

A organização e a prática da Vigilância em Saúde em municípios de pequeno porte

Organization and practice of the health surveillance in small municipalities

Micheli Recktenwaldt

Universidade do Vale do Rio dos Sinos. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. São Leopoldo, RS, Brasil.
E-mail: michelireck@gmail.com

José Roque Junges

Universidade do Vale do Rio dos Sinos. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. São Leopoldo, RS, Brasil.
E-mail: roquejunges@hotmail.com

Resumo

O processo de descentralização do Sistema de Saúde delegou responsabilidades para os municípios que antes eram de nível federal. Uma dessas tarefas descentralizadas é a Vigilância em Saúde para a qual os municípios recebem verba federal. Municípios de pequeno porte têm dificuldade de responder a essa tarefa pela falta de capacitação e pela escassez de recursos financeiros e humanos, acarretando a sobreposição de funções. O objetivo desta pesquisa é discutir as consequências dessa sobreposição de responsabilidades sobre o desempenho do papel da vigilância em saúde em quatro pequenos municípios da região do Vale do Rio Caí (RS). Trata-se de pesquisa qualitativa do tipo estudo de caso, com coleta de dados por meio de grupos focais com os profissionais da vigilância, entrevistas com os secretários municipais de saúde e consulta a documentos de gestão municipal. Os dados foram interpretados na perspectiva de análise de conteúdo. Como resultados emergiram duas categorias analíticas explicativas do funcionamento da vigilância em saúde nesses pequenos municípios: desvalorização da vigilância e falta de planejamento na vigilância. Esses resultados permitiram discutir criticamente o papel da vigilância para alcançar a integralidade das práticas; os modelos de gestão e de atenção à saúde definidores das prioridades dos serviços de saúde; e a pertinência do processo de descentralização e delegação de tarefas da vigilância para a responsabilidade de municípios de pequeno porte. **Palavras-chave:** Vigilância em Saúde; Atenção Primária à Saúde; Pessoal de Saúde; Gestor de Saúde; Análise e Desempenho de Tarefas.

Correspondência

José Roque Junges
Av. Unisinos, 950. São Leopoldo, RS, Brasil. CEP 93022-630.

Abstract

The decentralization process of the Health System entrusted the municipalities with responsibilities that used to be at federal level. One of these decentralized duties is the Health Surveillance for which the municipalities receive federal budget. Small municipalities struggle to meet this duty because of the lack of capacitation and the shortage of human and financial resources, producing the overlapping of duties. The aim of this research is to discuss the consequences of these duties overlapping the performance of the health surveillance role in four small municipalities in the region of Vale do Rio Caí (RS). It is both a case and a qualitative study, with data gathering through focus groups with surveillance professionals, interviews with municipal health secretaries, and consultation of municipal management documents. Data were interpreted in the content analysis perspective. Two analytical categories that explain the health surveillance functioning in these small municipalities emerged as outcomes: surveillance devaluation and lack of planning in surveillance. These outcomes enabled the critical discussion of the surveillance role in order to achieve practice comprehensiveness; the health care and management models that define health services' priorities, and the relevance of the process of decentralization and entrusting surveillance duties to small municipalities' responsibility.

Keywords: Health Surveillance; Primary Health Care; Health Personnel; Health Manager; Duties Analysis and Performance.

Introdução

A descentralização dos serviços de saúde é uma das diretrizes do Sistema Único de Saúde, iniciada em 1991 com as Normas Operacionais Básicas (NOB) (Brasil, 1991, 1992, 1993, 1996) que instituíram o processo político de pactuação intergestores (Andrade; Pontes; Martins Junior, 2000) e corroborada em 2001 pelas Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS) que definiram as responsabilidades mais ampliadas dos municípios (Brasil, 2001, 2002).

Essa ampliação significou aumento de responsabilidades e de recursos, antes de domínio Federal e que, agora, ficaram a cargo dos estados e, principalmente, dos municípios (Brasil, 2001). Entre essas responsabilidades incluem-se todas aquelas que dizem respeito às ações da Vigilância em Saúde (VS).

A Vigilância em Saúde constitui

um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública para a proteção da saúde da população, a prevenção e controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde (Brasil, 2013).

Dessa forma a vigilância atua mediante ações específicas organizadas por meio da Vigilância Sanitária (Visa), Vigilância Epidemiológica (VE), Vigilância Ambiental em Saúde (VAS) e da Vigilância em Saúde do Trabalhador (VST). Essas ações visam à integralidade do cuidado de problemas de saúde tanto individual quanto coletivo (Brasil, 2011).

Um estudo realizado por Leite, Assis e Cerqueira (2003) no período de 1997 a 2001 entre profissionais da Vigilância Epidemiológica no município de Feira de Santana-BA mostrou que o repasse das responsabilidades para o município se deu de forma repentina, ou seja, os profissionais não passaram por nenhum tipo de treinamento para o desempenho das funções competentes, além disso, a estrutura se mostrou bastante deficitária com pouco planejamento das ações que se mostraram assistemáticas e descontinuadas e se basearam na resolução de problemas pontuais sem uma interlocução entre coleta e processamento dos

dados e as ações geradas, dificultando o alcance da integralidade.

Como um dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS) a integralidade é entendida como um “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (Brasil, 1990).

Para que a integralidade seja possível, é importante o papel da Vigilância de observar e analisar permanentemente a situação de saúde da população de dado território para propor e articular um conjunto de ações que visam à integralidade da atenção. Para enfrentar esse desafio, as equipes de vigilância precisam estar articuladas entre si e com a atenção primária e superar a fragmentação e setorização organizacional para poder dar conta dessas ações.

Para analisar esse problema é necessário ter presente que, nesse contexto, estão em jogo duas concepções de vigilância que são diferentes e opostas. Uma é a proposta do Ministério da Saúde de maior integração e articulação entre as diferentes vigilâncias no que se convencionou chamar de “Vigilância em saúde”, sem, contudo, questionar a sua fragmentação em ações específicas (Brasil, 2013). A outra é defendida por pesquisadores, ligados ao Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA), que propõem a vigilância como um modelo de atenção, construído e movido pelo princípio da integralidade, denominado de “Vigilância da Saúde”, no qual não cabe a dicotomia entre ações curativas e preventivas, entre práticas da atenção primária e da vigilância (Teixeira; Paim; Vilasbôas, 1998).

Considerar a integralidade como princípio organizativo a nível institucional significa, para essa segunda concepção, uma mudança de paradigma na prática da assistência, ainda voltada para um atendimento individual e focada na doença, para a inclusão de uma lógica de planejamento das ações de prevenção e promoção da saúde (Vilasbôas; Teixeira, 2007).

Isso significa uma ampliação do conceito operacional de vigilância para integrar na assistência tanto práticas individuais quanto coletivas, a fim de responder às necessidades de saúde (Arreaza; Moraes, 2010). Essa integração exige uma articulação com a atenção primária, viabilizando uma

reorientação dos processos de trabalho que inclua o território como foco de atenção, agregando ações de prevenção e promoção àquelas assistenciais curativas e reabilitadoras. Para alcançar esse objetivo é necessário ter uma visão interdisciplinar dos problemas de saúde e um enfrentamento intersetorial das necessidades de saúde (Oliveira; Casanova, 2009).

Tendo presente a importância da vigilância para assistência integral da saúde e levando em consideração as exigências de sua implantação, a organização da vigilância ao nível municipal torna-se um desafio (Oliveira; Cruz, 2015). Por outro lado, sabendo que as representações sociais da população sobre os serviços de saúde estão centradas no atendimento a problemas individuais de saúde, buscando ações curativas, na perspectiva do modelo biomédico (Gomes et al., 2011), a prevenção e a promoção não são preocupações para a maioria das pessoas e consequentemente também não são prioridade para a maior parte dos gestores municipais.

Apesar da grande maioria dos municípios brasileiros terem menos de 20 mil habitantes (IBGE, 2016), com poucos recursos financeiros e humanos para o funcionamento da vigilância, consultando as bases de dados, quase não se encontram estudos sobre a organização nos pequenos municípios. Os estudos existentes tratam do uso de sistemas de informação e da gestão de unidades básicas de saúde, trazendo como resultado a sobreposição de atribuições, oriundas do excesso de demanda burocrática e da falta de recursos humanos o que resulta em sentimentos de sobrecarga, estresse e insatisfação com o trabalho (Romagnolli; Carvalho; Nunes, 2014; Vidor; Fisher; Bordin, 2011).

A descentralização da vigilância transferiu para os municípios tarefas que são exigidas pelo Ministério para o repasse das verbas. As autoridades se preocupam em responder a essas exigências com o financiamento disponível, contexto que está na origem do problema apontado da sobreposição de atribuições, principalmente em pequenos municípios. Essa visão não discute a questão de base, a mudança do modelo de atenção, que colocaria em outros moldes o problema do financiamento e a consequente sobreposição.

Levando em conta que essa preocupação e visão são comuns às autoridades municipais da saúde, quais

são as consequências da prática administrativa da sobreposição de atribuições sobre o desempenho das funções da vigilância em pequenos municípios? Este artigo tem o objetivo de discutir esse problema, tendo presente o funcionamento da vigilância em saúde em quatro pequenos municípios do Vale do Rio Caí (RS).

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo estudo de caso (Yin, 2010). Para a definição do campo de pesquisa serviu como critério de seleção o fato de serem municípios de pequeno porte, com menos de 10 mil habitantes e pertencerem ao Vale do Rio Caí. Entre os vários municípios, foram escolhidos quatro, com uma população inferior a 5 mil habitantes. O critério de conveniência auxiliou na definição desses municípios, devido à proximidade e facilidade de acesso para a pesquisadora. Definidos os municípios foi realizado contato prévio com os secretários de saúde para a apresentação da proposta de pesquisa,

reconhecimento do campo e dos atores envolvidos além da permissão para a realização da pesquisa através da assinatura da Carta de Anuência.

Os quatro municípios escolhidos não possuem hospital municipal, tendo apenas um centro de saúde de cada um. Nesses centros atendem os secretários e funcionam os serviços da Secretaria de Saúde. No mesmo local atuam as equipes da Atenção Primária à Saúde (APS), Estratégia Saúde da Família (ESF) e Vigilância em Saúde (VS), além de atendimentos de algumas especialidades médicas e serviços básicos de urgência e emergência.

Os participantes do estudo foram os profissionais das diferentes vigilâncias - epidemiológica, ambiental, sanitária e de saúde do trabalhador - (Quadro 1) e os secretários de saúde dos quatro municípios. A coleta de dados se efetivou mediante grupos focais com os profissionais da VS, entrevistas individuais com os Secretários de Saúde e análise documental dos Planos Municipais de Saúde 2014/2017 e Relatórios de Gestão referentes a 2015.

Quadro 1 – Descrição das equipes de vigilância com as respectivas funções de seus profissionais

Cargo	Funções
Equipe da Vigilância Município 1	
Enfermeiro	Enfermeira Assistencial na Atenção Básica (AB), Vigilância Sanitária (Visa), Vigilância Epidemiológica (VE) e Vigilância em Saúde do Trabalhador (VST)
Enfermeiro ESF	Responsável técnica, coordenação de enfermagem e VS e funções referentes a enfermagem na Saúde da Família.
Auxiliar de Enfermagem	Procedimentos de enfermagem, Visa (fiscalização sanitária), VE, VST e Vigilância Ambiental em Saúde (VAS) (coleta de amostras de água, atividades de agente de campo de prevenção e controle da dengue)
Equipe da Vigilância Município 2	
Técnico de Enfermagem	Procedimentos de enfermagem na AB e VE (sala de vacinas, notificações compulsórias, alimentação e atualização dos Sistemas de Informação)
Técnico de Enfermagem	Procedimentos de enfermagem na AB e VE (sala de vacinas e eventuais monitoramentos e notificações na ausência do profissional responsável)
Enfermeiro	Coordenadora da VS, atuação na VE: imunizações, auxílio nas Notificações Compulsórias (NC), coletas de material para exames Laboratório Central do Estado (LACEN), cadastro no Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL), testes rápidos, programa de controle da raiva
Agente de Campo	VAS (controle da dengue, chagas e outras) atividades educativas referentes às doenças anteriores
Fiscal Sanitarista e do meio ambiente	VAS: Vigilância da qualidade da água para consumo humano/VIGIÁGUA, ações de combate à raiva, <i>Aedes aegypti</i> , controle de chagas, zoonoses, orientações sobre animais peçonhentos e plantas tóxicas, fiscalização de agravos/danos ambientais, Sistemas de Informação (SI) dengue e SISAGUA Visa (Fiscalização sanitária e liberação de alvarás sanitários). Palestras educativas referentes a VISA e VA

Continua...

Quadro 1 – Continuação

Cargo	Funções
Equipe da Vigilância Município 3	
Agente de controle de Zoonoses	VAS (monitoramento e controle da dengue e da qualidade da água e digitação nos sistemas de informação)
Técnico de Enfermagem	Procedimentos de enfermagem e VE (imunizações)
Enfermeiro ESF	Enfermeiro assistencial na AB, Enfermeiro da ESF e VE
Enfermeiro	Enfermeira assistencial na AB, enfermeira do centro de especialidades, coordenadora da VS com atuação na Visa (fiscalização sanitária para liberação de alvarás)
Fiscal Municipal	Fiscalização de obras e posturas, tributos, meio ambiente, expedições de licenças ambientais e Vigilância Sanitária
Equipe da Vigilância Município 4	
Enfermeiro	VE, Imunizações, Sistema de Informação Assistência de Medicamentos do Estado, procedimentos ambulatoriais de enfermagem na AB
Fiscal Municipal	Visa (Fiscalização Sanitária, expedição de alvarás sanitários, atendimento de denúncias) e VAS (Vigilância da qualidade da água, dengue)
Técnico de Enfermagem	Triagem e VE: sala de vacinas, digitação e investigação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)
Enfermeiro ESF	Responsável técnico, coordenação da ESF, enfermeiro assistencial, e VE (responsável pelas imunizações, notificações SINAN, testes rápidos)

Para a discussão dos grupos focais serviram como tópicos: o funcionamento e as ações da vigilância no município e sua interação com a atenção primária no território, a distribuição de tarefas e funções de cada uma das vigilâncias, consequências para o desempenho das ações da vigilância, quando o profissional tem outras atribuições, o aproveitamento dos dados gerados pela vigilância para a organização de ações em saúde no território e a participação dos profissionais da vigilância no planejamento dessas ações pelos instrumentos de gestão.

O mesmo guia foi utilizado para as entrevistas individuais com os secretários municipais de saúde. Todas as falas, dos grupos focais e entrevistas individuais, foram gravadas e transcritas na íntegra para posterior análise.

A pesquisa documental teve por finalidade analisar os instrumentos de gestão como complemento das informações obtidas dos grupos focais e entrevistas, já que esses documentos possuem dados referentes à organização e atuação da vigilância, como programação de suas ações, pactuação anual

de objetivos, diretrizes e metas além de recursos financeiros recebidos da união.

A organização de dados seguiu a perspectiva do estudo de caso, por meio da constituição de uma base de dados, em que as evidências foram aparecendo. Os dados da pesquisa foram separados em arquivos, um com as transcrições dos grupos focais, outro das entrevistas individuais e o último das anotações do pesquisador durante as análises documentais. Esses dados foram organizados e analisados, utilizando o software Nvivo, específico para dados qualitativos. A análise dos dados seguiu a metodologia de análise de conteúdo que trabalha sobre material textual e informacional, tendo como principal característica, a utilização de categorias (Flick, 2009).

O ponto de partida para a análise foi a questão principal de pesquisa: as consequências da concomitância de atribuições e tarefas de profissionais da vigilância em outros serviços municipais sobre a organização e a atuação da vigilância em saúde em municípios de pequeno porte do Vale do Caí.

Para a apresentação dos resultados, levando em conta o respeito ao anonimato dos participantes, as falas dos profissionais da VS foram identificadas com a função e a sigla GF1, GF2, GF3 ou GF4, que corresponde aos grupos focais. Da mesma forma, os secretários de saúde foram representados com as siglas SS1, SS2, SS3, SS4. Os números correspondem à denominação numérica dos quatro municípios.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Unisinos pela Resolução nº 182/2015. Os participantes da pesquisa assinaram em duas vias o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aprovado pelo CEP, ficando uma via com o participante e a outra com a pesquisadora.

Resultados

A análise dos dados fez emergir duas categorias analíticas para entender a realidade da vigilância nos municípios estudados: desvalorização da vigilância; falta de planejamento na vigilância.

Desvalorização da Vigilância

Uma constante nas falas dos gestores dos municípios pesquisados é que os recursos financeiros repassados para a vigilância são insuficientes para arcar com profissionais específicos para as diferentes atribuições da vigilância. Segundo dados financeiros do Sistema de Informação sobre Orçamento Público em Saúde (SIOPS), presentes nos Relatórios Anuais de Gestão (RAG) (SARGSUS, 2015), apenas um dos quatro municípios estudados recebeu em 2015 recursos financeiros suficientes da União (R\$ 60.801,87) para o pagamento dos funcionários da equipe mínima da VS (enfermeiro, um ou dois técnicos de enfermagem, agente de campo e fiscal sanitário) os demais receberam em torno de R\$ 30.000 referentes à verba da VS, proveniente da União.

Como os municípios são obrigados a colocar recursos próprios para manter as equipes de vigilância, os gestores são levados a defender que esses profissionais não podem ser exclusivos da vigilância, mas devem atuar também na atenção básica ou em outras áreas do serviço público municipal: *O custo dessa equipe não é só do recurso da vigilância,*

então esses profissionais precisam atuar também nas outras áreas (SS2); Como um município de dois mil habitantes vai ter um profissional 40 horas só para atuar na vigilância? (SS1).

Para os gestores, esse processo de gradativa transferência de responsabilidades para os municípios requer investimentos em educação dos profissionais, mas, segundo eles, esses investimentos deveriam provir do Estado, pois os recursos que o município recebe são insuficientes: *“O Estado repassou coisas demais para os municípios, [...] mas o dinheiro é apenas 30% do que eu preciso” (SS4).*

Nas discussões focais com os profissionais da vigilância, a sobreposição de atribuições é uma constante. Uma das consequências desse acúmulo de funções é a falta de tempo disponível: *“Estou lá como peão de quatro horas por semana carregando cloro, [...] em vez de elaborar um trabalho, um projeto, uma palestra” (Fiscal Sanitarista e do Meio Ambiente GF2).*

O envolvimento com outras funções que, em alguns casos, nem seriam de competência do profissional, limita principalmente as ações preventivas e de planejamento:

Tem pouco tempo para pesquisar [...] para montar indicadores [...] da parte da vigilância sanitária eu não consigo fazer muita coisa, porque o trabalho acaba sendo falho em atividades de prevenção, o ideal seria passar orientações, fazer grupos com os estabelecimentos (Enfermeira GF3).

Ações educativas até acontecem, mas de maneira pontual e normalmente, como resposta para algum agravo: *“É muito aquela visão do urgente [...] o planejamento é sobre o que já aconteceu” (Enfermeira GF2).*

A sobreposição de atribuições, que resulta na falta de tempo, acaba fazendo que o serviço da vigilância fique em segundo plano: *Muita coisa acaba ficando pela metade, deixando o trabalho a desejar (Enfermeira GF1); Então, eu não consegui atingir a meta (Fiscal Sanitarista e do Meio Ambiente GF2).*

Quando os profissionais não conseguem exercer plenamente suas funções, não alcançando as metas e não desenvolvendo o trabalho da maneira adequada, eles relatam sentimentos negativos de sobrecarga: *Vai acumulando função, isso atrapalha*

muito, [...] estressa porque é muita coisa (Enfermeiro GF4); [E de insatisfação por ser] *responsável por tanta coisa e fazer muito pouco de cada coisa* (Enfermeira GF2).

Não se trata apenas de uma sobrecarga, mas a sensação de que o profissional desempenha funções sem ter a competência, ocasionando um desvio de função:

Eu fiz enfermagem para atender as pessoas, mas a gente só tem papel e relatório, relatório e mais relatório, relatório de gestão (GF4).

Eu sou fiscal sanitário, mas quem faz toda essa parte de fiscalização acaba sendo a enfermeira (GF3).

A enfermeira constata: *“Eu desloquei para a vigilância uma técnica de enfermagem que tem carga horária para a atenção básica”* (GF1). O fiscal sanitário e ambiental refere que: *“Além das minhas atribuições como fiscal, trato da água do município, coloco cloro na água, quando deveria fiscalizar”* (GF2).

Esse cenário levanta uma série de questionamentos sobre o que representa a vigilância na organização da saúde dos municípios de pequeno porte. A enfermeira tem a sensação *“como se a vigilância fosse uma área que não existe”* (GF2). Por isso o fiscal aponta como causa, o fato que *“o mesmo profissional faz muita coisa, não existindo uma boa fiscalização, nem uma boa vigilância”* (GF2).

Talvez, devido a essa fragilização, não se exige, nos requisitos de contratação, profissionais capacitados para os cargos da vigilância, com exceção da epidemiológica. Como a maioria dos cargos é de nível médio, os gestores e os próprios profissionais afirmam que não existe preparo suficiente para desenvolver as funções exigidas. Por isso os gestores defendem que *“o Estado deveria contribuir muito mais do que está fazendo e não largar simplesmente para os municípios”* (SS4) e o enfermeiro considera que *“a 1ª CRS poderia chamar os municípios e fazer uma reunião para capacitar tipo oficina”* (GF4). Esses espaços de formação já existem com os profissionais da Vigilância do Estado, pois a enfermeira refere que: *“eles auxiliaram muito porque eu não tinha muita noção e a gente acabou realmente correndo atrás e pedindo apoio”* (GF3).

A sobreposição de atribuições e a falta de capacitação para elas estão ligados ao modelo de atenção e gestão, aplicados nos municípios. O perfil da gestão e as prioridades de investimento dos municípios são fatores preponderantes que influenciam o desempenho das atribuições da vigilância.

Para os gestores, a saúde parece limitar-se a procedimentos clínicos, e essa concepção define o perfil da gestão, reforçando a posição inferior que ocupa a vigilância na lista de prioridades: *“para os prefeitos saúde se resume a médico, remédios e transporte [...] para isso ter um bom número de funcionários [...] e fazê-los produzir mais”* (SS4).

Os profissionais referem que as ações da vigilância não são prioridade: *“O que a gente tem que fazer é atender a demanda”* (Téc. Enfermagem GF2). Um fiscal sanitário e ambiental considera que a destinação do repasse das verbas poderia contemplar mais a vigilância: *“a gente tem verba da vigilância, mas não tem um carro para a fiscalização”* (GF2); além disso, outro profissional relata que *“a vigilância não tem agente de endemias, mas vem recurso do governo federal que daria para pagar e o município desembolsaria pouco”* (Enfermeira GF1).

Existe uma diferença entre o posicionamento dos profissionais e dos gestores sobre a atuação da vigilância. Os profissionais apontam dificuldades para a realização, por exemplo, da fiscalização sanitária, pois o fiscal atua simultaneamente como fiscal do meio ambiente, fiscal tributário, fiscal de obras, fiscal de posturas, sobrando pouco tempo para a parte sanitária: *“As vistorias da sanitária são feitas quando dá tempo. [...] pois a demanda da parte ambiental envolve bastante”* (GF3). Por outro lado, o gestor do mesmo município refere que o fiscal está sempre disponível, apesar de trabalhar em outro departamento da prefeitura: *“ele está sempre à disposição, [...] dando prioridade para a vigilância”* (SS3).

Dessa forma, desenvolver as ações da vigilância nesses municípios representa um desafio, porque faltam profissionais para garantir a equipe mínima, *“não tem agente de combate de endemias [...] a fiscal de vigilância (Visa) saiu”*, ou porque eles são improvisados e temporários: *“a prefeitura nomeou a técnica de enfermagem, por enquanto, pra que ela assumisse um pouco da função do fiscal”* (Enfermeira GF1).

Nesse contexto de particularidades e desafios, a vigilância necessita desenvolver estratégias de atuação para dar conta das dificuldades e conseguir desenvolver suas ações, mesmo com limitações. Observa-se, assim, que as diferentes vigilâncias apresentam especificidades na sua organização e atuação.

A Vigilância Epidemiológica nos quatro municípios é de responsabilidade do enfermeiro que atua também dentro da APS. Para os profissionais da VE a principal dificuldade são as notificações: *“nem sempre nós estamos aí para fazer a notificação [...] isso depende dos médicos que fazem o diagnóstico”* (Tec. Enfermagem GF4). Apesar das equipes serem pequenas e atuarem dentro do mesmo espaço físico, *“as notificações acabam não chegando e a gente só fica descobrindo depois que já passou”* (Enfermeira GF3).

A Vigilância Sanitária é de responsabilidade de um profissional de nível médio. De maneira geral, nos municípios estudados a Visa se demonstrou bastante fragilizada em sua organização, primeiro pela ausência do fiscal sanitário em alguns municípios, já que *“os alvarás estão sendo simplesmente emitidos sem vistoria e a Secretária de Saúde está assinando”* (Enfermeira GF1), e pela sobrecarga dos fiscais com atribuições simultâneas da sanitária, da ambiental, de tributos, de obras e de posturas, necessitando dividir sua carga horária: *“eu trabalho 20 horas na prefeitura em outros setores de fiscalização”* (Fiscal Municipal GF4) e ainda tendo que delegar funções a outros colegas para que o serviço mínimo exigido seja feito: *“eu sou fiscal sanitário, mas quem faz toda essa parte de fiscalização acaba sendo a enfermeira”* (Fiscal Municipal GF3).

Na vigilância ambiental, o profissional que normalmente atua é o agente de endemias ou agente de campo, que é um cargo de nível médio. Apenas dois municípios possuem um profissional nesse cargo, apesar de ele fazer parte da equipe mínima preconizada, sendo que nos outros dois o mesmo profissional da Visa é quem desempenha as funções que competem ao cargo. Nos municípios onde o agente de campo atua *“o trabalho está sendo bem valorizado, eu vejo que ele luta mesmo por aquilo que precisa ser feito”* (Enfermeiro GF3). A falta desse profissional dificulta a realização das ações e, principalmente, o alcance das metas: *“eu não consegui atingir a meta, que não era*

minha, pois o agente de campo não estava mais e eu tive que abraçar” (Fiscal Sanitarista e do Meio Ambiente GF2).

A Vigilância em Saúde do Trabalhador parece ser a mais precária, apesar de a maioria dos Planos Municipais de Saúde (PMS) considerarem a importância de fortalecer essa área, não existe um profissional com cargo definido para atuar em saúde do trabalhador. O que se percebe nos municípios estudados é que a equipe de enfermagem que atua na vigilância é quem acaba assumindo algumas poucas funções: *“o que está sendo realizado são só as notificações de acidente de trabalho”* (Enfermeira GF3), *“A única coisa que é feita é a ficha do SINAN e a RINA quando são os acidentes básicos [...] nada de ações educativas visando à saúde do trabalhador”* (Enfermeira GF1).

O processo de descentralização de responsabilidades e recursos da vigilância parece não ter oportunizado aos municípios o preparo necessário para que pudessem dar conta das demandas que passaram a ser de sua competência. Como complicador, o que se vê na área, são profissionais assumindo cada vez mais responsabilidades e gestores que se mantêm presos aos modelos de atenção centrados na doença e no cuidado médico-assistencial, repercutindo na posição que a vigilância ocupa quando se trata de prioridades de investimentos e resultando na fragilização desse sistema.

Assim, se o perfil da gestão municipal exerce tamanha influência na forma em que a vigilância se organiza e sabendo que existem documentos de gestão que servem como instrumentos específicos para basear o gestor no planejamento, monitoramento e avaliação das ações em saúde, torna-se importante entender como as informações geradas pela vigilância são utilizadas na construção desses instrumentos, já que eles devem contemplar também essa importante área da atenção à saúde.

Falta de planejamento na vigilância

Considerando que os documentos de gestão utilizados nos municípios incluem também planejamento, monitoramento e avaliação de ações na área da vigilância, avaliou-se importante identificar, entre os profissionais dos municípios estudados,

se conhecem os documentos e se, de alguma maneira, participam da sua elaboração.

Entre os quatro municípios apenas um elaborou um Plano de Ações de Vigilância em Saúde, porém, encontrava-se desatualizado, porque se referia a 2014, o que pode significar falta de tempo dedicado para fins de planejamento de ações em VS.

De acordo com o Sispacto de 2015, que diz respeito à pactuação anual dos objetivos, diretrizes e metas, disponível nos RAG (SARGSUS, 2015), apenas um dos quatro municípios alcançou 100% das metas referentes ao objetivo 7.1 que é fortalecer a promoção e vigilância em saúde. Das metas que não foram alcançadas estão a notificação compulsória e encerramento de casos dentro de 60 dias; a proporção de cobertura vacinal do calendário básico de vacinação da criança e o percentual de ações em vigilância sanitária consideradas necessárias para os municípios.

De maneira geral o que acaba sendo comum em equipes pequenas é que *“três ou quatro respondem pela equipe toda”* (Enfermeira GF2), e as informações da vigilância utilizadas são discutidas individualmente: *“Não tem aquela história de acompanhamento e avaliação dos indicadores. [...] eu dava para os responsáveis irem preenchendo aí eu montava tudo depois”* (Enfermeiro GF4). Em alguns casos, o gestor não chega nem a participar desse processo: *“A elaboração dos documentos de gestão é a modo ‘miquelão’ [...] A gente discute individualmente. É o enfermeiro que responde [...] Mas o gestor é que assina”* (Enfermeiros GF3).

A participação mais individual dos profissionais, na elaboração desses instrumentos, pode ser explicada pela falta de espaços de reuniões de equipe que ocorre em alguns desses municípios: *“a gente não tem um espaço para reunir a equipe, não se fecha a unidade para sentar e conversar”* (Enfermeiro GF3); além disso, *“as reuniões de equipe são para falar sobre o atendimento em si”* (Tec. Enfermagem GF4) e não para a discussão, elaboração e/ou monitoramento desses instrumentos.

Da mesma forma que os documentos de gestão não são discutidos em reunião de equipe, na opinião da maioria dos profissionais *“os indicadores não são usados e estão mais como uma ferramenta de obrigatoriedade”* (Enfermeiro GF3); além disso, *“são*

feitos apenas para cumprir metas, fazer o plano e se livrar” (Enfermeiro GF4).

Corroborando isso, os próprios gestores referem que os dados gerados pela vigilância, pelos indicadores, deveriam ser mais aproveitados por eles: *“a gente poderia fazer mais uso dessas informações”* (SS4); *“só que em função de horário, trabalho e demanda não tem como a gente se encontrar mais”* (SS2); *“a gente ainda está apagando muito incêndio”* (SS1).

Se as informações oriundas do trabalho da vigilância devem fazer parte do planejamento de ações em saúde, da mesma forma, para que essas ações aconteçam respeitando as especificidades da população do território, elas devem ser organizadas em conjunto com a Atenção Primária em Saúde (APS), apontando para a necessidade de uma reorganização do modelo de atenção.

Dessa forma, o que se identificou entre as equipes de vigilância estudadas é que vários profissionais desempenham também funções na APS, com o apoio das equipes de ESF sobretudo dos agentes comunitários de saúde (ACS) que auxiliam na veiculação de informações da vigilância: *“com os agentes a procura por testes rápidos aumentou”* (Enfermeiro GF3), na entrega de folders educativos da vigilância: *“mês a mês a gente tem uma programação que as agentes de saúde vão de casa em casa para poder fazer essa atividade educativa”* (Enfermeiro GF1) e em alguns eventos educativos: *“Agora teve mobilização [...] pegamos um grupo de estudantes e os agentes de saúde”* (Fiscal Municipal GF4).

As equipes que relataram conseguir a parceria da ESF, principalmente com os ACS, tinham a presença de enfermeiros da estratégia nas equipes da vigilância. Na equipe em que isso não ocorre, a colaboração é mais difícil: *“a vigilância não consegue convencer o ESF de algumas ações, porque é a vigilância que está dizendo, não é a gestão”* (Fiscal Sanitarista e do Meio Ambiente GF2). Esse dado demonstra como essa colaboração depende de um modelo de atenção que integre ações curativas e de prevenção.

Se para a maioria dos gestores a vigilância acaba ficando em segundo plano e os profissionais não conseguem realizar plenamente suas ações, essa constatação reflete a falta da utilização das informações da vigilância no planejamento que aponta para um problema mais de fundo que é a discussão sobre

o modelo de atenção que irá determinar o modelo de gestão a consequente distribuição dos recursos para a saúde. Infelizmente o que se vê são instrumentos de gestão, elaborados mais por obrigação e, consequentemente, indicadores gerados pela vigilância não são utilizados no planejamento de ações em saúde, porque o problema está no modelo de atenção que está na base desse planejamento. Diante desse cenário o que se percebe é uma desvalorização e fragilização da vigilância, ocasionadas pelo tipo de gestão implementada nos pequenos municípios que, por sua vez, depende das concepções do que seja atendimento à saúde da população.

Discussão

A desvalorização da vigilância, apontada como causa para a sobreposição de atribuições, ocasionando a fragilização das ações da vigilância e a consequente construção de planejamentos burocráticos que não respondem verdadeiramente às necessidades de saúde da população, merece uma discussão mais aprofundada sobre o papel da vigilância e a sua relação com o princípio da integralidade. Para compreender essa relação, os modelos de gestão e de atenção à saúde, vigentes nos municípios de pequeno porte, são determinantes para a forma de organização e atuação da vigilância, dificultando o desempenho de seu papel e, consequentemente, impedindo que a integralidade seja incorporada em suas ações.

Os gestores municipais são pautados e cobrados pelas diretrizes do Ministério que exigem profissionais com atribuições e ações específicas para cada setor da vigilância em saúde. Por outro lado, as demandas de saúde que pedem resposta e financiamento aos gestores são determinadas por um modelo centrado em ações curativas clínicas. Esse tensionamento leva os gestores a definirem suas prioridades, deixando em segundo plano as ações da vigilância, como demonstram os resultados da pesquisa. Por isso é necessário discutir um modelo de atenção e gestão que parta de um conceito ampliado de saúde, tendo como base a integralidade, compreenda o papel da vigilância nesse contexto. A proposta da Vigilância da Saúde do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA pode ser um caminho.

O princípio da integralidade deve ser considerado como meio para garantir as condições para promoção, prevenção, restauração da saúde e reabilitação dos indivíduos e tudo isso deveria ser, também, alvo das ações de vigilância. Um cuidado integral depende de mudanças importantes nas práticas, tanto em âmbito nível institucional na organização e articulação dos serviços de saúde quanto em âmbito das práticas profissionais que tendem a ser fragmentadas e voltadas à especialização (Campos, 2003).

Mudar práticas institucionais e/ou profissionais não é tarefa fácil e requer prioridades de investimento por parte dos gestores e desenvolvimento de atitudes profissionais que ultrapassem o cunho de procedimentos curativos e que sejam enriquecidas por ações de prevenção e de promoção de saúde. Para isso é fundamental que todos os atores das equipes de saúde local se reconheçam como agentes de vigilância para identificar na população do seu território potenciais riscos à saúde, buscando nessa população meios de enfrentamento desses riscos (Oliveira; Casanova, 2009). A partir dessa perspectiva não se colocaria a sobreposição de atribuições como um problema, como apontam os resultados, porque todo profissional ligado à saúde seria um agente da vigilância.

Esse reconhecimento de todo profissional, como sendo da vigilância, depende do modelo de atenção à saúde que prevalece nesses municípios pequenos. Esse é outro aspecto que os resultados levam a discutir. Os modelos que normalmente persistem dão ênfase à assistência médico-hospitalar, estando ligados ao diagnóstico e ao tratamento, fazendo que a vigilância esteja limitada a ações pontuais de epidemiologia por meio de campanhas e programas especiais voltados a grupos específicos e com algumas ações de vigilância sanitária. Assim, a lógica de planejamento das ações de prevenção e promoção da saúde, visando à integralidade como princípio organizativo institucional, não ocorre (Teixeira; Paim; Vilasbôas, 1998; Vilasbôas; Teixeira, 2007).

Partindo de um conceito ampliado de saúde, diverso dos modelos de atenção hegemônicos vigentes, reduzidos a profissionais médicos e/ou sanitários, a Vigilância em Saúde visa à incorporação de novos atores para além dos profissionais da

saúde, como apareceu no campo de pesquisa e com a população. Além disso, esse conceito ampliado leva em consideração, mais do que os determinantes clínico-epidemiológicos, as condições sociais e de vida dos grupos populacionais (Teixeira; Paim; Vilasbôas, 1998).

Desse modo, a transformação de um modelo de atenção exige a definição de novos propósitos, superando a atenção centrada na demanda espontânea e no atendimento ao doente, como fica evidenciado nos resultados desse estudo. O que se torna importante é a busca de novos objetos e meios de trabalho, além de mudanças no modo de agir dos profissionais principalmente nas relações com a população. Assim, a proposta de superação dos modelos tradicionais visa ao alcance das ações de prevenção de riscos e agravos e de promoção da saúde no território onde essas populações vivem e trabalham (Teixeira, 2006).

Tendo presente esse conceito ampliado de vigilância, ao contrário do que se identifica nos resultados deste estudo, ela não pode ser restrita a ações de notificação e controle de eventos pontuais e/ou de urgência. Teixeira, Paim e Vilasbôas (1998) apontam que a vigilância tem como papel organizar os processos de trabalho em saúde mediante ações intersetoriais de intervenção, promoção, proteção e atenção. Conforme os autores, essas ações precisam estar baseadas no que eles chamam de pilares estratégicos, ou seja, os problemas de saúde, o território e a prática intersetorial. Para isso, é necessário um planejamento estratégico pautado pelas informações coletadas pela vigilância o que não acontece nos locais da pesquisa, onde o planejamento é uma formalidade burocrática.

Assim, para Oliveira e Cruz (2015), esse papel visa principalmente dar conta dos problemas de saúde de maneira mais efetiva, para isso, propõem uma lógica de trabalho integrado e articulado mediante ações que são baseadas na situação de saúde da população dentro do território, para além do espaço das instituições de saúde.

Do mesmo modo, se a finalidade da vigilância não pode ser resumida simplesmente à coleta e análise de dados, essa precisa ser também uma base técnica que, fundamentada em conhecimentos científicos, auxilie os serviços de saúde a elaborar e

pôr em prática programas permanentemente aprimorados e também dar subsídios para a identificação e intervenção oportuna no controle de doenças (Waldman, 1998).

Para que as informações geradas pela vigilância sejam aplicadas de fato na assistência à saúde os indicadores não podem ficar restritos à notificação, por exemplo, eles precisam ser devidamente analisados com a finalidade de servir de base para o planejamento de ações estratégicas que viabilizem a promoção da saúde e a prevenção e controle de agravos integrando a atenção básica com a vigilância em saúde (Pereira; Tomasi, 2016).

Nos municípios de pequeno porte pesquisados, o potencial da vigilância não é desenvolvido, como um instrumento de mudança de práticas, ou seja, essa vigilância está condicionada às medidas de controle e notificação, não conseguindo exercer o seu papel com integralidade, quanto à prevenção de doenças e promoção da saúde.

Essa mudança nas práticas de saúde depende do tipo de gestão que é seguido. O exercício da gestão segue comumente modelos de tomada de decisão nos quais os critérios utilizados na definição de prioridades são bastante variados e influenciados por questões político-partidárias; por oportunidades de alcance de recursos, que nem sempre condizem com as necessidades; e até mesmo por questões individuais do próprio gestor (Coelho; Paim, 2005).

Nos resultados apresentados percebe-se que o modelo biomédico de atenção à saúde parece ser reforçado constantemente pelos gestores mediante a demonstração daquilo que eles consideram prioridade em saúde e, conseqüentemente, pelos profissionais que tendem a se adequar ao que é cobrado pela gestão. Assim, é bem provável que essa posição centrada na valorização do cunho curativo justifique as prioridades de destinação dos recursos e a falta de planejamento em Vigilância em Saúde observada no estudo.

Quando não se exerce uma prática de gestão baseada em um processo prévio de análise participativa e de priorização adequadas às necessidades em saúde, abre-se uma brecha para a tomada de decisões empíricas e subjetivas que muito mais tem a ver com interesses do que com necessidades (Battesini; Fischmann; Weise, 2013).

Para discutir sobre isso não pode ser esquecido o importante fato de que o SUS foi instituído não apenas como um novo modelo de atenção à saúde visando à universalidade e integralidade das ações em saúde, mas também como um modelo de gestão do Estado. Como tal, nesse modelo de gestão as ações, incluindo as da vigilância, além de descentralizadas em comando único em cada esfera de governo abrangem um sistema de pactuação de políticas com financiamento tripartite, com participação da comunidade e com controle social (Rezende, 2008).

Sendo assim, diante da complexidade do sistema organizativo atual do SUS é indispensável refletir sobre as fragilidades da gestão municipal das práticas sanitárias e ir além do discurso de impossibilidades dessa gestão que, como identificado nos resultados, tende a se reportar à descentralização de ações em saúde como responsável pelo excesso de demanda aos municípios e pelo repasse de recursos financeiros insuficientes para manter as equipes de vigilância, conseqüentemente, pelas dificuldades no desempenho das ações.

É nítido que a instituição de um processo de descentralização intenso, tendo como objetivo a aproximação das ações em saúde do território, onde as pessoas vivem, modificou a direção das ações em saúde. Sendo assim, conforme apresentam-se nos resultados, houve sim um aumento de demanda, porque o que antes era de competência em âmbito federal e estadual agora passa a ser de responsabilidade do município.

Porém esse processo não se deu de forma repentina, ou seja, vem se desenrolando progressivamente ao longo de mais de vinte anos, desde a implantação das NOB e das NOAS (Brasil, 1991, 1992, 1993, 1996, 2001, 2002) mediante pactuações de políticas entre as três esferas de governo.

Dessa forma o que se entende é que os municípios ao pactuarem as ações de vigilância com o Estado e com a União assumem a corresponsabilização como um compromisso, e, como parte do compromisso, precisam responsabilizar-se também com o financiamento que é regulamentado de acordo com a Portaria nº 1.378, de 9 de julho de 2013 (Brasil, 2013).

Sendo assim, não é justificável o discurso dos gestores da falta de recursos como responsabilidade

exclusiva do Estado e/ou da União visto que de acordo com a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012 (Brasil, 2012), o município deve alocar para a área de saúde 15% da arrecadação dos impostos. Esse recurso investido na saúde também deve incluir ações de Vigilância em Saúde que está inserida no conjunto de ações em saúde para o alcance da integralidade do cuidado.

Para que os serviços de saúde sejam executados adequadamente deve haver uma correta articulação entre os recursos humanos e financeiros. Para que isso ocorra o gestor precisa estar perto da sua equipe e utilizar adequadamente os instrumentos de planejamento disponíveis no SUS como o melhor método de acompanhamento das ações em todas as áreas da saúde no município. Vale ressaltar que uma correta e planejada utilização de recursos na área da vigilância requer do gestor conhecimento técnico, boa comunicação, habilidades de gerenciamento e uma postura dinâmica e atenciosa (Pinho, 2016).

Porém, se os gestores por falta de conhecimento e fundamentados numa concepção de saúde voltada ao tratamento de doenças elegem prioridades que deixam a vigilância em segundo plano, a sobreposição de atribuições é vista como algo negativo, repercutindo num sistema de vigilância fragilizado, desvalorizado com pouco planejamento como apareceu nos resultados.

Se a vigilância não é valorizada, pouco se investe em educação e capacitação profissional com equipes que se dizem despreparadas para dar conta de desafios tão complexos, considerando a vigilância como um adendo ao lado de outras funções, não se compreendendo como agentes de vigilância. Quando conseguem reorientar os processos de trabalho dos envolvidos com as práticas em saúde, para que a vigilância faça parte dessas práticas diárias e não um puro acréscimo, as ações de vigilância serão qualificadas e conseqüentemente se terão indicadores de saúde confiáveis a serem utilizados para o planejamento de ações em saúde (Linhares et al., 2013).

Sendo assim faz-se necessário que as capacitações e as atividades de educação incluam também os secretários municipais de saúde e até mesmo os prefeitos, para que eles também façam parte do processo de formação de recursos humanos, principalmente devido à rotatividade desses profissionais com cargo

comissionado e eletivo. Se essa formação contínua e permanente for ampliada para o nível da gestão, a melhoria das ações de vigilância terá maior potencial, pois o que se percebe é que a vigilância não é um foco de prioridades, repercutindo na forma de organização das ações e nas práticas dos profissionais.

Considerações finais

A organização e a prática da vigilância nos pequenos municípios pesquisados apresentaram características bastante semelhantes. A sobreposição de atribuições foi o resultado predominante, apontado pelos profissionais e justificado pelos gestores pela falta de recursos financeiros para responder às novas responsabilidades da vigilância provenientes do processo de descentralização. Essa sobreposição é considerada pelos profissionais como uma desvalorização da vigilância que não tem as devidas condições para o desempenho de suas funções e tarefas no território.

Quando a vigilância não é pautada pela integralidade da atenção, como princípio do SUS, não consegue desempenhar seu potencial de transformação das práticas das equipes. As dificuldades identificadas têm a ver com os modelos de gestão e de atenção à saúde que são indissociáveis, influenciando diretamente na distribuição dos recursos, na determinação das prioridades nas ações em saúde e consequentemente nas práticas das equipes de vigilância.

Referências

ANDRADE, L. O. M.; PONTES, R. J. S.; MARTINS JUNIOR, T. A descentralização no marco da Reforma Sanitária no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington, DC, v. 8, n. 1-2, p. 85-91, 2000.

ARREAZA, A. L. V.; MORAES, J. C. Vigilância da saúde: fundamentos, interfaces e tendências. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 2215-2228, 2010.

BATTESINI, M.; FISCHMANN, A.; WEISE, A. D. Identificação de prioridades em saúde: uma alternativa técnica de apoio à tomada de decisão. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 12, p. 3673-3682, 2013.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: <<https://goo.gl/j3ChsQ>>. Acesso em: 5 maio 2015.

BRASIL. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. *Resolução nº 258, de 7 de janeiro de 1991*. Aprova a Norma Operacional Básica/SUS nº 01/91, constante do Anexo I da presente Resolução, que trata da nova política de financiamento do Sistema Único de Saúde - SUS para 1991. Brasília, DF, 1991. Disponível em: <<https://goo.gl/VfdMwr>>. Acesso em: 9 jul. 2016.

BRASIL. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. *Portaria nº 234, de 7 de fevereiro de 1992*. Edita a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde para 1992 (NOB - SUS/92), conforme texto constante no Anexo I da presente Portaria. Brasília, DF, 1992. Disponível em: <<https://goo.gl/NqsQ3g>>. Acesso em: 9 jul. 2016.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996. Dispõe sobre a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde NOB-SUS 01/96. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 6 nov. 1996. p. 22932.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 95/GM, de 26 de janeiro de 2001. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/2001. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 29 jan. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/2002. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 28 fev. 2002.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Vigilância em Saúde: Parte 1*. Brasília, DF, 2011. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS, 5)

- BRASIL. Lei complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 30 do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 16 jan. 2012. Disponível em: <<https://goo.gl/EEpzHy>>. Acesso em: 2 ago. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.378, de 9 de julho de 2013. Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 9 jul. 2013.
- CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 569-584, 2003.
- COELHO, T. C. B.; PAIM, J. S. Processo decisório e práticas de gestão: dirigindo a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1373-1382, 2005.
- FLICK, U. *Introdução à pesquisa qualitativa*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. p. 180-193.
- GOMES, K. O. et al. Atenção primária à saúde: a “menina dos olhos” do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, p. 881-892, 2011. Suplemento 1.
- IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Censo 2010*. Brasília, DF, 2016. Disponível em: <<https://goo.gl/mgJQck>>. Acesso em: 10 maio 2015.
- LEITE, J. A.; ASSIS, M. M. A.; CERQUEIRA, E. M. Vigilância epidemiológica no sistema local de saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 56, n. 2, p. 178-183, 2003.
- LINHARES, M. S. C. et al. Programa de educação para o trabalho e vigilância em saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 679-692, 2013.
- OLIVEIRA, C. M.; CASANOVA, A. O. Vigilância da saúde no espaço de práticas da atenção básica. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 929-936, 2009.
- OLIVEIRA, C. M.; CRUZ, M. M. Sistema de Vigilância em Saúde no Brasil: avanços e desafios. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 255-267, 2015.
- PEREIRA, B. S.; TOMASI, E. Instrumento de apoio à gestão regional de saúde para monitoramento de indicadores de saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, DF, v. 25, n. 2, p. 411-418, 2016.
- PINHO, J. R. O. Atos normativos do financiamento das ações de Vigilância em Saúde. In: UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO. *Curso de extensão Vigilância em Saúde: gestão e financiamento das ações da Vigilância em Saúde*. São Luís: Edufma, 2016. p. 47-73.
- REZENDE, C. A. P. O modelo de gestão do SUS e as ameaças do projeto neoliberal. In: BRAVO, M. I. S. et al. (Org.). *Política de Saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a Saúde*. 2. ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius/Adufrj-SSind, 2008. p. 25-35.
- ROMAGNOLLI, A. P. B.; CARVALHO, B. G.; NUNES, E. F. P. A. Gestão de unidade básica de saúde em municípios de pequeno porte: instrumentos utilizados, facilidades e dificuldades relacionadas. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, Bogotá, DC, v. 13, n. 27, p. 168-180, 2014.
- SARGSUS - SISTEMA DE APOIO AO RELATÓRIO DE GESTÃO. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Situação do Relatório Anual de Gestão*. Brasília, DF: Datasus, 2015. Disponível em: <<http://bit.ly/2s1MAOB>>. Acesso em: 20 maio 2016.
- TEIXEIRA, C. F. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. In: TEIXEIRA, C. F.; SOLLA, J. P. (Org.). *Modelo de atenção à saúde: promoção, vigilância e saúde da família*. Salvador: Edufba, 2006. p. 19-58.
- TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBÔAS, A. L. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. *Informe Epidemiológico do SUS*, Brasília, DF, v. 7, n. 2, p. 7-28, 1998.

VIDOR, A. C.; FISHER, P. D.; BORDIN, R. Utilização dos sistemas de informação em saúde em municípios gaúchos de pequeno porte. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 24-30, 2011.

VILASBÔAS, A. L. Q.; TEIXEIRA, C. F. Saúde da Família e Vigilância em Saúde: em busca da integração das práticas. *Revista Brasileira*

Saúde da Família, Brasília, DF, v. 8, n. 16, p. 63-67, 2007.

WALDMAN, E. A. Usos da vigilância e da monitorização em saúde pública. *Informe Epidemiológico do SUS*, Brasília, DF, v. 7, n. 3, p. 7-26, 1998.

YIN, R. K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010. p. 23-43.

Contribuição dos autores

Recktenwaldt e Junges tiveram a mesma parcela de contribuição na construção deste artigo.

Recebido: 12/11/2016

Reapresentado: 02/04/2017

Aprovado: 04/04/2017