradicional*. A coleta de dados, realizada nos meses de outubro de 2004 e abril de 2005, ocorreu por meio de entrevistas semi-estruturadas, análise documental (Plano Municipal de Saúde 2002-2005, Relatórios de Gestão de 2000 a 2004, atas das reuniões do Conselho Municipal de Saúde de janeiro 2001 a outubro 2004) e observação não sistemática.

Do total de trinta e quatro entrevistas, sete foram realizadas no nível central da Secretaria Municipal de Saúde com o gestor, dirigentes e técnicos da equipe da Coordenação de Vigilância à Saúde. Por escolha intencional, a partir de indicação de informantes-chave de equipes com bom desempenho, foram realizadas dez entrevistas com agentes de equipes locais. Duas equipes pertenciam a unidades localizadas na zona urbana (uma de formato tradicional e outra unidade de saúde da família - PSF) e uma na zona rural (equipe do PSF). Foram entrevistados três enfermeiros, dois médicos, três auxiliares de enfermagem e dois agentes comunitários de saúde. Também foram realizadas entrevistas com dois representantes do Conselho Municipal de Saúde e com três usuários. O Programa de Controle da Dengue (PCD) foi adotado como traçador para aprofundamento da análise sobre as práticas²⁹, sendo entrevistados os seis componentes da equipe do nível central e seis agentes com atuação em equipes de trabalho no campo.

Termo de consentimento informado foi aprovado pelo Comitê de Ética do Instituto de Saúde Coletiva e apresentado aos sujeitos da pesquisa.

b) Modelo teórico*

Partiu-se do pressuposto de que os diversos arranjos tecnológicos das práticas de vigilância são construídos historicamente a partir da ação social de agentes em situações políticas, sociais e econômicas concretas que representariam a história objetivada nas coisas sob a forma de estruturas e mecanismos dos espaços sociais²⁷. Em um estado federativo como o Brasil, devem-se considerar espaços de poder distintos³⁰: o *espaço geral* referente à situação nacional, o *espaço particular* relacionado à situação estadual e o *espaço singular* do município em estudo. O espaço singular do município seria um campo de possibilidades no que diz respeito ao compromisso dos governos locais com as necessidades dos cidadãos e com o aperfeiçoamento da

* Ver segundo artigo da presente tese: Silva, Gerluce Alves Pontes da Silva. A vigilância e a reorganização das práticas de saúde: novos cenários, novas práticas?

* Em Apêndice B os elementos teóricos que embasaram a elaboração do modelo proposto.

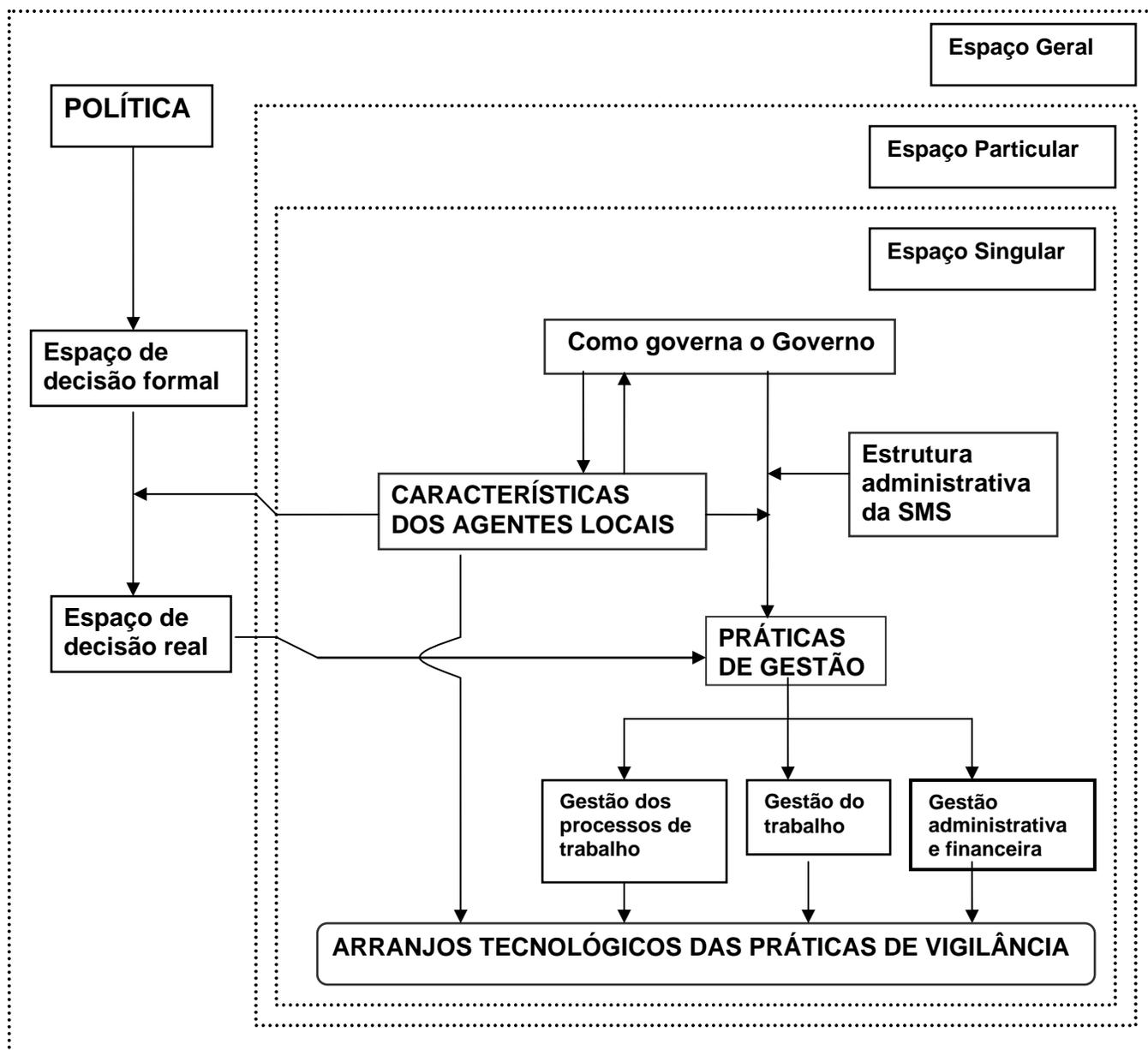
eficiência na gestão. A concretização dessa responsabilidade seria expressa nas formas de *como governa o Governo*¹⁶ e no grau de autonomia presente que influenciariam a implementação das políticas públicas e a opção por dados arranjos tecnológicos das práticas de vigilância. Haveria também a possibilidade de uma indução das práticas a partir de outros níveis de governo, por meio do desenho da política de descentralização e das estratégias de indução, normatização e regulação das ações de vigilância que delimitam o espaço de decisão formal¹⁷. As características dos agentes locais, reflexo da história incorporada nos corpos sob a forma de *habitus*³¹, influenciariam a conformação do espaço de decisão real e a resposta aos mecanismos de controle, além de condicionar as concepções, as tomadas de posição e as ações referentes aos arranjos tecnológicos das práticas de vigilância, objeto do estudo proposto. Entendendo-se que as práticas corresponderiam a uma relação entre o *habitus* dos agentes e a situação em que ele se atualiza²⁷, para melhor delimitar a situação de trabalho em que se executam as práticas de vigilância devem ser incorporadas na análise as práticas de gestão presentes no sistema municipal de saúde.

c) Plano de análise

A estratégia geral de análise dos dados empíricos tomou como base o modelo (figura) que buscou a solução teórica para a pergunta da investigação²⁸.

Em relação à **situação local**, buscou-se identificar de forma aproximada *como governa o governo* bem como as práticas de gestão presentes em relação às práticas de vigilância. No primeiro caso foram utilizadas as categorias do triângulo de governo de Matus³⁰. Dessa forma foram analisados: a) *o projeto de governo* - a partir da existência e conteúdo do projeto na área da saúde da administração municipal e da suficiência e coerência dos documentos propositivos em relação à vigilância; b) a *capacidade de governo* - com base na qualificação da equipe dirigente, nos métodos e técnicas de condução e na participação dos conselhos de saúde nos projetos de vigilância; b) a *governabilidade* - buscando-se informações a respeito do apoio ao

Figura – Modelo teórico para análise dos limites e potencialidades para a conformação das práticas de vigilância em sistemas locais de saúde



projeto de organização das ações de vigilância, a autonomia administrativa e financeira da SMS e a adequação dos recursos financeiros para o atendimento às demandas colocadas pelas práticas de vigilância. Em relação às práticas de gestão, foram analisadas três dimensões: a) *gestão dos processos de trabalho* - com a identificação de formas de coordenação do processo e dos espaços para a tomada de decisão, organização e acompanhamento dos processos de trabalho e as relações prevalentes no trabalho; b) *gestão do trabalho* - a partir das formas de contratação, condições salariais e política de capacitação; e c) *gestão administrativa* - com base na adequação do número de servidores e da estrutura disponibilizada para a execução das ações.

No nível de análise **características dos agentes das práticas** foram analisadas duas dimensões: as *trajetórias dos agentes*, constituídas pelas trajetórias social e profissional, como meio de aproximação das posições assumidas pelos agentes no campo da saúde coletiva e no espaço social; e as *concepções dos agentes* sobre temas relativos à saúde, como caminho para buscar relações entre as tomadas de posição dos agentes (opiniões, representações, juízos etc) e a posição ocupada e atuar como forma de aproximação/operacionalização do conceito de *habitus*³¹.

Os caminhos metodológicos assumidos para a caracterização dos **arranjos tecnológicos das práticas de vigilância** predominante no município foram apresentados em trabalho prévio* . A discussão sobre o **espaço de decisão formal**¹⁷, delimitado pelo desenho da política nacional de descentralização e as estratégias de indução, normatização e regulação das ações de vigilância, tomou como base revisão de literatura e análise documental.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A história objetivada e a transformação das práticas de vigilância: o espaço de decisão formal e a autonomia local

O pequeno grau de incorporação de inovações na organização das práticas de vigilância no município estudado, onde predominou o modelo da vigilância epidemiológica tradicional, pode ser explicado, em uma primeira aproximação, pelos limites do espaço de decisão formal no sentido de Bossert¹⁷. Os limites do referido espaço foram definidos pelas características do

* Ver a esse respeito o segundo artigo da presente tese: Silva, Gerluce Alves Pontes da Silva. A vigilância e a reorganização das práticas de saúde: novos cenários, novas práticas?

financiamento, regras de gestão do sistema e normas relacionadas à organização dos serviços estabelecidas por outros níveis de governo.

As formas de financiamento do sistema de saúde podem ser consideradas como um dos entraves para a concretização dos princípios do Sistema Único de Saúde. Além do aporte insuficiente de recursos³², prevalece um grande número de normas e portarias específicas para regulamentar o financiamento das diversas ações, cabendo aos estados e aos municípios, dentro de suas possibilidades, criar mecanismos para atendimento aos princípios da universalidade e da integralidade. A consolidação do processo de descentralização se deu a partir da Norma Operacional Básica (NOB) 01/93³³ com os critérios de repasse de recursos diretamente a estados e municípios enfatizando as ações assistenciais. Na NOB 1/96³⁴ previu-se que parte das ações de caráter coletivo deveria ser assegurada pelos recursos do Piso da Atenção Básica, e instituiu-se um financiamento específico para as ações de vigilância epidemiológica. Contudo, o repasse de recursos para as chamadas ações de epidemiologia e controle de doenças só foi efetivado através da portaria Nº 950/1999³⁵, de 23/12/1999. Pela primeira vez no país definiu-se um *per capita* diferenciado de acordo com o perfil epidemiológico e o custo das operações de prevenção e controle de doenças prevalentes em estratos de estados³⁶. A nova forma de financiamento criou potencial para uma ampliação da descentralização dessas ações no país. Até outubro de 2005, 5220 (93,8%) municípios já tinham assumido a responsabilidade pelas ações previstas no sistema nacional de vigilância em saúde*.

Apesar do aumento dos repasses realizados fundo a fundo ser um avanço, a vinculação dos mesmos de acordo com o setor do Ministério da Saúde que os descentraliza^{37 38} se, por um lado, estimula a implementação de políticas de escopo nacional, por outro, pode resultar em modelos de atenção inadequados às heterogeneidades locais, sem equilíbrio adequado entre as ações de promoção, prevenção e tratamento das doenças e agravos. Para superar a lógica dominante, a XIIª Conferência Nacional de Saúde propôs a diminuição progressiva das vinculações prévias de utilização para os repasses realizados³⁹. O receio de que recursos alocados de forma global sejam direcionados prioritariamente para a área assistencial, contudo, faz prevalecer os aportes específicos.

No Brasil, muitas das questões referentes à gestão do sistema de saúde já estão definidas na legislação básica e, apesar dos espaços colegiados, um grande número de decisões estão

concentradas no governo federal, limitando o espaço de autonomia dos gestores estaduais e municipais². Com isso, a indução realizada pelos mecanismos de financiamento surge como um importante fator a ser levado em consideração ao se analisar as decisões adotadas pelos gestores dos outros dois níveis de governo.

Em relação à organização das práticas de vigilância, a portaria nº 1172/2004, de 15/06/2004³⁸, estabeleceu as competências da União, Estados e Municípios referentes ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. Como gestor do sistema no nível nacional, o Ministério da Saúde é o responsável pela normatização técnica, cabendo aos estados legislar de forma complementar no seu território. O município é designado como gestor do componente municipal do sistema, com a portaria referida atribuindo basicamente ações de execução para esse ente federado. Ao estimular intervenções sobre problemas selecionados como prioritários no nível nacional do sistema através da Programação Pactuada Integrada de Vigilância em Saúde-PPI/VS, instrumento previsto na portaria, o Ministério da Saúde vem induzindo a organização das práticas de vigilância no nível local.

Reorganização das práticas de vigilância: potencialidades e constrangimentos na situação local

No caso estudado, a situação local apresentava uma série de condições que poderiam ser consideradas como favoráveis e outras como obstáculos à incorporação de arranjos tecnológicos inovadores nas práticas de vigilância (Quadro 1).

Entre os aspectos favoráveis, resalte-se a continuidade administrativa, com a mesma composição político-partidária presente na direção do governo municipal nos últimos oito anos e em processo de iniciar um novo período de gestão. Havia explicitação nos documentos e discursos oficiais de projeto de consolidação de um sistema local de saúde universal e de qualidade. A análise do Plano Municipal de Saúde mostrou coerência entre os problemas selecionados e as proposições estabelecidas. Nas duas últimas gestões a equipe dirigente apresentou qualificação técnica e política para condução do projeto de reorganização da rede

* Comunicação pessoal do gerente da Diretoria da Gestão Descentralizada /SVS / MS.

Quadro 1 – Situação local: potencialidades e limites para a reorganização das práticas de vigilância

Dimensões	Potencialidades	Limites
Projeto de governo	<ul style="list-style-type: none"> - Explicitação nos documentos e discursos oficiais de projeto de consolidação de um sistema local de saúde universal e de qualidade. - Coerência entre os problemas selecionados e as proposições estabelecidas no Plano Municipal de Saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> - Propostas incipientes de ações intersetoriais.
Capacidade de governo	<ul style="list-style-type: none"> - Qualificação da equipe dirigente. 	<ul style="list-style-type: none"> - Não institucionalização do planejamento e da avaliação.
Governabilidade	<ul style="list-style-type: none"> - Hegemonia do projeto de governo na saúde. - Incentivo à participação da população na tomada de decisão sobre a implementação de políticas públicas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Autonomia administrativa e financeira da Secretaria Municipal de Saúde limitada. - Recursos financeiros insuficientes para atender as demandas colocadas pelas práticas de vigilância.
Gestão administrativa	<ul style="list-style-type: none"> - Estrutura disponibilizada para a execução das ações (estrutura física, equipamentos, viaturas) considerada satisfatória. 	<ul style="list-style-type: none"> - Número de servidores inadequados para o atendimento às necessidades surgidas com a ampliação da oferta de serviços no município.
Gestão do trabalho	<ul style="list-style-type: none"> - Preenchimento das vagas por seleção pública. - Contratação assegurando direitos básicos ao trabalhador. 	<ul style="list-style-type: none"> - Vínculos funcionais predominantes por meio de contratos temporários com o governo municipal ou com uma cooperativa. - Níveis salariais insatisfatórios. - Múltiplas inserções no mercado de trabalho dos profissionais de saúde como meio de assegurar uma renda adequada. - Estratégia prevalente de capacitação: o aprender na prática do serviço com quem tem experiência no saber fazer e a adoção da formação de multiplicadores.
Gestão dos processos de trabalho	<ul style="list-style-type: none"> - Constituição de um colegiado de dirigentes como espaço de tomada de decisões. - Autonomia das coordenações para a tomada de decisão nos aspectos considerados mais técnicos dos respectivos projetos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Espaço para tomada de decisão no nível central afetado pelas urgências cotidianas. - Incorporação incipiente do nível local na tomada de decisão. - Maior parte das decisões da competência das coordenações do nível central, com o nível local com definições relacionadas à programação das atividades de rotina. - Organização das práticas a partir de instrumentos do nível federal (normas técnicas, programação pactuada integrada, pactos de gestão). - Forma fragmentada de assessoria técnica e acompanhamento dos processos de trabalho das equipes das unidades de saúde.

municipal. Na maior parte do período estudado, o gestor tinha titulação formal na área de saúde coletiva e militância no movimento da reforma sanitária, sendo reconhecido pelos entrevistados como uma liderança política. A sucessão ocorreu dentro da própria equipe com manutenção do projeto político. A equipe de dirigentes da Secretaria Municipal de Saúde foi constituída, em sua maioria, por técnicos locais com vivência em saúde pública e que foram acumulando experiência no processo de construção do sistema municipal de saúde. O projeto para a área de saúde do município atraiu um número importante de profissionais para o seu quadro.

A proposta de reorganização do setor saúde no município teve, inicialmente, uma oposição forte daqueles segmentos adaptados ao modelo anterior, principalmente ligados às empresas privadas de saúde, ou pertencentes a grupos políticos da oposição. Paulatinamente a proposta ganhou adeptos e atualmente, de acordo com o discurso dos entrevistados, os problemas que ocorrem são pontuais, principalmente em momentos de disputa eleitoral, com reflexo nos canais de comunicação. Os conselhos locais de saúde foram estimulados e a observação realizada durante uma reunião ordinária do Conselho Municipal foi consistente com a fala de um dos entrevistados de que *o Conselho tem ampla voz, é um Conselho tranqüilo(...) independente e ao mesmo tempo tem um amadurecimento muito grande* (CMS1).

Em relação à gestão dos processos de trabalho, os entrevistados do nível central referiam autonomia das diversas coordenações para a tomada de decisão nos aspectos considerados mais técnicos dos respectivos projetos, com a busca de articulação entre as diversas coordenações, quando necessário. O gestor apoiava os projetos técnicos específicos e coordenava os processos relacionados a problemas comuns a diversas áreas técnicas.

Contudo, as dificuldades para a tomada de decisão sobre a organização dos processos de trabalho em espaços coletivos podem ser referidas como limites presentes. Apesar de na Secretaria de Saúde ter sido constituído um colegiado de dirigentes com uma previsão de reuniões periódicas, freqüentemente o cronograma era afetado por compromissos de trabalho do gestor e dos coordenadores. Além do mais, as discussões relacionadas à alocação de recursos financeiros ocupavam grande espaço na agenda das reuniões. As ações assistenciais, principalmente os serviços hospitalares, no geral eram priorizadas a partir do argumento de que são serviços imprescindíveis para a população e que não podiam deixar de ser realizados. Por outro lado, a maior parte das decisões sobre os processos de trabalho ficava da competência das

coordenações do nível central, cabendo ao nível local praticamente só as definições relacionadas com a programação das atividades de rotina.

As coordenações do nível central realizavam assessoria técnica e acompanhamento dos processos de trabalho das equipes das unidades de saúde, porém de forma fragmentada, o que pode ser considerado uma dificuldade para a realização de um trabalho mais integrado. Os técnicos da Coordenação de Vigilância à Saúde eram os responsáveis pela supervisão e assessoria técnica das atividades de vigilância e controle de doenças descentralizadas para as unidades, quando necessário. Havia estrutura específica de gerenciamento dos processos de trabalho do Programa de Controle da Dengue (PCD) e dos programas de controle da tuberculose, hansen e DST/Aids.

No município verificou-se uma forma incipiente de articulação de projetos intersetoriais para enfrentamentos dos problemas locais. Dificuldades financeiras vivenciadas pelo município, além da formação profissional dos agentes que reforça a tradição do trabalho por setor foram aspectos referidos pelos entrevistados como possíveis motivos da falta de uma maior integração do trabalho das diversas secretarias do governo municipal. Recentemente, a elaboração da proposta da Agenda 21 parece surgir como uma possibilidade de um trabalho mais articulado.

O Município C fez a agenda 21. (...) Eu acho que é um esforço da Prefeitura nesse sentido, principalmente da gestão atual agora de estar levantando essa questão do desenvolvimento sustentável, de estar tentando articular as várias secretarias em ações conjuntas e até tentar suprir o que a agenda 21 coloca (...) mas na prática a gente ainda não conseguiu vivenciar. (...) O prefeito atual, a gestão atual, vem com essa proposta desse desenvolvimento sustentável mesmo. A cidade está trabalhando sobre essa ótica das Secretarias estarem juntas e desenvolvendo a intersectorialidade em todo sentido. Mas ainda é uma proposta escrita (...) Teve o Congresso da Cidade também, o ano retrasado que apontou para essa necessidade (...). Eu acho que o financiamento também no fim atrapalha tudo, questão financeira que o município atravessa, uma dificuldade muito grande, as secretarias também, o município de estar fechando as contas, eu acho que isso meio que engessa, mas não sei se isso justifica. Eu sei que na prática a gente ainda está meio que tateando. (NC3)

A tradição de trabalho por área específica também foi verificada na própria organização da estrutura da Secretaria Municipal de Saúde, onde na Coordenação de Vigilância à Saúde se materializa uma concepção de vigilância como um somatório da vigilância epidemiológica e vigilância sanitária. Esse tipo de estrutura, também presente na Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, passou a ser freqüente no país a partir da década de 90 do século passado ^{36 40}, incorporando-se a vigilância ambiental em alguns estados e municípios mais recentemente ⁴¹.

Do ponto de vista do acervo de técnicas e métodos de condução do processo, ressalte-se a não referência ao uso do planejamento e da avaliação como ferramentas de gestão, fato também identificado em outros municípios^{14 42}. A política de ampliação do acesso a ações e serviços de saúde, no município estudado, provavelmente criou dificuldades para definição de prioridades, o que estava sendo considerado como necessário no momento da coleta quando havia um esgotamento do que seria possível de ser feito mantidas as condições então vigentes. Como registrado na fala de um dos dirigentes: (...) *mas planejar é difícil, principalmente quando você tem essa visão de que tudo tem que ser feito, tudo, sabe?*(NC2)

Quando se analisou a governabilidade utilizando-se o critério de autonomia administrativa e financeira da Secretaria Municipal de Saúde, verificou-se que o gerenciamento do Fundo Municipal de Saúde era da competência do gestor de saúde que sistematicamente prestava contas ao Conselho Municipal. Contudo, do ponto de vista administrativo uma parte dos processos de compra era centralizada no nível central da Prefeitura. A divisão de trabalho ao interior da secretaria ficava clara quando a equipe técnica relatava não se apropriar das questões referentes ao financiamento das ações. Foi freqüente a explicitação por parte dos entrevistados da carência de recursos financeiros como um grande obstáculo para a implementação de ações ao interior do sistema municipal de saúde.

(...) E a grande dificuldade hoje em relação à descentralização é que se descentraliza alguns recursos, mas é cobrado do município (...) que eles façam muito mais do que o recurso que é repassado tem condições de cobrir, mesmo com a contrapartida do município. E são cobradas coisas que nunca foram feitas por nenhum dos dois outros níveis de governo, tanto estadual quanto o federal. Então o município hoje, com a descentralização, assumiu uma carga de responsabilidade muito grande e quando você quer fazer realmente você esbarra na questão financeira. (...). Agora, de qualquer forma, eu ainda acho a descentralização muito mais positiva para o município do que quando era centralizado na mão do outro nível de governo. (NC2)

Destacou-se ainda a não adequação do número de servidores para atendimento às necessidades surgidas com a ampliação da oferta de serviços no município. Nas unidades de saúde da família o excesso de números de famílias por equipe foi indicado como um obstáculo para o desenvolvimento das ações. A solução do problema estaria fora da governabilidade do gestor municipal, pois dizia respeito à carência de profissionais para serem contratados, principalmente médicos. Também foi referida a evasão de profissionais para outros municípios da região em decorrência da opção dos mesmos por vínculos com um nível maior de salário, mesmo que não fossem assegurados os direitos básicos como no município estudado.

Nos últimos anos, com a ampliação importante de serviços prestados pela Secretaria Municipal o número de servidores incorporados ao quadro através de concurso público não atendia mais às necessidades. Por essa razão, o vínculo funcional de uma grande parte dos trabalhadores se dava a partir de contratos temporários com o governo municipal ou através de convênio entre a Secretaria Municipal e uma Cooperativa, convênio aprovado e acompanhado pelo Conselho Municipal de Saúde. Na sua quase totalidade o preenchimento das vagas ocorria por seleção pública. Insatisfação pelos níveis salariais, com uma compreensão de ser um problema vivenciado em todo o país, foi expressa pelos entrevistados. A situação vigente implicava em um fenômeno de múltiplas inserções de trabalho dos diversos profissionais de saúde como mecanismo de assegurar uma renda adequada.

No que concerne à capacitação, o aprender na prática do serviço com quem tem experiência no saber fazer e a adoção da formação de multiplicadores foram as principais estratégias identificadas no município. Esse modelo reproduz uma prática tradicional oriunda do Ministério da Saúde. Pode-se considerar como ponto positivo a valorização do aprender através da experiência, do saber prático ⁴³. Por outro lado, há uma grande possibilidade de reforço de práticas que poderiam não ser as mais adequadas para dar conta das necessidades de saúde presentes. Essas capacitações em geral são pensadas por áreas e/ou temas específicos reforçando o olhar segmentado sobre os problemas. Padrão diferenciado foi referido em relação aos profissionais das equipes de saúde da família, com alguns dos cursos introdutórios tendo sido promovidos pelo Instituto de Saúde Coletiva, da Universidade Federal da Bahia. Atualmente o município faz parte da coordenação executiva do pólo de educação permanente e a equipe local vê a possibilidade da implementação de um projeto mais estruturado de capacitação.

A *contínua mudança* dos componentes das equipes de saúde da família foi referida como um entrave para a adoção de práticas de saúde de caráter mais coletivo. A alta rotatividade presente implicaria em dificuldades nos processos de educação permanente além de impedir o acúmulo de experiência por parte dos profissionais. Diversos fóruns e entidades apontam a gestão do trabalho prevalente no sistema de saúde público no país como nó crítico na consolidação do SUS ^{44 45}. Indica-se a *contínua mudança* dos trabalhadores como um desafio a ser vencido para a concretização de um maior número de experiências de sucesso em relação à implementação de inovações. O modelo de regulação do trabalho caracterizado pela flexibilidade do emprego

imposto pelas medidas de ajuste econômico adotadas amplamente⁴⁶ e a legislação vigente no país, como a Lei de Responsabilidade Fiscal, seriam possíveis explicações para o problema.

Cabe destacar que a condução pelos níveis federal e estadual do processo de descentralização das ações do sistema de vigilância em saúde, de acordo com os entrevistados, privilegiou as equipes municipais, implicando uma maior capacidade técnica das mesmas com referência às equipes das regionais de saúde. Tal fato parece ter criado pontos de conflito nas relações técnicas entre as duas equipes. Projetos inovadores propostos pela equipe municipal não foram estimulados e, em algumas ocasiões, tiveram que ser revistos para tornar possível a captação de recursos. A estratégia adotada pela equipe local foi buscar parcerias diretamente com o nível central da Secretaria Estadual e, principalmente, com a própria equipe técnica do Ministério da Saúde.

As práticas de caráter coletivo no município-caso foram estruturadas no formato dos padrões preconizados pelas normas do Ministério da Saúde e reproduzidas pela Secretaria Estadual de Saúde. Observou-se que a organização dos processos de trabalho da área de vigilância sofria influência das prioridades estabelecidas na Programação Pactuada Integrada de Vigilância em Saúde (PPI/VS). Por outro lado, os entrevistados relataram a não criação de espaços para uma discussão mais ampla das condições de possibilidade de execução pelos municípios das metas firmadas pelos outros níveis de governo.

A observação em campo das atividades do programa de controle de dengue reiterou que a organização dos processos de trabalho se dava a partir de normas técnicas elaboradas pelo nível central e de acordo com modelos adotados anteriormente ao processo de descentralização. Observou-se, contudo, uma busca por relações mais horizontais entre os diversos componentes das equipes.

As características dos agentes: a história incorporada como limite à transformação das práticas

Trajetórias dos agentes

No nível central, foram entrevistados sete membros da coordenação de vigilância à saúde, todas mulheres e, com exceção de uma delas com nível médio, enfermeiras. A trajetória escolar

das entrevistadas foi ascendente, comparando-se com o nível de escolaridade dos pais, pequenos proprietários, comerciantes ou funcionários públicos. Em relação à trajetória profissional, apesar de a enfermagem não ter sido a primeira opção, todas relataram identificação com a profissão durante o curso. A opção pela saúde pública teria ocorrido por uma maior identificação com a área desde o curso de graduação. Foram citadas experiências tanto na área assistencial como em saúde pública antes da atuação na Secretaria Municipal de Saúde. Uma delas relatou inserção anterior na esfera privada e as demais sempre trabalharam no serviço público com experiência na área de vigilância epidemiológica, tanto no nível regional da Secretaria Estadual como em unidades de saúde. Parte do grupo dirigente ocupava função técnica na Diretoria Regional de Saúde quando realizado o convite por gestores do município-caso para assumir cargo na estrutura do nível central da Secretaria, outras atuavam no nível local e foram convocadas por apresentarem compromisso em suas atividades. A realização de cursos de especialização foi relatada por cinco das entrevistadas, em três casos na área de saúde pública. Cursos de atualização nas áreas específicas promovidos pela Secretaria de Saúde Estadual ou Ministério da Saúde foram citados.

No nível local foram entrevistados três enfermeiros (um do sexo masculino e dois do sexo feminino), dois médicos, três auxiliares de enfermagem e dois agentes comunitários de saúde. A enfermagem não foi primeira opção profissional em dois casos, mas todos referiram o interesse em trabalhar com saúde pública desde o curso de graduação e tiveram atuação na coordenação de Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e no Programa de Saúde da Família (PSF) em outros municípios antes da seleção para o município-caso. Os dois profissionais médicos entrevistados pertenciam a equipes do PSF, no caso da profissional do sexo feminino a opção ocorreu ao final de uma carreira centrada em atendimento em consultório particular e para o outro como primeiro emprego. Dos profissionais de nível superior dois tiveram uma trajetória escolar ascendente e a referência à posse de pequenas propriedades entre os pais ou avós foi mencionada por todos. Cursos de especialização em saúde pública e em saúde da família foram citados pelos enfermeiros. Em relação aos técnicos de nível médio a trajetória escolar foi ascendente, exceto em um caso, e os pais na sua maioria eram trabalhadores rurais. A possibilidade de ter um emprego através da seleção foi o que atraiu os técnicos de nível médio e os agentes comunitários de saúde (ACS) para o serviço público.

Entre os entrevistados do PCD só os ocupantes do cargo de gerente do programa tinham nível superior. Eram enfermeiras, com grau de escolaridade maior do que seus pais, a primeira com experiência nas áreas de vigilância epidemiológica e supervisão na regional de saúde e com curso de especialização em saúde pública, e a atual oriunda de uma equipe do PSF. No caso dos técnicos de nível médio na maior parte dos casos a trajetória escolar foi ascendente e a entrada no serviço público se deu como uma opção de emprego.

Concepções dos agentes

Diante da solicitação por comentários a respeito do lema da XIIª Conferência Nacional de Saúde: *Saúde, um direito de todos e dever do Estado – a saúde que temos, o SUS que queremos*, a quase totalidade dos entrevistados fez referência a uma utopia diante da distância entre o que está definido nas normas legais e o que é observado no país na prática dos serviços. O avanço vivenciado na estruturação do sistema de saúde no município estudado foi referido como exemplo das possibilidades do SUS.

Olha só, o “SUS” ainda não está 100% , acho que em lugar nenhum. Mesmo em se tratando do Município C eu vejo que muita coisa mudou para melhor, (mas) muita coisa ainda está na teoria (...). Mas mesmo com isso creio que muita coisa no Município C mudou, a partir do momento que municipalizaram a saúde, muita coisa com isso melhorou.(DNC3)

No entender dos entrevistados, dois fatores favoreceram a organização do sistema e a ampliação do acesso da população aos serviços do município estudado: a prioridade política dada pelos dirigentes municipais à saúde nas últimas gestões e a motivação da equipe técnica da secretaria. Porém, muitos são ainda os obstáculos a serem suplantados para o atendimento às necessidades de saúde da população.

(...) a gente vê C como um exemplo nacional em saúde pública (...) O que precisaria melhorar (...): diminuir o número de famílias, que é para gente colocar o que é preconizado pelo Ministério da Saúde; a questão da melhoria salarial dos profissionais; uma implementação maior dos serviços, que a gente percebe uma certa dificuldade da Secretaria da Saúde manter o que já existe. Então a gente passa por várias privações, e até nas condições de trabalho que a gente deveria ter, em algumas situações, já pelo estágio que se encontra. Então acredito que existe ainda uma instabilidade a nível de recursos, é assim que a coordenação coloca, para que a gente possa exercer a atividade de forma plena. (PSFU1)

Havia a compreensão de que alguns dos problemas enfrentados estariam na governabilidade do gestor municipal, como os relacionados com as condições salariais e de trabalho, porém muitos extrapolariam o poder de decisão local, sendo imputados à falta de estruturação do sistema de saúde estadual e a inadequação das formas de financiamento. Por meio da programação pactuada integrada da assistência o município assumia a responsabilidade por ofertar serviços para atender à demanda da região e o processo de pactuação, coordenado pelo nível estadual, não respeitava os limites informados da oferta. Por essa razão, o município acabaria diminuindo o acesso da sua população aos serviços e financiando ações para atender usuários de municípios com sistemas de saúde pouco estruturados.

Aqui em C até que se não fosse a demora demais (...) mas também tem atendimentos que vem até de gente de fora, se fosse atender só o pessoal aqui da comunidade, da região, até que não estava tão ruim não, mas o problema é que vem gente do norte de Minas (...), esse negócio todo acarreta demais os hospitais aqui em C, é por isso que o pessoal fica reclamando da saúde aqui. (DNL3)

A gestão descentralizada da saúde, apesar das dificuldades, foi considerada por grande parte dos entrevistados como importante no caso dos municípios com gestores comprometidos com o bem estar de sua comunidade. Houve referência que no Estado da Bahia o processo ocorreu de forma abrupta, sem um planejamento adequado. A não incorporação dos técnicos das regionais no processo e a falta de definição do papel a ser desempenhado pelas estruturas regionais no novo contexto teriam implicado em uma postura entendida como de desresponsabilização do nível estadual diante dos municípios, sem o cumprimento das funções de acompanhamento e assessoria técnica como previsto nas normas. No caso do PCD, foi relatado que a descentralização levou a um melhor desempenho do programa no município estudado, evitando a descontinuidade das ações como ocorria com frequência na época da existência de convênios entre os níveis de governo.

Já a descentralização de atividades de vigilância para as unidades de saúde, vista de forma altamente positiva por parte dos técnicos do nível central, foi percebida pelos profissionais das unidades como uma tarefa a mais entre tantas outras. Tal percepção seria em decorrência de um número de famílias maior do que o preconizado pelo Ministério da Saúde na responsabilidade de cada equipe de saúde da família. Além do mais, havia um entendimento de que os enfermeiros ficavam responsáveis, tanto nas unidades tradicionais como nas com equipes do PSF, por boa parte das ações descentralizadas, além de atendimentos individuais e funções gerenciais.

Eu acho assim interessante a descentralização, é bom e é ruim, tem os pontos positivos e os negativos, mas eu acho de tudo positivo para que todos estejam alerta, que não seja obrigação somente da vigilância epidemiológica, como uma coordenação, estar alerta, não, é para todos estarem alertas. Agora é ruim porque ocasiona uma sobrecarga horrível. (UBS1)

Trabalhar com saúde pública/saúde coletiva apareceu como uma opção antiga entre os profissionais de enfermagem entrevistados e, como referido por um deles, (...) *até virou já um hábito para a gente (...)(NC6)*. No contexto atual e na situação do município foi considerado um motivo de muita satisfação, porém como um grande desafio. Além da necessidade da consolidação do SUS implicaria o aprender a trabalhar intersetorialmente e incorporar a própria população no cuidar de sua saúde. Mencionou-se que por ser uma prática complexa exigiria um profissional diferenciado.

(...) se sai da faculdade com essa impressão que saúde hospitalar é complexa, e saúde pública é simples, é fácil, e não é por aí. Porque é muito mais problema você conseguir trabalhar com a comunidade, fazer o trabalho naquela comunidade. Exige trabalho intersetorial, não é só a saúde que vai ter que atuar, você tem educação, você tem saneamento básico. Então eu acho que a complexidade de saúde coletiva ela é muito grande e exige do profissional muitas qualidades. (NC4)

Apesar de referências à necessidade de se aprimorar o acesso aos serviços, havia uma compreensão por parte dos entrevistados de que no município estudado estava presente vontade política para desenvolver uma saúde pública de qualidade.

E quando você vê que a ação, o querer institucional é grande, que em várias épocas da minha vida eu tinha muito o meu querer de fazer o serviço, mas era uma coisa muito pessoal, a instituição não tinha tanto esse querer, então era investimento meu pessoal. E quando você nota que no setor que você trabalha agora, agora em C depois da municipalização, que tem querer institucional, isso eu acho é o que faz a diferença.(DNC1)

Para a quase totalidade dos entrevistados, ser servidor público remetia ao entendimento de um agente que teria a função de prestar serviços à população e à sociedade, voltado para os interesses do bem comum ou das parcelas excluídas da população. Um compromisso de servir com a sua profissão e o seu trabalho à comunidade, em prol da coisa pública, aludindo-se à visão equivocada do senso comum de servidor ser aquele que não gosta de trabalhar.

Prevaleceu, entre os profissionais de nível superior, uma concepção ampliada dos determinantes do processo saúde-doença como uma relação entre fatores individuais e das condições de existência e que expressa a saúde como qualidade de vida. Já para os agentes de nível médio, com atuação mais próxima da população, as concepções foram na direção de

considerar aspectos mais individuais ou os próprios sujeitos responsáveis pelo adoecer: por falta de informação, cuidado, compreensão, consciência, higiene, prevenção. A falta de recursos, quando citada, apresentava uma conotação de uma carência individual.

A concepção de vigilância da saúde dominante entre os entrevistados foi estar alerta para adotar medidas de intervenção sobre doenças, ou seja, vigilância como *antecipação, prevenção e controle*. Em segundo lugar a vigilância da saúde era vista como sistema de geração e análise de informações para a programação e implementação de intervenções, isto é, como *sistema de informação, decisão e ação*. Outras concepções presentes foram: *somatório de ações e trabalho integrado entre as vigilâncias e atenção básica; meio de promover a melhoria das condições de vida; vigilância como instrumento para ampliação do acesso ao atendimento; vigilância como atenção integral para promover a saúde* (Quadro 2). Não foram feitas referências a práticas articuladas de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação para o enfrentamento de problemas em um dado território. As concepções prevalentes entre os entrevistados são próximas daquelas da vigilância em saúde pública: vigilância como “vigiar”, “estar atento”, “antecipar” e corresponderiam à prevenção no seu sentido clássico de evitar a ocorrência de agravos antes que os mesmos ocorram. O conceito de promoção à saúde, quando aparece, é formulado como sinônimo de prevenção. Tal fato pode ser reflexo do debate conceitual presente no campo da saúde pública/saúde coletiva, onde os discursos apresentam diversas perspectivas sobre o escopo da prevenção e da promoção^{47 48}.

Cabe destacar que as concepções referidas não restringem a vigilância a um setor ou a uma estrutura do organograma da secretaria de saúde, mas sim a concebem como uma prática sanitária.

(...) vigilância da saúde seria você estar atento não só naquilo que se chama coordenação, departamento de vigilância da saúde, mas que seria com toda a secretaria, com toda a sua organização, com todo o seu organograma, que tivesse muito atento ao que está acontecendo, ao que pode vir acontecer com a saúde de uma população.(NC2)

Quadro 2 - Concepções dos agentes sobre vigilância da saúde, Município-caso, Bahia, 2005

Concepções	Trechos das entrevistas com os agentes*
<p><i>Vigilância como antecipação prevenção e controle.</i></p>	<p>(...) você estar atento (...) ao que está acontecendo, ao que pode vir acontecer com a saúde de uma população. Então é você antecipar, é você planejar prevendo o que poderá acontecer. (...) sempre com essa visão para frente, o que é que pode acontecer, a gente pode vir a ter isso, então para que a gente não venha a ter isso a gente vai implantar tal medida para que isso não venha acontecer. (...) Hoje, vigilância à saúde (...) está sempre correndo atrás do que já está acontecendo, ela não prevê situações e para mim vigilância da saúde seria isso, atuar em cima do que acontece, mas sem perder de vista o que pode vir acontecer. (...) o modelo ideal seria a vigilância da saúde não ser olhada só como um departamento dentro da Secretaria de Saúde, como uma coordenação, como uma diretoria, e sim a Secretaria de Saúde como um todo (...). (NC2)</p> <p>(...) é você estar fazendo ações, prevendo ações para que não aconteça (...) (eventos) que possam acometer alguma pessoa ou até o coletivo. É você fazer promoção, prevenção da saúde para que não chegue a acontecer eventos, para que você promova a saúde, tente controlar algumas doenças. (...) o modelo de vigilância mesmo é de prevenção e promoção, você prevenir antes que aconteça qualquer evento, qualquer agravo. (NC6)</p> <p>(...) é você assistir a saúde de uma forma realmente próxima e estar atento a todos os agravos que (...) podem levar a um prejuízo para a comunidade, para aquela cidade, para aquela população, então é uma assistência à saúde, assistida, vigiada, não é uma coisa solta, é uma coisa programada. (...) (Finalidade do trabalho da vigilância)(...) controle das doenças em geral, das doenças que é de risco para a comunidade, para a população, então ela em primeira mão tem como fazer esse controle para que a gente não venha a ter uma epidemia, um descontrole em relação à saúde naquela cidade. (NC8)</p> <p>(...) vigilância em saúde é você estar sempre atento aos possíveis agravos que possam acontecer, para a gente estar acompanhando e estar intervindo sobre eles, é uma coisa um pouco mais vasta, mas assim, eu resumo mais ou menos assim. (PSFR1)</p> <p>Vigilância da Saúde (...) a questão de estar buscando os casos, os problemas de saúde, buscando também como é que está a casa do paciente, sabendo também como é que reside aquela família, como é o tratamento de água, como é que é a questão das fossas, se existe algum tipo de doença, aquela questão da vigilância ativa para poder buscar a prevenção para aquilo ali. (PSFR5)</p> <p>(...) seria mais prevenção, as causas das doenças, o que levou aquela comunidade a ter mais hipertensão, o que levou aquela comunidade mais a ter diabéticos. (PSFU2)</p> <p>A vigilância a palavra já diz tudo, é estar acompanhando, vigiando como está a saúde no município e como está a saúde no estado. É o acompanhamento que se faz de orientação e prevenção à comunidade. (PSFU3)</p> <p>Vigilância da Saúde seria assim promover a saúde para evitar que a doença se espalhe, então vigilância é vigiar, estar sempre fazendo trabalho educativo, promovendo (...) para evitar que a doença se espalhe. (PSFR4)</p> <p>Vigilância à saúde é você estar atento aos agravos que podem estar fazendo com que o indivíduo adoça. (...) Olha, o ideal eu acredito da vigilância é que todas as pessoas fossem vigilantes na verdade. Todas as pessoas que eu digo assim, do serviço de saúde, do serviço de educação, porque na verdade se a gente trabalhar em saúde, educação ou outra Secretaria que fosse, elas também podem ser vigilantes com a gente. (DNC2)</p> <p>Bom, eu entendo vigilância da saúde como, o nome já diz, você vigiar para a questão da promoção. Você estar desenvolvendo ações para promover saúde, ou seja, você organizar o serviço em cima de prevenção, de promoção, para diminuir os agravos, as doenças, organizando seu serviço de vigilância, tanto sanitária como epidemiológica, como saúde do trabalhador, como ambiental. (CMS2)</p>

Concepções	Trechos das entrevistas com os agentes
Vigilância como sistema de informação, decisão e ação.	<p>(...) são aquelas ações que a gente desenvolve no sentido de estar captando na comunidade toda a condição de doença e de estar prevenindo situações relacionadas a esta doença. São ações ligadas a notificar, a intervir, a estudar e analisar qualquer doença, qualquer epidemia, qualquer situação que acometeu uma pessoa e que pode de repente estar espalhando, transmitindo e contaminando toda uma comunidade. Eu acho que passa muito pela ação, gerando informação, analisando essas informações para você projetar e programar suas ações. (...) A vigilância da saúde vai estar norteando ao município qual é o caminho, qual é a visão, quais são as ações que ele está desempenhando para que tenha um impacto positivo naquela comunidade. (NC4)</p> <p>O nome já diz, vigilância é estar estudando, avaliando, computando os dados para melhorar a qualidade de saúde da população (...) o modelo ideal seria de atuar em tempo hábil, não deixar que aconteça, melhorar a qualidade do perfil, acabar a mortalidade infantil. Seja na realidade o controle de tudo em relação à saúde, em relação às doenças transmissíveis. (NC7)</p> <p>A vigilância da saúde é uma área interessante dentro da área de saúde, que ela é, a meu ver, ela trabalha levantando os dados, fazendo um diagnóstico da realidade e é um instrumento importante para que a gente possa traçar políticas e metas com base nesses dados encontrados. (CMS1)</p>
Vigilância como somatório de ações e trabalho integrado entre as vigilâncias e atenção básica.	<p>(...) um conjunto de ações, onde estão integradas a vigilância sanitária, a vigilância epidemiológica, a atenção básica e que formam esse conjunto de trabalhos (...) esse conjunto de profissionais e de atividades integradas. (NC5)</p> <p>(...) uma vigilância que engloba toda a questão da saúde, saúde do trabalhador, a questão ambiental. (...) dentro do contexto saúde você vai ter uma vigilância globalizada, todos os aspectos relacionados à saúde do trabalhador, à vigilância ambiental e vigilância epidemiológica (...) das 3 vigilâncias. (PSFU1)</p>
Vigilância como meio de promover a melhoria das condições de vida.	<p>(...) seria não somente, não só a gente estar preocupado com as doenças transmissíveis, com a desnutrição e outras doenças, como também seria ver a pessoa como um todo, pensar na pessoa, o emocional, o social. (...) Olhar a comunidade como um todo, não pensar somente na (...) na doença que aquelas pessoas poderão ter, mas assim, saneamento básico, alimentação, veria a melhoria das condições de moradia, trabalho para todo mundo, muita coisa envolvida. (...) modelo ideal seria não somente a gente atuar como também retro-alimentar (...). (NC9)</p> <p>Eu acredito que é você estar em estado de alerta sempre para que a saúde caminhe e você chegue a um estado de saúde. Porque saúde a gente sabe que são vários fatores envolvidos nisso, então a vigilância da saúde é você estar sempre atento para que você chegue a um bom estado de saúde, que você tenha acesso a vários setores, a vários serviços para que tenha uma boa qualidade de vida.(...) Eu acho assim, o ideal é que a gente pudesse estar atento a tudo, perceber tudo e conseguir diagnosticar, os agravos, as doenças e os riscos que a população corre a tempo de evitar um dano maior na comunidade, então eu acho que é isso aí, seria bom se acontecesse. (UBS1)</p>
Vigilância como atenção integral para promover a saúde.	<p>Vigilância da saúde são as ações, os hábitos que tentam promover a saúde e assim evitar as doenças. (Modelo ideal da vigilância da saúde) Eu acho que o modelo da vigilância da saúde ideal seria uma vigilância que previsse as possíveis patologias antes delas acontecerem. A melhor forma de fazer isso talvez seja promovendo a saúde e não só prevenindo doenças, (...) que olhasse o indivíduo de forma integral, acho que talvez seguisse os princípios do SUS e seguisse os avanços de hoje da psicologia, da própria medicina, que vê o ser humano de forma integral, não é só o fígado, não é compartimentalizado, então seria uma vigilância que olhasse isso e que tentasse promover a saúde dessa forma. (Atividades de vigilância que realiza) Os grupos educativos que a gente faz nas atividades de educação em saúde, as próprias atividades de vacinação, de imunização (...) e o próprio atendimento quando a gente acompanha o hipertenso, por exemplo, fazendo exames de rotina, prevendo as possíveis patologias e complicações, você estar fazendo um tipo de vigilância também. Então desde o específico de um a um, até o geral em grupos comunitários. (PSFR2)</p>

Concepções	Trechos das entrevistas com os agentes
Vigilância como instrumento para ampliação do acesso ao atendimento.	(...) deveria procurar ou acompanhar como anda no caso o atendimento, o acesso das pessoas a essa saúde que diz ser um direito de todos, mas infelizmente não é (...) e, na medida do possível no caso, ser também alguém que a população teria como porta-voz para chegar até aquelas pessoas que detenham o poder para fazer algo em benefício dessa sociedade que necessita. (EDNL6).

* Siglas utilizadas para identificação dos agentes: NC - Agente do nível central da Secretaria Municipal de Saúde; PSFU - Agente da equipe do PSF zona urbana; PSFR - Agente da equipe do PSF da zona rural; UBS - Agente da unidade básica tradicional; CMS - Componente do Conselho Municipal de Saúde; DNC - Agente do PCD nível central; DNL - Agente do PCD nível local.

Como conclusão deste tópico, em relação às características dos agentes com a situação de trabalho na Coordenação de Vigilância à Saúde, condutores do processo de organização das práticas de vigilância no município, pode-se considerar que as trajetórias social e profissional dos mesmos são muito próximas. Em vista disso, as situações de vida devem ter favorecido a constituição de *habitus* de classe, de gênero e de campo semelhantes em decorrência dos seguintes elementos: todas são mulheres com a situação de gênero mais direcionada para o simbólico e para o desprendimento do econômico; são oriundas de classes de pequenos proprietários ou agentes do campo burocrático (professores e funcionários públicos); o *habitus* originário que pode ser considerado como favorável à lógica do campo burocrático obteve reforço, pois, com exceção de uma, tomaram a enfermagem como alternativa profissional possível e a inserção no campo da saúde pública se deu em funções responsáveis por ações de caráter mais coletivo. As concepções apresentadas por esses agentes apresentaram variações, mas, de um modo geral, foram compartilhados os temas principais, o que reforça a hipótese de um *habitus* comum: o processo saúde-doença é entendido como determinado por fatores individuais e das condições de existência; a descentralização de ações é vista de forma muito positiva; a consolidação do SUS e um trabalho articulado intersetorialmente seriam o caminho para o atendimento das necessidades de saúde da população; e por fim, a vigilância seria entendida predominantemente como uma prática de saúde pública, portanto, uma vigilância em saúde pública.

Nesse sentido, no que concerne às características dos agentes condutores do processo o que parece existir é um *habitus* profissional da saúde pública tradicional que se revela nas concepções dominantes e orienta as práticas. Foi possível, contudo, detectar concepções mais inovadoras como as referidas ao processo saúde-doença. A inclusão das condições de existência como determinantes nas concepções explicitadas provavelmente é reflexo da ampla discussão no campo da saúde coletiva sobre a produção social da doença, como também pode ter sido influenciada pelas trajetórias profissionais que envolveram formação específica em saúde coletiva.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No município estudado havia uma situação conjuntural favorável à reorganização das práticas de vigilância na direção de um modelo assistencial voltado para o controle de causas e riscos. Essa situação favorável – espaço dos possíveis – decorria da existência de políticas nacionais de descentralização e da capacidade de governo local. Houve, contudo, uma distância entre o discurso e as práticas. Pode-se considerar que a concepção de vigilância da saúde que prevaleceu foi a de somatório da vigilância epidemiológica e sanitária inscrita na estrutura administrativa da Secretaria Municipal de Saúde. A descentralização das ações para o município apesar de ter permitido a estruturação das áreas responsáveis pelas ações coletivas, com desempenho e resultados favoráveis, reproduziu os arranjos tecnológicos tradicionais da vigilância epidemiológica e vigilância sanitária. Também a incorporação na atenção básica de atividades relacionadas à vigilância de danos, sem mudanças nos processos de trabalho das equipes, foi percebida pelos agentes das práticas como um “sobre-trabalho” ou um apoio ao trabalho do outro, não ocorrendo uma real integração de ações.

Os obstáculos identificados para a reorientação das práticas foram relacionados, por um lado, à estrutura da SMS e ao escopo das opções possíveis sobre financiamento, regras de gestão e normas de organização presentes na política de descentralização e que conformam o espaço de decisão formal vigente no país, *a história objetivada*; e por outro, às disposições dos agentes das práticas, *a história incorporada*.

Não devem ser abstraídas as diversas ordens de constrangimentos concretos ao estabelecimento de novas tecnologias por condições inadequadas de organização institucional e de aporte de recursos. As relações sociais (políticas, econômicas) prevalentes no país, *a história objetivada nas coisas*²⁷, tanto quanto as formas vigentes de financiamento e gestão do sistema de saúde que delimitam o *espaço de decisão*¹⁷ podem ser considerados como obstáculos para a transformação das práticas de vigilância no município estudado. Fato também identificado em outros estudos⁴⁰.

Em relação à incorporação de novos arranjos tecnológicos das práticas de vigilância a estrutura de financiamento parece se caracterizar como um importante constrangimento. Havia uma autonomia limitada em relação aos recursos disponíveis na administração municipal para a implementação de políticas públicas que atendessem a dívida social historicamente acumulada no

município, principalmente em relação às condições de infra-estrutura, como exemplo o saneamento básico, determinantes importantes de diversos problemas de saúde prevalentes. Os recursos do Teto Financeiro de Vigilância em Saúde repassados pelo governo federal em quase sua totalidade eram empregados no município estudado para custear a folha de pagamento dos agentes do PCD, com o financiamento das demais ações sendo realizado com os recursos do tesouro municipal. Estudos adicionais que tomem como objeto os efeitos nas práticas de vigilância da estrutura do financiamento e da forma de alocação dos recursos no nível municipal são necessários. E desde que a implementação de políticas saudáveis extrapola o setor saúde, esses estudos devem levar em consideração questões relacionadas às possibilidades de desenvolvimento social sustentável diante das políticas econômicas vigentes.

Por outro lado, a reorientação dos modelos assistenciais, para os autores que tomam o tema como objeto, seria um projeto que não dependeria exclusivamente de alterações no financiamento e gestão do sistema, e sim de mudanças nos processos de trabalho. A consolidação de modelos alternativos necessitaria da sensibilização de técnicos para desencadear a construção da proposta no âmbito institucional e de agentes com novas concepções e ideologias, enfim, de agentes/sujeitos que no cotidiano dos serviços façam surgir o novo⁴⁹.

Nessa direção, os achados empíricos do estudo indicam que a história coletiva da saúde pública não está incorporada apenas nas estruturas administrativas. A permanência de disposições oriundas de uma história construída por todos aqueles que militaram com os seus *saberes e fazeres* no campo da saúde pública, *a história encarnada nos corpos*²⁷, parece ter sido um dos principais determinantes para a não incorporação de inovações nas práticas estudadas.

No entanto, a transformação das condições objetivas poderia acarretar um descompasso entre as condições sociais de formação e de exercício dos *habitus*, entre as expectativas e a experiências, levando aos agentes, principalmente os mais adaptados à situação anterior, a uma reflexão prática, reflexão em situação e em ação, com possibilidades de constituição de novas disposições²⁷. Faz-se necessário, portanto, a adoção de modos de gestão dos processos de trabalho que permitam a constituição de organizações com espaços, tempos, métodos e sistemas que permitam a criatividade e a inovação brotar⁵⁰. Situação muito diferente do encontrado no cotidiano dos sistemas municipais de saúde onde são escassos os espaços e tempos para a reflexão sobre as práticas e os modos de se produzir saúde.

Novos estudos, mais extensivos em amostras representativas do campo, serão necessários para confirmação e aprofundamento da análise das hipóteses aqui formuladas, como ainda para identificar se a Reforma Sanitária Brasileira conformou uma nova correlação de forças e nova estrutura no campo da saúde coletiva no nosso país que permitam o surgimento de novas disposições e novos modos de atuar em uma escala mais ampla, e não só em experiências localizadas.

Além do mais, diante do papel crucial que os trabalhadores assumem na implementação de mudanças no setor, pode-se considerar que o modelo de gestão do trabalho prevalente no sistema de saúde público no país, ao impedir a constituição de quadros técnicos permanentes, seria um impedimento tanto à consolidação de experiências exitosas de transformação das práticas sanitárias bem como para a constituição de novos *habitus* sanitaristas voltados para a promoção da saúde, na direção de sociedades mais saudáveis.

Finalizando, momentos de crise, de incoerência entre os *habitus* e as situações de atualização dos mesmos, poderiam ser tomados como momentos de reflexão e de luta política²⁷. Caberia, então, aos agentes da saúde coletiva enquanto sujeitos epistêmicos⁵¹ analisar se já foram dadas as condições históricas e sociais de possibilidade de mudanças nas práticas de saúde no país e como sujeitos políticos continuar a luta por melhores condições de vida e de saúde para a população brasileira.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ugalde A, Homedes N. Descentralización del sector salud en América Latina. *Gaceta Sanitaria* 2002; 16(1): 18-29.
2. Arretche M. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. *Ciência e Saúde Coletiva* 2003; 8(2): 331-345.
3. Khaleghian P. Decentralization and public services: the case of immunization. *Social Science & Medicine* 2004; 59: 163-183.
4. Collins C, Araújo J, Barbosa J. Decentralising the health sector: issues in Brazil. *Health Policy* 2000; 52: 113-127.
5. Elias PEM, Cohn A. Health Reform in Brazil: Lessons to consider. *American Journal of Public Health* 2003; 93(1): 44-48.
6. Cotta RM, Muniz JN, Mendes FF, Cotta Filho JS. O município e a nova lógica institucional do setor saúde: uma análise empírica do cenário local. *Saúde em Debate* 1999, 23 (53): 54-62.
7. Schmunis GA, Dias JCP. La reforma del sector salud, descentralización, prevención y control de enfermedades transmitidas por vectores. *Cad. Saúde Pública* 2000; 16 Sup.2: 117-123.
8. Scatena JHG, Tanaka OY. A descentralização da saúde no Estado de Mato Grosso, Brasil: financiamento e modelo de atenção. *Rev. Panam. Salud pública* 2000; 8(4): 242-249.
9. Jaramillo I. Evaluación de la descentralización de la salud y la reforma de la Seguridad Social en Colombia. *Gac. Sanit* 2002; 16(1):48-53.
10. Cerna CA, Kroeger A. La reforma del sector salud en Colombia y sus efectos en los programas de control de tuberculosis e inmunización. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro* 2002; 18(6): 1771-1781.
11. Lopes-Casasnovas G, Rico A. La descentralización, parte del problema sanitario ou de su solución? *Gaceta Sanitaria* 2003; 17(4): 319-326.
12. Goulart FAA. Experiências em Saúde da Família: cada caso é um caso?[Tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. 2002

13. Atkinson S, Fernandes L, Caprara A, Gideon J. Prevention and promotion in decentralized rural health systems: a comparative study from northeast Brazil. *Health Policy and Planning* 2005; 20(2): 69-79.
14. Vieira-da-Silva LM, Hartz ZMA, Chaves SCL, Paim JS, Silva, GAP; Lopes, RM; Pacheco, F. Avaliação da descentralização da atenção à saúde na Bahia: relatório final. Centro Colaborador ISC/Ministério da Saúde. 2002.
15. Teixeira CF. Determinantes do desempenho institucional do SUS municipal: controle de gestão ou capacidade de governo? *Ciência e Saúde Coletiva* 2003; 8 (2): 352-355.
16. Paim JS. Burocracia y aparato estatal: implicaciones para a planificación e instrumentacion de políticas de salud. In: Fleury S (org.). *Estado y políticas sociales em America Latina*. México: Universidade Autônoma Metropolitana; 1992. p.293-311.
17. Bossert T. Analyzing the decentralization of health systems in developing countries: decision space, innovation and performance. *Soc.Sci.Med.* 1998; 47(10): 1513-1527.
18. Almeida C. Health systems reform and equity in Latin América and the Caribbean. *Cad. Saúde Pública* 2002; 18(4): 902-903.
19. Drummond SJ. *Epidemiologia nos Municípios. Muito além das normas*. São Paulo: Editora HUCITEC. 2003.
20. Pontes RJS, Machado MMT, Pontes LRSK. Avaliação qualitativa do Sistema de Vigilância Epidemiológica do Ceará (Nota prévia). *Informe Epidemiológico do SUS* 2002; 11(3/4): 165-167.
21. Gonçalves ML, Almeida MCP, Gera SC. 1996. A municipalização da vacinação em Ribeirão Preto, Estado de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 1996; 12 (1): 79-87.
22. Villa TCS, Almeida MCP, Palha PF, Muniz JN, Gonzáles RIC, Pinto Neto JM, Vendramini SH. A prática na vigilância epidemiológica: entre o geral e o específico. *Rev. Bras. Enferm* 2002; 55(2): 169-173.
23. Dias JCP. Vigilância epidemiológica em doença de Chagas. *Cad. Saúde Pública* 2000; 16 (suppl.2): 43-59.
24. Albuquerque MIN. A gestão da vigilância epidemiológica na identificação de situações epidêmicas em municípios de Pernambuco.[Dissertação de Mestrado]. Recife (PE): Universidade Federal de Pernambuco; 2000.
25. Rodrigues VM, Fracoli LA, de Oliveira MA. Possibilidades e limites do trabalho de vigilância epidemiológica no nível local em direção à vigilância à saúde. *Rev. Esc. Enferm USP* 2001; 35(4): 313-319.

26. Cerqueira EM, Assis MMA, Villa TCS, Leite JA. Vigilância Epidemiológica no processo de municipalização do Sistema de Saúde em Feira de Santana-BA. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* 2003; 12(4): 213-223.
27. Bourdieu P. *Meditações Pascalianas*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2001.
28. Yin R.K. *Estudo de caso. Planejamento e Métodos*. 3ed. Porto Alegre: Bookman. 2005.
29. Kesner DM, Kalk CE, Singer J. 1973. Assessing health quality. The case of tracers. *New England Journal of Medicine* 1973; 288(4): 189-193.
30. Matus C. *Política, Planejamento e Governo*. 3 ed. Vol. I. Brasília: IPEA; 1993.
31. Bourdieu P. A gênese dos conceitos de habitus e de campo. In: Bourdieu P. *O Poder Simbólico*. Lisboa; Difel; Rio de Janeiro; Editora Bertrand Brasil S.A; 1989.
32. CEBES/ABRASCO/ABRES/AMPASA. Reafirmando compromissos pela saúde dos brasileiros (Carta de Brasília). Manifesto lançado em Brasília, no dia 23 de novembro de 2005, em ato público realizado na Câmara de Deputados.
33. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.545, de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica - SUS nº 1/93. *Diário Oficial da União, Brasília, 1993*.
34. BRASIL. Portaria No 2.203, de 5 de nov de 1996. Estabelece a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde No 1 de 1996 (NOB-SUS,1996). *Diário Oficial da União* 5 nov 1996; 216.Seção 1(Pt1):22938-9.
35. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 950, de 23 de dezembro de 1999. Regulamenta a NOB/SUS 01/96. *Diário Oficial da União, Brasília, p.58, 17 jun. 2004. Seção 1*.
36. Silva Júnior JB. 2004. *Epidemiologia em serviço: uma avaliação de desempenho do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde [Tese Doutorado]*. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas; 2004.
37. BRASIL. Portaria No 373/GM de 27 de fevereiro de 2002. Aprova na forma de anexo a Norma Operacional de Assistência à Saúde-NOAS-SUS 1/2002. *Diário Oficial da União, Brasília, p. 52, 28 de fevereiro. 2002, Seção 1*.
38. BRASIL. Portaria no 1172, de 15 de junho de 2004. Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal, na área de Vigilância em Saúde, define a sistemática de financiamento e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília, p.58, 17 junho. 2004. Seção 1*.
39. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. XIIª Conferência Nacional de Saúde. Conferência Sérgio Arouca. Brasília, 07 a 11 de dezembro de 2003: relatório

- final. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. Disponível em: www.bvseps.epsjv.fiocruz.br/html/pt/relatoriocns2003.pdf.
40. Vilasbôas A. Vigilância à saúde e distritalização: a experiência de Pau da Lima. [Dissertação de Mestrado]. Salvador (BA): Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia; 1998.
 41. Barcellos C, Quitério LAD. Vigilância ambiental em saúde e sua implantação no Sistema Único de Saúde. *Rev Saúde Pública* 2006; 40(1): 170-7.
 42. Formigli VLA, Barbosa AMG, Itaparica ALM, Cavalcante EB, Farias TM. Práticas de saúde e modelos assistenciais no município de Pintadas, Bahia. *Saúde em Debate* 2004; 28 (66): 16-27.
 43. Schraiber LB, Nemes MIB, Sala A, Peduzzi M, Castanheira ERL, Kon R. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. *Ciência & Saúde Coletiva* 1999; 4 (2):221-242.
 44. BRASIL. 2003. Proposta e Diretrizes do Ministério da Saúde para os eixos temáticos. Documento apresentado à 12ª Conferência Nacional de Saúde. Disponível em <www.12conferencia.com.br>.
 45. Abrasco-Cebes. 2003. Saúde, Justiça e Inclusão Social. Documento apresentado à 12ª Conferência Nacional de Saúde. Disponível em <www.abrasco.org.br>.
 46. Rigoli F, Dussaut G. The interface between health sector reform and human resources in health. *Hum Resour Health* 2003; 1(1): 9.
 47. Teixeira C. O futuro da prevenção. Salvador, BA: Casa da Qualidade Editora; 2001.
 48. Czeresnia D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: Czeresnia D, organizadora. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003. p.39- 53.
 49. Teixeira CF, Paim JS, Vilasboas AL. SUS, Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde. *Informe Epidemiológico do SUS* 1998; 7(2): 7-28.
 50. De Masi D. O ócio criativo. Rio de Janeiro: Sextante, 2000.
 51. Testa M. Saber em saúde. La construcción del conocimiento. Buenos Aires: Lugar Editorial S.A; 1997.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Número de textos a partir do descritor vigilância (excluídos textos sobre vigilância sanitária), de acordo com o termo utilizado, tema abordado e tipo de texto, banco de dados Scielo e Banco de Tese da Capes, janeiro de 1990 a agosto de 2005 (n= 144)

Termo empregado	Ano	Tema abordado						Tipo do texto						
		Reflexões conceituais e metodológicas			Estudos empíricos			Relato de experiência/ Estudo de caso	Artigo científico	Opinião qualificada/ ensaios	Tese		Relato de experiência	Outros ¹
		Organização das práticas de saúde	Vigilância de eventos específicos	Outros	Organização das práticas de saúde	Vigilância de eventos específicos	M				D			
VIGILÂNCIA <i>n=21 (14,6%)</i>	1990-1995	-	-	-	-	-	02	-	-	-	-	-	02	
	1996-2000	-	03	-	-	02	-	02	01	02	-	-	-	
	2001-2005	-	12	-	-	02	-	06	04	02	01	-	01	
	Sub-Total	-	15	-	-	04	02	08	05	04	01	-	03	
VIGILÂNCIA À SAÚDE <i>n=24 (16,7%)</i>	1990-1995	03	02	-	-	01	02	-	01	01	-	-	06	
	1996-2000	03	-	-	03	02	04	-	02	04	-	03	03	
	2001-2005	01	01	-	-	-	02	-	01	01	-	02	-	
	Sub-Total	07	03	-	03	03	08	-	04	06	-	05	09	
VIGILÂNCIA DA SAÚDE <i>n=12 (8,3%)</i>	1990-1995	01	-	01	-	-	-	-	-	-	-	-	02	
	1996-2000	01	-	-	-	-	-	-	01	-	-	-	-	
	2001-2005	03	-	02	-	01	03	-	04	02	01	02	-	
	Sub-Total	05	-	03	-	01	03	-	05	02	01	02	02	
VIGILÂNCIA EM SAÚDE <i>n=12 (8,3%)</i>	1990-1995	02	-	-	-	-	-	-	-	01	-	-	01	
	1996-2000	01	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	2001-2005	02	03	-	02	01	01	03	03	-	01	01	01	
	Sub-Total	05	03	-	02	01	01	03	03	01	01	01	01	
VIGILÂNCIA EM SAÚDE PÚBLICA <i>n=4 (2,8%)</i>	1990-1995	-	01	-	-	-	-	-	01	-	-	-	-	
	1996-2000	-	01	-	-	-	-	01	-	-	-	-	-	
	2001-2005	-	02	-	-	-	-	-	-	02	-	-	-	
	Sub-Total	-	04	-	-	-	-	01	-	02	-	-	-	

¹ Conferências, relatórios de oficinas, seminários, livros, capítulos de livros, monografias. * Vigilância ambiental/Vigilância epidemiológica ambiental/Vigilância em saúde ambiental.

APÊNDICE A - Número de textos a partir do descritor vigilância (excluídos textos sobre vigilância sanitária), de acordo com o termo utilizado, tema abordado e tipo de texto, banco de dados Scielo e Banco de Tese da Capes, janeiro de 1990 a agosto de 2005 (n= 144) (Continuação)

Termo empregado	Ano	Tema abordado						Tipo do texto						
		Reflexões conceituais metodológicas			Estudos empíricos			Relato de experiência/ Estudo de caso	Artigo científico	Opinião qualificada/ ensaios	Tese		Artigo com relato de experiência	Outros ²
		Organização das práticas de saúde	Vigilância de eventos específicos	Outros	Organização das práticas de saúde	Vigilância de eventos específicos	M				D			
<i>VIGILÂNCIA AMBIENTAL EM SAÚDE*</i> <i>n=13(9,0%)</i>	1990-1995	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	1996-2000	-	01	-	-	-	02	-	01	02	-	-	-	
	2001-2005	01	04	-	-	03	02	03	04	01	-	02	-	
	Sub-Total	01	05	-	-	03	04	03	05	03	-	02	-	
<i>VIGILANCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR</i> <i>n=8(5,6)</i>	1990-1995	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	1996-2000	-	-	02	-	01	01	-	01	01	02	-	-	
	2001-2005	-	-	03	-	-	01	-	03	01	-	-	-	
	Sub-Total	-	-	05	-	01	02	-	04	02	02	-	-	
<i>VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA</i> <i>n=50(34,7%)</i>	1990-1995	-	02	11	-	01	02	03	04	-	02	01	06	
	1996-2000	-	-	01	-	03	06	05	01	03	-	01	-	
	2001-2005	-	09	02	02	07	04	10	08	02	03	-	01	
	Sub-Total	-	11	14	02	11	12	18	13	05	05	02	07	

² Conferências, relatórios de oficinas, seminários, livros, capítulos de livros, monografias. * Vigilância ambiental/Vigilância epidemiológica ambiental/Vigilância em saúde ambiental.

Apêndice B - Elementos teóricos do modelo de análise dos limites e potencialidades da transformação das práticas de vigilância em sistemas locais de saúde

No Brasil, nos últimos anos, esforços de experimentação e desenvolvimento de modelos assistenciais alternativos que contemplem a integralidade, a qualidade, a humanização do cuidado e a efetividade vêm sendo vivenciados (Teixeira, 2002; Paim, 2003).

Pesquisas realizadas trazem evidências de que as relações sociais (políticas, econômicas e ideológicas) prevalentes no país, tanto quanto as formas de financiamento e gestão dos sistemas de saúde vigentes, são obstáculos para a transformação das práticas de saúde (Vilasboas, 1998). As formas precárias das relações de trabalho presentes no setor saúde seriam outro importante entrave para o surgimento de novas experiências. A não regularização das condições de trabalho dos agentes, implicando na alta rotatividade da força de trabalho em saúde entre os diversos sistemas municipais, poderia ser um fator importante para a não concretização de um maior número de experiências exitosas relacionadas à mudança das práticas e do modelo de atenção.

Contudo, apesar de não se poder abstrair os diversos constrangimentos de ordem mais estrutural à incorporação de novas tecnologias e, conseqüentemente, de novas práticas no interior de serviços e sistemas determinados, como referido anteriormente, a “resistência” à mudança apresentada pelos agentes das práticas também é apontada como um obstáculo à construção do novo (Barros, 1996; Silva, 1997).

Com base nos aspectos acima apontados, no intuito de compreender os fatores que podem facilitar ou obstaculizar transformações nas práticas de vigilância na direção da adoção de um novo modo tecnológico de intervenção, consideramos ser fundamental a incorporação de reflexões de autores do campo das Ciências Sociais, assumindo-se que as práticas de saúde são práticas sociais (Donnangelo & Pereira 1976; Mendes Gonçalves, 1994). Nessa linha, faz-se a apresentação de elementos da teoria da prática do sociólogo francês Pierre Bourdieu (Bourdieu, 1994) identificando-se aspectos que possam contribuir para a análise das possibilidades e limites das mudanças de práticas de saúde nos sistemas municipais.

Posteriormente, entendendo-se a reorientação dos modelos assistenciais como uma das inovações esperadas com a descentralização da gestão da saúde, apresenta-se o quadro de referência apresentado por Bossert (1998) que propõe a utilização do modelo do *espaço de decisão* (*decision space approach*) na análise de como a descentralização contribui para a

incorporação de inovações e no desempenho dos sistemas locais de saúde. Tal abordagem poderá ser útil na identificação dos mecanismos de controle ou indução empregados pelos formuladores de políticas de escopo nacional para assegurar que os agentes no nível municipal trabalhem na direção dos objetivos desejados. O limite dado às possíveis opções dos gestores locais pelo espaço de decisão formal, que representaria a história objetivada (Bourdieu, 2001), poderá em parte explicar as formas de organização das práticas de vigilância no nível local, objeto da presente investigação.

Teoria da prática: contribuições para o estudo da conformação das práticas de saúde

A opacidade dos processos históricos deriva do fato de que as ações humanas constituem o produto não aleatório e não obstante jamais racionalmente dominado de inumeráveis encontros obscuros para si mesmos entre habitus marcados pela história de que são procedentes e universos sociais (sobretudo campos) nos quais realizam suas potencialidades, mas sob a coação da estrutura desses universos, recebendo dessa dupla necessidade sua lógica especificamente histórica, intermediária entre a razão lógica das “verdades de razão” e a contingência pura das “verdades de fato”, a qual não se deixa deduzir, deixando-se, no entanto, compreender, e até mesmo se fazer necessária (Bourdieu, 2001:141).

O objetivo deste tópico é buscar na teoria da prática (Bourdieu, 1994)³ elementos que possam contribuir para esclarecer quais os fatores que podem ser relacionados com a conformação das práticas de saúde em uma dada situação.

Segundo Bourdieu (2001:184) o princípio da ação estaria na cumplicidade entre dois estados do social: *entre a história objetivada nas coisas, sob a forma de estruturas e mecanismos (os do espaço social⁴ ou dos campos⁵), e a história encarnada nos corpos, sob a forma de*

³ “O conhecimento que podemos chamar *praxiológico* tem como objeto não somente o sistema das relações objetivas que o modo de conhecimento objetivista constrói, mas também as relações *dialéticas* entre essa estrutura e as *disposições* estruturadas nas quais elas se atualizam e tendem a reproduzi-las,(...) este conhecimento supõe uma ruptura com o modo de conhecimento objetivista, quer dizer, um questionamento das condições de possibilidade e, por aí, dos limites do ponto de vista objetivo e objetivante que apreende as práticas de fora, enquanto fato acabado, em lugar de construir seu princípio gerador situando-se no próprio movimento de sua efetivação. Se o modo de conhecimento praxiológico pode aparecer como um retorno puro e simples ao modo de conhecimento fenomenológico e se a crítica do objetivismo que ele implica corre o risco de ser confundida com a crítica que o humanismo ingênuo dirige à objetivação científica em nome da experiência vivida e dos direitos da subjetividade é porque ele é o produto de uma dupla translação teórica (...). O conhecimento praxiológico não anula as aquisições do conhecimento objetivista, mas conserva-as e as ultrapassa, integrando o que esse conhecimento teve que excluir para obtê-las” (Bourdieu, 1994: 47-48).

⁴ Empregando espaço social como o “lugar da coexistência de posições sociais, de pontos mutuamente exclusivos” (Bourdieu, 2001: 159), com a *distinção* das posições sendo reflexo da distribuição das diferentes espécies de capital e afetando o espaço físico, através da distribuição das propriedades. Para Bourdieu “todas as sociedades se apresentam como espaços sociais, isto é, estruturas de diferenças que não podemos compreender verdadeiramente a não ser

habitus”⁶. Com a noção de *habitus* Bourdieu buscou superar ao mesmo tempo as teorias em que a ação constitui o efeito mecânico da coerção de causas externas e as que consideram que o agente atua de maneira consciente. Correspondendo a sistemas de esquemas de percepção, apreciação e ação inscritos nos corpos dos agentes sociais pelas experiências passadas, os *habitus* permitiriam tanto operar atos de conhecimento prático, como também engendrar estratégias⁷ adaptadas e incessantemente renovadas, sem um cálculo racional explícito de meios e finalidades, porém nos limites dados das condições estruturais de que são o produto. As disposições não conduziriam de modo determinado a uma ação determinada, as práticas dos agentes corresponderiam a uma relação entre o *habitus* dos agentes e a situação em que ele se atualiza (Bourdieu, 1979). O *habitus* constituiria uma potencialidade, um desejo de ser que busca criar as condições de sua realização. O *habitus* não seria um destino, mas a sua transformação, como

construindo o princípio gerador que funda essas diferenças na objetividade. Princípio que é o da distribuição das formas de poder ou dos tipos de capital eficientes no universo social considerado – e que variam, portanto, de acordo com os lugares e os momentos” (Bourdieu, 1996b: 50). Estudos empíricos realizados pelo autor (Bourdieu, 1979) correlacionam as tomadas de posição dos agentes (opiniões, representações, juízos etc) sobre o mundo físico e o mundo social com a posição ocupada no espaço social.

⁵ O autor elaborou a noção de campo para sair do impasse colocado pelas interpretações das produções culturais que valorizavam ou o “texto” ou o “contexto”. Na fala do autor: “Minha hipótese consiste em supor que entre esses dois pólos, muito distantes, entre os quais se presume (...) que pode passar a corrente, há um universo intermediário que chamo *campo literário, artístico, jurídico ou científico*, isto é, o universo em que se incluem os agentes e as instituições que produzem, reproduzem ou difundem a arte, a literatura ou a ciência. Esse universo é um mundo social como os demais, porém que obedece a leis sociais mais ou menos específicas. (...) Uma das manifestações mais visíveis da autonomia do campo é sua capacidade de refratar, traduzindo-as em uma forma específica, as coações ou as demandas externas (...) O grau de autonomia de um campo, em consequência, tem como indicador principal seu poder de refração, de retradução. Ao inverso, a heteronomia de um campo se manifesta essencialmente no fato de que os problemas exteriores, em especial os políticos, se expressam diretamente nele. (...) Qualquer campo (...) é um campo de forças e um campo de lutas por transformar esse campo de forças. (...) A estrutura das relações objetivas entre os agentes determina o que estes podem fazer e não fazer. Ou, mais precisamente, a posição que eles ocupam nessa estrutura determina e orienta, ao menos negativamente, suas tomadas de posição. (...) os agentes (indivíduos ou instituições) caracterizados pelo volume de seu capital, determinam a estrutura do campo em proporção a seu peso, que depende por sua vez de todos os demais agentes, isto é, de todo o espaço” (Bourdieu, 2004: 73-78)

⁶ Ver a origem da utilização do conceito na obra do autor em: Bourdieu P. A gênese dos conceitos de *habitus* e de campo. In: O Poder Simbólico. Lisboa, Difel; Rio de Janeiro, Editora Bertrand Brasil S.A; 1989, p.59-73. Para Bourdieu “Quando as representações oficiais daquilo que um homem é oficialmente em um espaço social dado tornam-se *habitus*, elas se tornam o fundamento real das práticas” (Bourdieu, 1996:152).

⁷ O autor utiliza a linguagem da estratégia “para designar as seqüências de ações objetivamente orientadas para uma finalidade e observáveis em todos os campos. As estratégias mais eficazes são aquelas tendentes a se ajustar espontaneamente à necessidade imanente do campo sem qualquer intenção manifesta nem cálculo, o que significaria afirmar que o agente nunca é por inteiro o sujeito de suas práticas” (Bourdieu, 2001:169). Boa parte das condutas humanas se daria dentro do “espaço de jogo” representado pelos campos, contudo, “elas não têm como princípio uma intenção estratégica tal como a postulada pela teoria dos jogos (...) os agentes sociais têm “estratégias” que só muito raramente estão assentadas em uma verdadeira intenção estratégica” (Bourdieu, 1996: 145).

ressalta Bourdieu (2001:220), dependeria de transformação das condições de produção e de reforço das disposições desde que envolve *crenças corporais, paixões e pulsões*.

Um ponto a ser problematizado é o do emprego do conceito de campo na área da saúde coletiva. A utilização desse conceito implicaria na idéia de um universo onde se incluem agentes e instituições que produzem, reproduzem ou difundem seus produtos e, apesar de ser um mundo social, obedecem a leis sociais mais ou menos específicas (Bourdieu, 2004) que refratariam e traduziriam as demandas externas. O campo da saúde coletiva ao se constituir a partir de uma dada intersecção entre o campo burocrático (Bourdieu, 1996a) e o campo científico (Bourdieu, 1994a) seria um universo onde o desinteresse é recompensado⁸ (Bourdieu, 1996). Apesar da autonomia relativa inerente ao conceito de campo, o campo da saúde coletiva seria afetado pelo campo político, o campo de poder⁹ (Bourdieu, 1996 b) e o campo econômico que têm estruturas e leis específicas mais estudadas e estabelecidas. Ao considerarmos o objeto do presente estudo as análises relativas aos interesses e *habitus* prevalentes no campo burocrático seriam muito úteis¹⁰ uma vez que as práticas chamadas de saúde pública historicamente foram vinculadas ao Estado (Rosen, 1994; Costa, 1985; Labra, 1985; Merhy, 1992; Yida, 1994).

No período anterior à descentralização na área da saúde os agentes das práticas de vigilância eram, na sua quase totalidade, pessoal do Estado e operavam parte da máquina administrativa do Estado, pertencendo à burocracia técnica e profissional do setor saúde, historicamente tomados como *burocracia da saúde pública* (Labra, 1988:35). Eles construíram

⁸ “Os universos sociais nos quais o desinteresse é a norma oficial, não são, sem dúvida, inteiramente regidos pelo desinteresse: por trás da aparência piedosa e virtuosa do desinteresse, há interesses sutis, camuflados, e o burocrata não é apenas o servidor do Estado, é também aquele que põe o Estado a seu serviço” (Bourdieu, 1996: 152), e poderíamos acrescentar, parafraseando: e o cientista não é apenas o servidor da Ciência, é também aquele que põe a Ciência a seu serviço.

⁹ O campo do poder é “o espaço de relações de força entre os diferentes tipos de capital ou, mais precisamente, entre os agentes suficientemente providos de um dos diferentes tipos de capital para poderem dominar o campo correspondente e cujas lutas se intensificam sempre que o valor relativo dos diferentes tipos de capital é posto em questão (...). Um dos alvos das lutas que opõem o conjunto dos agentes ou das instituições que têm em comum o fato de possuírem uma quantidade de capital específico (econômico ou cultural, especialmente) suficiente para ocupar posições dominantes no interior de seus campos respectivos, é a conservação ou a transformação da “taxa de câmbio” entre os diferentes tipos de capital e, do mesmo modo, o poder sobre as instâncias burocráticas que podem alterá-la por meio de medidas administrativas (...). As forças envolvidas nessas lutas e a orientação, conservadora ou subversiva, que lhes é dada, dependem da “taxa de câmbio” entre os tipos de capital, isto é, daquilo mesmo que essas lutas visam conservar ou transformar” (Bourdieu, 1996b: 52).

¹⁰ Ver a discussão nas páginas 93-95 em: Bourdieu, P. 1989a. *Le mort saisit le vif*. As relações entre a história reificada e a história incorporada. In: *O Poder Simbólico*. Lisboa, Difel; Rio de Janeiro, Editora Bertrand Brasil S.A., p.75-106.

uma história que permanece nas instituições, métodos adotados e nos corpos dos que militam na área. Com essa leitura, poderíamos sinalizar que um limite à transformação das práticas estaria vinculado à história incorporada (Bourdieu, 1979), considerando-se que os que exortam a mudança de práticas por deliberação - *tomada de consciência* dos agentes - *acabam ignorando a extraordinária inércia resultante da inscrição das estruturas sociais nos corpos* (Bourdieu, 2001: 209). Por outro lado, uma questão que se coloca na atualidade, após a descentralização, é se os agentes dos sistemas municipais de saúde podem ser considerados ou não pessoal do Estado, desde que um número considerável não faz parte dos quadros funcionais das secretarias municipais e sim têm com elas uma relação precária, através de contratações temporárias. Como tal situação de crise estaria afetando a organização das práticas de vigilância? Uma questão a ser colocada é se no caso singular das práticas de vigilância nos sistemas municipais de saúde estaria ocorrendo um descompasso entre a *história reificada e a história incorporada* (Bourdieu, 1989a) que seria propício a mudanças.

Momentos de crise, quando um campo atravessa uma rápida mudança e suas regularidades e regras sofrem grandes transformações, provocam incoerência entre os *habitus* e as situações de atualização e podem ser tomados como momentos de reflexão e de luta política (Bourdieu, 2001). Com isso as seguintes questões devem ser colocadas: poderemos falar de nova correlação de forças e de nova estrutura presentes no campo da saúde no Brasil depois da constituição do Sistema Único de Saúde? No caso de uma resposta positiva, essa nova situação estaria levando a agentes com *habitus* profissionais adaptados ao estado anterior do jogo a uma maior reflexão, com a possibilidade de transformação de suas práticas, ou esses agentes buscariam manter ou produzir um estado do universo social que possibilitem suas disposições adquiridas se atualizar?

No nosso entender, uma teoria da prática que considera a ação uma relação dialética entre o *habitus* e a situação poderia ser muito útil para uma melhor compreensão das possibilidades das práticas serem reproduzidas ou, por outro lado, transformadas no novo contexto criado pela reforma sanitária no Brasil.

Descentralização, incorporação de inovações e organização das práticas de saúde.

Considerando-se a reorientação das práticas sanitárias como uma das inovações esperadas com a descentralização da gestão da saúde, o quadro de referência apresentado por Bossert (1998) pode ser útil para as análises da presente investigação. Esse autor propõe a utilização do modelo do *espaço de decisão* (*decision space approach*) na análise de como a descentralização contribui para a incorporação de inovações e no desempenho dos sistemas locais de saúde.

A proposta é baseada na abordagem de dirigentes e agentes (*principal agent approach*), que toma o tema da descentralização no contexto dos objetivos de um dado dirigente (indivíduo ou instituição) e como esse usa vários mecanismos de controle para assegurar que os agentes (os que implementam as atividades para alcançar os objetivos) trabalhem na direção dos objetivos desejados.

O autor referido amplia o escopo da abordagem anterior com a introdução do conceito de *espaço de decisão*, ou seja, as possibilidades de escolha que são permitidas pelas autoridades centrais (dirigente) e que são utilizadas pelas autoridades locais (agentes). Esse espaço pode ser formalmente definido por leis e mecanismos de regulação, contudo, o *espaço de decisão real* (ou informal) também é estabelecido nas lacunas das definições formais e representa uma área de negociação e tensão entre os níveis.

O estudo do *espaço de decisão* em grandes áreas funcionais (financiamento, organização de serviços, recursos humanos, regras de acesso e regras de *governança*) permitiria observar se mudanças foram feitas e se elas foram inovações ou mudanças propostas pela autoridade central, além de verificar como elas afetam o desempenho dos sistemas locais de saúde visando o alcance dos objetivos da reforma do setor. Para Bossert as características do agente de implementação influenciam sua resposta aos mecanismos de controle e na busca por inovações. Entre essas características o autor cita: as motivações e objetivos dos agentes, o papel e influência dos dirigentes locais e a capacidade dos agentes locais para inovar e implementar.

No modelo teórico proposto para a realização do presente estudo, o espaço de decisão formal conformado a partir do desenho da política nacional de descentralização da gestão da saúde representaria um produto da história do campo da saúde pública no país, ou seja, faria parte da história objetivada.

Referências bibliográficas

- Barros E. Política de Saúde no Brasil: a universalização tardia como possibilidade de construção do novo. *Ciência & Saúde Coletiva* 1996; 1: 5-17.
- Bourdieu P. La distinción. Criterios y bases sociales del gusto. Madri : Grupo Santillana de Ediciones, S.A; 1979.
- Bourdieu P. A gênese dos conceitos de habitus e de campo. In: Pierre B. O Poder Simbólico. Lisboa, Difel; Rio de Janeiro, Editora Bertrand Brasil S.A, 1989. p.59-73.
- Bourdieu P. Le mort saisit le vif. As relações entre a história reificada e a história incorporada. In: Pierre Bourdieu. O Poder Simbólico. Lisboa, Difel; Rio de Janeiro, Editora Bertrand Brasil S.A 1989. p.75-106.(a)
- Bourdieu P. Esboço de uma Teoria da Prática. In: Renato Ortiz (Org.). Pierre Bourdieu. Coleção Grandes Cientistas Sociais. 2 ed. São Paulo: Ática; 1994. p.46-81.
- Bourdieu P. O campo científico. In: Renato Ortiz (Org.). Pierre Bourdieu. Coleção Grandes Cientistas Sociais. 2 ed. São Paulo: Ática; 1994, p.122-155 (a).
- Bourdieu P. É possível um ato desinteressado? In: Bourdieu P. Razões práticas: sobre a teoria da ação. Campinas, SP: Papirus. 1996.
- Bourdieu P. Espíritos de Estado. Gênese e estrutura do campo burocrático. In: Bourdieu P. Razões práticas: sobre a teoria da ação. Campinas, SP: Papirus. 1996. p. 91-124.(a)
- Bourdieu P. Espaço Social e campo de poder. In: Bourdieu P. Razões práticas: sobre a teoria da ação. Campinas, SP: Papirus; 1996. p.48-52. (b).
- Bourdieu P. Meditações Pascalianas. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001.
- Bourdieu P. Os usos sociais da ciência. Por uma sociologia clínica do campo científico. São Paulo: Editora UNESP, 2004.
- Bossert T. Analyzing the decentralization of health systems in developing countries: decision space, innovation and performance. *Soc.Sci.Med.* 1998; 47(10): 1513-1527.
- Costa N. Lutas urbanas e controle sanitário: origens das políticas de saúde no Brasil. Petrópolis: Vozes/ABRASCO, 1985.
- Donnangelo MCF; Pereira, L. Saúde e Sociedade. São Paulo: Duas Cidades, 1976
- Iyda M. Cem anos de saúde pública: a cidadania negada. São Paulo: Universidade Estadual Paulista, 1994.

- Labra ME. O movimento sanitaria nos anos 20: da “conexão sanitária internacional” à especialização em saúde pública no Brasil. [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: EPAB, Fundação Getúlio Vargas, 1985.
- Mendes Gonçalves RB. Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: HUCITEC, Rio de Janeiro: ABRASCO.1994
- Merhy E E. 1992. A saúde pública como política: um estudo de formuladores de políticas. São Paulo: HUCITEC; 1992.
- Paim J. S. Vigilância da Saúde: dos modelos assistenciais para a promoção da saúde. In: Czeresnia D, organizador. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003. p.161- 174.
- Silva GAP. O SUS REAL: os sujeitos sociais na implementação da política de descentralização do controle de endemias. [Dissertação de Mestrado]. Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da UFBA; 1997.
- Teixeira, CF.2002. Promoção e Vigilância da Saúde no SUS: desafios e perspectivas. In: Teixeira CF(org.) Promoção e Vigilância da Saúde. Salvador, 2002.p. . 101-125.
- Vilasbôas AL. Vigilância à saúde e distritalização: a experiência de Pau da Lima. [Dissertação de Mestrado]. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia; 1998.

Apêndice C – Termo de consentimento informado

Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva

Projeto “A vigilância e a gestão descentralizada da saúde: novos cenários, novas práticas?”:
Termo de consentimento informado

Eu, Gerluce Alves Pontes da Silva, estou pesquisando as relações entre a descentralização e a reorganização das práticas de vigilância em saúde em municípios em gestão plena do sistema de saúde na Bahia. Desejo saber em que medida o processo de descentralização tem propiciado a incorporação nas práticas rotineiras dos serviços de saúde de inovações no que diz respeito ao acesso, acolhimento, diagnóstico, tratamento, encaminhamentos e medidas de promoção, prevenção e controle referente aos agravos priorizados pela vigilância, entre eles o dengue e a tuberculose, selecionados para o estudo.

Assumo o compromisso de que toda a informação que você irá me fornecer permanecerá estritamente confidencial. O seu nome não aparecerá em nenhuma parte do relatório ou investigação ou qualquer outro documento que possa ser produzido a partir dela como artigos ou relatórios. Os dados publicados serão apresentados de forma que seu nome jamais será identificado.

Sua participação nessa pesquisa é de fundamental importância para gerar informações capazes de resultar na melhoria da atenção prestada aos usuários do Sistema Único de Saúde. Porém, ela é inteiramente voluntária. A qualquer momento você poderá desistir de continuar a entrevista e só responderá as perguntas que desejar.

Eu _____ entrevistado (a) pela pesquisadora Gerluce Alves Pontes da Silva, declaro estar ciente de que entendo os objetivos e condições de participação na pesquisa “**A vigilância e a gestão descentralizada da saúde: novos cenários, novas práticas?**” e aceito nela participar.

Local:

Data:

Assinatura do entrevistador:

Assinatura do entrevistado:

Apêndice D - Roteiros de entrevistas

a) Roteiro de entrevistas com dirigentes e técnicos do nível central

IDENTIFICAÇÃO DO AGENTE: sexo, idade, escolaridade, renda média¹¹, profissão, ocupação, profissão e ocupação dos pais, avós e cônjuge, bairro de residência.

OBS: Informações a serem solicitadas no decorrer da entrevista em momento considerado como mais oportuno.

I -Trajetória do agente

Fale um pouco sobre sua história profissional.

OBS: Estimular a fala do entrevistado caso não tenham sido mencionados os seguintes itens:

Experiência acadêmica - formação, razões de escolha da profissão, instituição onde fez a graduação, cursos na pós-graduação e em que instituições;

Experiência profissional – entrada no mercado de trabalho, trajetória profissional, opção por saúde pública/saúde coletiva, tempo de serviço na Secretaria Municipal de Saúde (SMS), funções exercidas, se exerce outras atividades profissionais na atualidade, motivo e opinião sobre a (s) outra (s) atividade(s);

Participação em fóruns políticos, associativos e profissionais (atual e no passado).

II - Concepções dos agentes

1. O tema da XIIª CNS foi: *“Saúde: um direito de todos e dever do Estado – a saúde que temos, o SUS que queremos.* Comente a respeito.
2. Para você o que faz uma pessoa adoecer?
3. No seu entender o que é vigilância da saúde?

¹¹< R\$ 1.000: < salário mínimo; = salário mínimo (R\$300,00), < R\$ 1.000
> R\$ 1000: 1000-2.000; 2.000- 3.000; 3.000-4000; 4.000-5000; acima de 5.000.

4. O que você consideraria como modelo ideal de vigilância da saúde?
5. Qual a sua opinião a respeito da descentralização das ações de vigilância?
6. Na sua opinião quais os principais obstáculos para a implementação de um modelo assistencial que atenda as necessidades de saúde da população?
7. Para você o que significa ser servidor público?
8. O que é trabalhar com saúde pública /saúde coletiva no contexto atual?
9. O que falta hoje para você considerar o trabalho da SMS como de qualidade

III - Projeto de Governo, governabilidade e capacidade de governo

1. Você tem conhecimento da posição do Prefeito e/ou do gestor municipal de saúde em relação ao projeto de organização da vigilância em saúde? Exemplifique.
2. Foram apresentados projetos pelo executivo à Câmara de Vereadores relativos à organização das práticas de vigilância em saúde? Em caso positivo, foram aprovados? Dê exemplos.
3. Que propostas sobre a organização das práticas de vigilância em saúde foram apresentadas e discutidas no Conselho Municipal de Saúde? Foram aprovadas? Dê exemplos.
4. Qual a posição da imprensa local sobre as ações de vigilância e controle de doenças do Município? Dê exemplos.
5. Em sua opinião qual é a posição dos trabalhadores/profissionais de saúde em relação às propostas de organização das práticas de vigilância em saúde no município?
6. A SMS é responsável pela gestão do Fundo Municipal de Saúde? Existe uma comissão ou algum profissional responsável pela sua administração?
7. O Conselho Municipal de Saúde (CMS) se reúne regularmente? Que assuntos são discutidos? E o Conselho Local de Saúde (CLS)?
8. Os CMS e CLS acompanham as atividades de vigilância do município e/ou da unidade? Acompanha os gastos da SMS na área de vigilância? As deliberações propostas pelo CMS e CLS são implementadas?

IV – Práticas de Gestão

1. Existem espaços coletivos para tomada de decisão na SMS? Qual (is) e com que periodicidade?
2. Como vem se dando a articulação entre a equipe gerencial da SMS e as equipes das unidades de saúde em relação às práticas de vigilância? Quais são os mecanismos de comunicação utilizados?
3. Há alguma influência da equipe gerencial do nível central sobre o trabalho das unidades? Se sim, qual? Em caso negativo, a que você atribui esta falta de influência?
4. Qual a infra-estrutura da vigilância (RH, espaço físico, equipamentos viaturas) no município?
5. No seu ponto de vista o quadro de servidores da SMS é adequado às necessidades locais? E o da vigilância? E o do Programa de Controle da Dengue? Os recursos financeiros para a área são suficientes?
6. Quais as formas de contratação adotadas pela SMS?
7. Existe um Plano de Cargos e Salários na SMS?
8. Quais as diretrizes gerais da política de capacitação na SMS?

VI –Estrutura e processos de trabalho da vigilância

1. Quais são as atividades que você desenvolve (no dia, na semana, no mês)
2. Que instrumentos você utiliza para realizar suas atividades? Dê exemplos.
3. Que conhecimentos você utiliza para desenvolver suas atividades. Exemplifique
4. Quais os problemas de saúde priorizados no município? E para a vigilância? Como eles foram priorizados? Que informações foram utilizadas? Dê exemplos.
5. Como são pensadas as intervenções sobre os problemas priorizados no município? Cite exemplos.
6. Como são enfrentados os problemas de saúde que necessitam de intervenções fora do setor saúde? Cite exemplos.
7. Quais os sistemas de informações disponíveis na SMS? Quem gerencia esses sistemas e quem são seus usuários?

8. Os dados disponíveis nos sistemas de informação são utilizados para o monitoramento da situação de saúde e tomada de decisão?
9. Para o controle da dengue como vem se dando a articulação de ações intersetoriais? Dê exemplo.
10. Como vêm sendo desenvolvidas as ações de educação em saúde no município em relação ao controle da dengue? Quais os recursos de comunicação que vocês utilizam?
11. Como é realizado o planejamento e a programação das atividades/ações de vigilância? Os profissionais de saúde dos serviços e a população participam do planejamento/programação?
12. São realizados monitoramento e avaliação das ações de vigilância de responsabilidade da SMS? Com que periodicidade? Em que consiste? Quem fica responsável pela execução do monitoramento e avaliação?

b) Roteiro de entrevistas com trabalhadores de saúde das unidades

IDENTIFICAÇÃO DO AGENTE: sexo, idade, escolaridade, renda média¹², profissão, ocupação, profissão e ocupação dos pais, avós e cônjuge, bairro de residência.

OBS: Informações a serem solicitadas no decorrer da entrevista em momento considerado como mais oportuno.

I -Trajetória do agente

Fale um pouco sobre sua história profissional.

OBS: Estimular a fala do entrevistado caso não tenham sido mencionados os seguintes itens:

Experiência acadêmica - formação, razões de escolha da profissão, instituição onde fez a graduação, cursos na pós-graduação e em que instituições;

Experiência profissional – entrada no mercado de trabalho, trajetória profissional, opção por saúde pública/saúde coletiva, tempo de serviço na SMS, funções exercidas, se exerce

¹²< R\$ 1.000: < salário mínimo; = salário mínimo (R\$300,00), < R\$ 1.000

> R\$ 1000: 1000-2.000; 2.000- 3.000; 3.000-4000; 4.000-5000; acima de 5.000.

outras atividades profissionais na atualidade, motivo e opinião sobre a(s) outra(s) atividade(s);

Participação em fóruns políticos, associativos e profissionais (atual e no passado).

II - Concepções dos agentes

1. O tema da XIIª CNS foi: *“Saúde: um direito de todos e dever do Estado – a saúde que temos, o SUS que queremos.* Comente a respeito.
2. Para você o que faz uma pessoa adoecer?
3. No seu entender o que é vigilância da saúde?
4. O que você consideraria como modelo ideal de vigilância da saúde?
5. Qual a sua opinião a respeito da descentralização das ações de vigilância?
6. Na sua opinião quais os principais obstáculos para a implementação de um modelo assistencial que atenda às necessidades de saúde da população?
7. Para você o que significa ser servidor público?
8. O que é trabalhar com saúde pública /saúde coletiva no contexto atual?
9. Cite 03 pontos positivos em relação a trabalho em saúde no município.
10. Cite 03 aspectos que na sua opinião podem melhorar em relação à saúde no município.

VI –Estrutura e processos de trabalho da vigilância

1. Quais são as atividades que você desenvolve na unidade em relação às atividades de vigilância (no dia, na semana, no mês)
2. Como você organiza diariamente seu trabalho? Você tem autonomia para definir seu plano de trabalho? Você tem algum plano de trabalho que eu possa consultar?
3. Há definição de atribuições ao interior da equipe em relação às atividades de vigilância?
4. Foi realizado algum trabalho de reconhecimento dos problemas no território de responsabilidade da equipe/unidade?
5. Como são enfrentados os problemas de saúde que necessitam de intervenções fora do setor saúde? Cite exemplos.

6. Você recebe supervisão para realizar o seu trabalho? Se sim, descreva essa supervisão e informe sobre quem realiza, seu conteúdo, sua periodicidade e regularidade.

c) Roteiro de entrevistas com trabalhadores do Programa de Controle da Dengue (PCD)

IDENTIFICAÇÃO DO AGENTE: sexo, idade, escolaridade, profissão e ocupação dos pais, avós e cônjuge, bairro de residência.

OBS: Informações a serem solicitadas no decorrer da entrevista em momento considerado como mais oportuno.

I -Trajetória do agente

Fale um pouco sobre sua história profissional (entrada no mercado de trabalho, trajetória profissional, opção por saúde pública/saúde coletiva, tempo de serviço na SMS, vínculo funcional na SMS).

II - Concepções dos agentes

1. O tema da XIIª CNS foi: *“Saúde: um direito de todos e dever do Estado – a saúde que temos, o SUS que queremos.* Comente a respeito.
2. Para você o que faz uma pessoa adoecer?
3. Para você o que significa ser servidor público?
4. O que é trabalhar com saúde pública /saúde coletiva no contexto atual?
5. Cite 03 pontos positivos em relação a trabalho da saúde no município.
6. Cite 03 aspectos que na sua opinião podem melhorar em relação ao trabalho da saúde no município.

III – Processo de trabalho

1. Descreva sua rotina de trabalho (no dia, na semana, no mês)
2. Como você organiza diariamente seu trabalho?

3. Há definição de atribuições ao interior da equipe em relação às atividades do PCD?
4. Como é realizado o planejamento e a programação das atividades/ações do PCD? Você já participou do planejamento/programação das ações? E os usuários? Conte como foi.
5. Como se define o território de trabalho? Há zoneamento dos agentes? As áreas de trabalho do agente de campo da dengue e dos agentes comunitários de saúde (ACS) são semelhantes?
6. Você tem conhecimento se são realizados monitoramento e avaliação das atividades/ações programadas/executadas pelo PCD? Como é feito.
7. Você recebe supervisão para realizar o seu trabalho? Se sim, descreva essa supervisão e informe sobre quem realiza, seu conteúdo, sua periodicidade e regularidade.
8. As condições de trabalho (equipamentos, viaturas, material de campo) são adequadas para efetivação das ações do PCD?
9. A equipe do PCD realiza algum trabalho em conjunto com a equipe do PACS/PSF? Em caso positivo, cite exemplos.
10. Na sua opinião qual deveria ser o papel dos outros componentes da SMS no trabalho desenvolvido no controle da dengue? E o da população?
11. Você tem conhecimento se para o controle da dengue vem se realizando um trabalho articulado com outros setores do município (projetos articulados em saneamento, limpeza urbana e educação). Dê exemplo.
12. Como vêm sendo desenvolvidas as ações de educação em saúde em relação ao PCD?

d) Roteiro de entrevistas com os agentes comunitários de saúde

IDENTIFICAÇÃO DO AGENTE: sexo, idade, escolaridade, profissão e ocupação dos pais, avós e cônjuge, bairro de residência.

I -Trajetória do agente

Fale um pouco sobre sua história de vida (trajetória profissional, opção por saúde pública/saúde coletiva, tempo de serviço na SMS, vínculo funcional na SMS).

II - Concepções do agente

1. O tema da XIIª CNS foi: “*Saúde: um direito de todos e dever do Estado – a saúde que temos, o SUS que queremos*”. Comente a respeito.
2. Para você o que faz uma pessoa adoecer?
3. Para você o que significa ser servidor público?
4. O que é trabalhar com saúde pública /saúde coletiva no contexto atual?
5. Cite 03 pontos positivos em relação a trabalho da saúde no município.
6. Cite 03 aspectos que na sua opinião podem melhorar em relação ao trabalho da saúde no município.

III – Atividades realizadas pelo agente

1. Descreva sua rotina de trabalho (no dia, na semana, no mês).
2. A equipe do PACS/PSF realiza algum trabalho em conjunto com a equipe do PCD? Em caso positivo: cite exemplos.

e) Roteiro de entrevistas com usuários

1. Quais são os problemas de saúde mais importantes em seu bairro/ sua comunidade?
2. Você recebe do serviço de saúde alguma informação sobre o comportamento dos problemas de saúde em sua comunidade? Em caso de resposta positiva, como recebe essa informação?
3. Existe algum problema de saúde que é freqüente na comunidade e que a unidade de saúde não atende?
4. Você conhece o Agente Comunitário de Saúde da área? Você já recebeu a visita do ACS? Em caso positivo, descreva como foi a visita.
5. Você já recebeu a visita do agente de vigilância em saúde/endemias/campo/dengue? Em caso positivo, descreva como foi a visita.
6. Você ou alguém do seu conhecimento já teve dengue? Você procurou o serviço de saúde? Foi feito algum trabalho em relação ao controle da dengue no seu bairro?

7. Cite 03 pontos positivos em relação a trabalho em saúde no município.
8. Cite 03 aspectos que na sua opinião podem melhorar em relação à saúde no município.

f) Roteiro de entrevistas com representantes do Conselho Municipal de Saúde

IDENTIFICAÇÃO DO AGENTE: sexo, idade, escolaridade, profissão e ocupação dos pais, avós e cônjuge, bairro de residência.

1. Quais são os problemas de saúde mais importantes no município?
2. Você recebe da SMS informação sobre o comportamento dos problemas relacionados com a situação de saúde do município? Em caso de resposta positiva, como recebe essa informação: Por escrito (relatório ou boletim informativo)? Comunicado pela autoridade de saúde? Em reuniões ou encontros para esse fim? Busca a informação ativamente?
3. A informação que você recebe de alguma forma é útil para a tomada de decisões relativas a sua função como conselheiro?
4. Existe algum problema de saúde que é freqüente no município e os serviços de saúde não atendem?
5. Você sabe o que é vigilância da saúde? Como você a entende?
6. Já foram apresentadas propostas sobre ações de vigilância no Conselho? Dê exemplos. Em caso positivo, as deliberações propostas pelo CMS e CLS foram implementadas? Dê exemplo.
7. O CMS acompanha as atividades de vigilância do município? É feita prestação de contas no CMS dos gastos da SMS na área de vigilância? Se sim, com que periodicidade.
8. Você tem conhecimento se foram apresentados projetos pelo executivo à Câmara de Vereadores relativos à organização das práticas de vigilância? Em caso positivo, foram aprovados? Dê exemplos.
9. Qual a posição da imprensa local sobre as ações de vigilância e controle de doenças do Município? Dê exemplos.

10. Que propostas sobre a organização das práticas de vigilância e controle de doenças/agravos foram apresentadas e discutidas no Conselho Municipal de Saúde? Foram aprovadas? Dê exemplos.
11. Em sua opinião, os trabalhadores/profissionais de saúde apóiam as propostas de organização das práticas de vigilância em saúde no município?
12. Você já foi convidado para discutir prioridades de trabalho da SMS na área de vigilância?
13. Você já participou do planejamento/programação das ações de vigilância?
14. Você participa de atividades de monitoramento e avaliação das ações de vigilância da SMS/unidade de saúde? Em caso positivo, como é feita a avaliação?
15. Como você vê a atuação do Conselho Municipal de Saúde (CMS)? E o Conselho Local de Saúde (CLS)? Os Conselhos se reúnem regularmente?
16. Cite três pontos positivos em relação ao trabalho de saúde no município.
17. Cite três aspectos na saúde do município que, na sua opinião, podem melhorar.